



HAL
open science

Élaboration et intérêt d'un protocole de rééducation des troubles de la communication non verbale en groupe chez des patients traumatisés crâniens

Nina Clavel

► **To cite this version:**

Nina Clavel. Élaboration et intérêt d'un protocole de rééducation des troubles de la communication non verbale en groupe chez des patients traumatisés crâniens. Sciences cognitives. 2015. dumas-01238080

HAL Id: dumas-01238080

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01238080>

Submitted on 4 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.

Nina Clavel
Née le 11/05/1992

Elaboration et intérêt d'un protocole de rééducation des troubles de la communication non verbale en groupe chez des patients traumatisés crâniens

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

Sous la direction de : Valérie Michelet

Année universitaire 2014-2015

Université de Bordeaux – Département d'orthophonie

*“Fie, fie upon her!
There's language in her eye, her cheek, her lip,
Nay, her foot speaks”*

William Shakespeare

REMERCIEMENTS

Je remercie en premier lieu ma maîtresse de mémoire Valérie Michelet pour avoir témoigné un réel intérêt pour mon projet de mémoire et avoir accepté de m'encadrer dans ce travail, toujours avec assiduité et pertinence dans ses remarques. Les discussions que nous avons pu partager m'ont permis d'accéder à une réelle réflexion théorique et pratique et ont participé au développement de mes capacités de clinicienne et de future orthophoniste.

Merci à mes parents et mes deux frères pour leur curiosité à l'égard de mon mémoire, leurs idées originales, diverses et variées, et comme toujours, leur soutien infaillible face à mes doutes et mes questionnements.

Je remercie également mes ami(e)s étudiant(e)s en orthophonie, Emily, Fanny D, Jeanne, Fanny B, Mathilde (notre déléguée qui a assuré nos soutenances) et toute la promo 2011-2015 pour nos discussions animées, nos débats et notre entraide tout au long de ces quatre années d'études. Un grand merci, tout particulièrement à Fanny Boucly pour avoir accepté d'analyser en binôme avec moi les évaluations des entretiens de mes patients et pour ses remarques toujours constructives sur mon travail.

Je remercie mes quatre patients traumatisés crâniens pour leur participation, leur motivation et leur convivialité lors de nos séances.

Merci aux intervenants du Centre d'Accueil de Jour d'Emile Counord pour avoir accepté d'accueillir mon projet au sein de leur structure, de s'être adaptés à mon protocole et d'avoir manifesté un intérêt grandissant pour mon mémoire et les poursuites possibles de mon travail auprès des patients.

Je remercie aussi mes maîtres de stage de ces quatre années d'études, qui ont participé à ma formation, qui m'ont fourni des idées, du matériel et des capacités d'analyses affinées pour me lancer dans mon protocole et créer mes séances.

Merci à Stephanie Rérau pour la relecture de mon mémoire et à Armelle Kerbrat, Marielle Quintin et Delphine Hamel, mes jurys de soutenance.

Enfin, je remercie le Département d'orthophonie et particulièrement les secrétaires Delphine Peres-Demarthon et Florence Biesse ainsi que les encadrants et enseignants qui se sont impliqués dans la formation des étudiants et qui oeuvrent au maintien et à l'amélioration des études en orthophonie à Bordeaux.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	1
SOMMAIRE.....	2
Table des illustrations.....	4
Table des annexes.....	4
INTRODUCTION.....	5
1 LA COMMUNICATION NON VERBALE.....	6
1.1 La communication totale.....	6
1.1.1 Modèles théoriques et définition de la communication	6
1.1.2 Les composantes de la communication totale.....	8
1.2 La communication non verbale	9
1.2.1 Les composantes de la communication non verbale	9
1.2.2 Fonctions des composants non verbaux dans la conversation	16
1.2.3 Méthodologie d'observation des signes non verbaux	20
1.3 Les troubles de la communication non verbale.....	22
1.3.1 Définition	22
1.3.2 Etudes des troubles de la communication non verbale	23
1.3.3 Evaluation et traitement des troubles de la communication non verbale.....	25
2 TRAUMATISME CRÂNIEN	30
2.1 Généralités	30
2.1.1 Définition du traumatisme crânien.....	30
2.1.2 Degrés de gravité des traumatismes crâniens.....	30
2.2 Répercussions du traumatisme crânien	32
2.2.1 Troubles exécutifs	34
2.2.2 Troubles de la communication.....	37
2.2.3 Déficit de la Théorie de l'esprit	40
2.2.4 Les troubles du comportement du traumatisé crânien.....	40
2.3 Parcours du traumatisé crânien	42
2.4 Notion de handicap invisible	43
2.5 La place de l'orthophonie.....	43
2.5.1 Evaluations.....	44
2.5.2 Rééducations	44
3 GROUPE THERAPEUTIQUE	46
3.1 Fondements du groupe thérapeutique	46
3.2 Le travail de groupe en orthophonie : expériences et intérêt	47
3.2.1 Données de la littérature.....	48
3.2.2 Apports du groupe.....	50
3.2.3 Supports et modalités	51
4 OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES.....	53
5 MÉTHODOLOGIE	54

5.1	Population	54
5.1.1	Critères d'inclusion et d'exclusion	54
5.1.2	Cadre de l'étude	54
5.1.3	Présentation de la population	55
5.2	Evaluation, passation	56
5.3	Elaboration des séances	59
5.3.1	Protocole de rééducation	59
6	RESULTATS	69
6.1	Analyse quantitative	69
6.2	Analyse qualitative	73
6.3	Analyse clinique	74
7	DISCUSSION	80
7.1	Validation des hypothèses	80
7.1.1	Apports de la rééducation de groupe	80
7.1.2	Rééducation de la communication non verbale	81
7.2	Critiques et remarques	84
7.2.1	Aspects pratiques	84
7.2.2	Communication et séquelles du traumatisé crânien	85
7.2.3	Evaluation de la communication non verbale	86
7.3	Perspectives	87
CONCLUSION		89
BIBLIOGRAPHIE		91
ANNEXES		100

Table des illustrations

Partie théorique :

Figure 1 : Théorie de la transmission l'information de Shannon (1949).....	6
Figure 2 : Les composantes de la communication de Jacobson (1960).....	7
Figure 3 : Composantes de la communication Cosnier et Brossard (1984).....	9
Figure 4 : La proxémie, Hall (1971).....	12
Figure 5 : Les gestes communicatifs et extra-communicatifs de Cosnier (1997).....	14
Figure 6 : Modèle de l'activité énonciative de Cosnier et Brossard (1984).....	19
Figure 7 : Organisation de la communication.....	23
Figure 8 : Le contrôle attentionnel de Norman et Shallice (1982).....	35

Partie résultats :

Figure 1 : Diagramme de la quantité de gestes par minute à T1 et T2 pour chaque sujet....	69
Figure 2 : Nombre de gestes réalisés en moyenne par minute à T1 et T2.....	70
Figure 3 : Variation des scores aux épreuves du TLC entre T1 et T2.....	71
Figure 4 : Variation et pourcentage d'évolution du score total au TLC entre T1 et T2.....	72
Figure 5 : Echelle d'autoévaluation de la communication à T1 et T2.....	73

Table des annexes

Annexe 1 : Entretien filmé (analyse des gestes de COSNIER).....	100
Annexe 2 : Questionnaire d'auto-évaluation de la communication.....	101
Annexe 3 : Jeux de rôles sur la proxémie et les salutations.....	102

INTRODUCTION

La communication, caractéristique des relations humaines, ouvre un champ d'action et de performance différent du langage bien qu'intrinsèquement relié. Dans la communication, l'information seule ne suffit plus, la relation entre émetteur et récepteur fait évoluer les échanges et crée un partage des opinions et des pensées ou émotions d'autrui. La capacité à communiquer avec efficacité apparaît donc comme une qualité indispensable pour être reconnu comme individu communiquant, partie prenante d'une société et d'une culture commune.

Les travaux sur la communication se sont aujourd'hui étendus à une analyse qui dépasse la seule approche verbale. Deux caractéristiques majeures s'en dégagent : la multicanalité et l'interaction. En effet, la définition de la communication devient plurielle et prend en compte les aspects non verbaux : regards, distances, mimiques et gestes. Cette démarche se heurte cependant à la complexité d'une définition des normes : seules quelques méthodes d'observation (essentiellement des gestes) sont recensées à ce jour. Ces dernières permettent d'ébaucher une évaluation de la communication non verbale et ainsi d'aborder cette dimension dans l'approche des troubles de la communication. Parmi de nombreuses pathologies, ces troubles de la communication sont notamment observés chez certains traumatisés crâniens au travers de difficultés réceptives et expressives de la communication non verbale.

Par ailleurs, la rééducation de groupe, de plus en plus pratiquée en orthophonie, offre une dynamique incomparable dans les échanges et une diversification des exercices habituellement proposés, qui semble particulièrement convenir au traitement des troubles de la communication. Il nous a ainsi paru intéressant de travailler sur une réhabilitation ciblée de ces troubles, appliquée à un groupe de traumatisés crâniens, en proposant un protocole inspiré de diverses techniques et exercices empruntés à d'autres approches thérapeutiques ou appliqués à d'autres populations de patients. Ces exercices sont axés sur les différents canaux de la communication non verbale : le regard, la proxémie, les mimiques et les gestes.

Nous rappellerons dans une première partie les bases théoriques de la communication non verbale, de la pathologie du traumatisé crânien et de l'approche thérapeutique de groupe. Nous verrons ensuite en détails le protocole de rééducation proposé, et enfin nous discuterons des résultats de notre prise en charge.

PARTIE THEORIQUE

1 LA COMMUNICATION NON VERBALE

Nous aborderons dans un premier temps les composantes de la communication totale, puis nous détaillerons les éléments non verbaux et leur rôle dans la communication. Nous expliciterons ensuite les troubles de la communication, en particulier ceux à caractère non verbal et les modalités d'intervention thérapeutique en orthophonie.

1.1 La communication totale

1.1.1 Modèles théoriques et définition de la communication

Mattelart (1995) rappelle que la notion de communication revêt plusieurs sens issus de l'évolution de son utilisation au cours du développement des théories sociales, commerciales et neuropsychologiques. En effet, la communication concerne d'abord, selon son étymologie latine, la « mise en commun » (de *comunicare*) et se réfère ainsi aux discours oratoires de l'Antiquité.

Les canaux de communication sont nombreux avec l'aspect distinctif du canal verbal pour les humains. En effet la communication entre les Hommes est caractérisée par l'aspect verbal en plus de la communication non verbale partagée avec les autres espèces animales. Nous communiquons surtout des informations (aspect naturel de la communication) mais aussi une culture, des savoir-faire, l'art... Et à qui communique-t-on ? A nos pairs principalement, décrivant ainsi un développement social.

Toute communication s'inscrit dans une culture, une société et l'histoire personnelle de chacun ; de sorte que l'apprentissage naturel des capacités de communication s'élabore progressivement dès le plus jeune âge par l'observation des pairs et de l'environnement (Ollivier 2007).

Le premier modèle de l'information auquel nous pouvons nous référer est le système de relation entre l'émetteur et le récepteur analysé par Shannon (1949) :



Figure 1 : Théorie de la transmission de l'information de Shannon (1949)

L'émetteur énonce un message en utilisant un code (verbal ou non verbal), le message est donc transmis par un canal (visuel, oral, tactile, écrit...), puis décodé par le récepteur pour être intégré et compris. La notion de communication intervient grâce à l'action qui va suivre : le feedback du récepteur vers l'émetteur. Cette notion de feedback est apparue grâce aux travaux en sciences politiques ; De Fleur (1976) le décrit comme la réaction du récepteur au message reçu. La réponse qui découle de cette réaction est une « rétroalimentation ». On observe donc une boucle de rétroaction qui illustre l'inter influence présente dans toute interaction communicative. Le feedback peut être positif ou négatif selon les ressentis et la compréhension du récepteur. Le feedback positif apporte une évolution de l'interaction avec l'apparition d'un effet boule de neige : le message reçu a fait réagir le récepteur qui va faire réagir l'émetteur à son tour par un feedback fort. Le feedback négatif n'aura, quant à lui, aucun effet sur l'interaction qui suivra son déroulement, il a donc un rôle de régulateur et de synchronisateur de l'échange.

Les apports de Jacobson (1960) humanisent la notion de communication en ajoutant six facteurs influençant le message dans l'interaction :

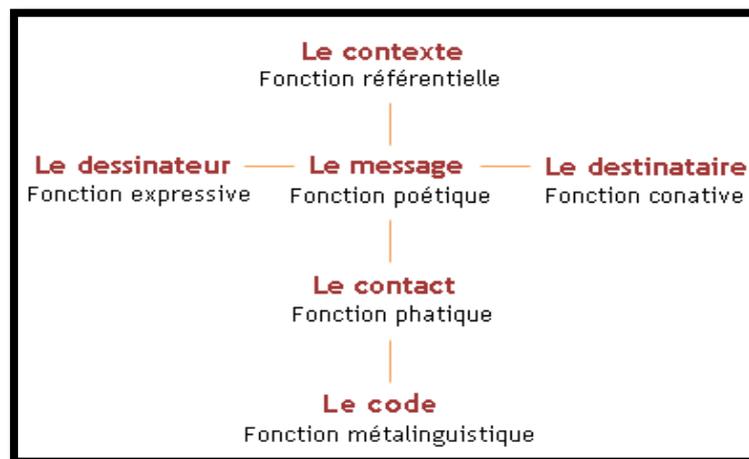


Figure 2 : Les composantes de la communication de Jacobson (1960)

Le message suppose un codage ou décodage, le contact concerne le lien physique et psychologique entre émetteur et récepteur. Enfin, le contexte est l'ensemble des conditions sociales. Ce schéma introduit les six fonctions de la communication : expressive (ressentis), conative (agir sur autrui), référentielle (contexte), méta-linguistique (code), phatique (assurer le contact) et poétique (lyrisme). Au sein de ces six fonctions, nous pouvons déjà envisager des éléments non verbaux de la communication.

D'après les travaux de l'Ecole de Palo Alto (citée par Mattelart 1995) , « on ne peut pas ne pas communiquer ». Cette assertion pose les bases de la « communication systémique » introduite par ces auteurs comme une communication à concevoir en système d'interactions verbales et non verbales.

La « communication systémique » repose sur trois principes majeurs :

- 1) On ne peut pas ne pas communiquer ; tout comportement humain a une valeur communicative.
- 2) L'essence de la communication réside dans les relations des interactions, les éléments seuls de l'interaction sont moins pertinents que l'ensemble des relations. La communication a donc deux aspects : le contenu (informations) et la relation (entre les éléments et le système) qui prime.
- 3) La communication est en lien avec le psychisme des individus : tout trouble psychique entraîne des troubles de la communication menant à une rupture avec l'environnement.

On distingue alors plusieurs modes de communication qui, ensemble, forment la communication dite totale : aspects verbaux, regards, espace interindividuel, mimiques et gestes. Le contexte relationnel prend le pas sur le contenu de l'échange.

La vision de la communication comme une interaction multimodale a ouvert la voie aux études ciblées sur les aspects non verbaux de la communication pour mieux appréhender la communication dite totale.

1.1.2 Les composantes de la communication totale

La communication totale correspond à l'intégration de la posturo-mimo-gestualité d'après Cosnier et Brossard (1984) dans les activités vocales et verbales interactives.

Il faut donc ajouter à la définition de la communication simple d'un message entre émetteur et récepteur les détails et aspects multicanalitiques pour concevoir la communication totale. Le langage oral apparaît comme un des éléments les plus étudiés, il se réfère à la **communication verbale**. On peut également rappeler la présence de la **communication para verbale**. Elle correspond aux éléments vocaux non reliés à une analyse sémantique : intensité de la voix, intonations, timbres...mais aussi les interjections, les bruits de bouches ou sifflements, les pauses. Cette communication se situe à la frontière entre le verbal et le non

verbal et constitue en grande partie la prosodie. Concernant les aspects **non verbaux**, ils sont à relier aux premières observations réalisées sur les animaux et leurs modes de communication. La plupart des espèces animales communiquent par le canal visuel, les postures, leur couleur, et les odeurs. Ces aspects non verbaux existent également chez l'Homme bien qu'ils soient plus implicites voire inconscients.

Le tableau suivant regroupe toutes les composantes de la communication totale, soulignant son caractère multicanalitique (Cosnier et Brossard, 1984) :

Canaux de réception des informations	Codes de production
Canaux verbo-acoustiques	Partie verbale (énoncé) Partie vocale (prosodie)
Canal visuel	Codes statiques (morphologie, allure corporelle, artifices et parures) Cinétiques lents (faciès au repos, rides, postures) Cinétiques rapides (mimiques, gestes, mouvements, regards)
Canaux olfactifs, tactiles et thermiques	Aspects multicanalitiques communs avec les animaux

Figure 3 : Composantes de la communication Cosnier et Brossard (1984)

1.2 La communication non verbale

1.2.1 Les composantes de la communication non verbale

« Les mots sont sans fin mais la communication est d'ordre verbal autant que non verbal. Entendre un mot est une chose, entendre une absence de mot en est une autre ». Jiddu Krishnamurti (Journal 2010 Broché)

Les éléments non verbaux de la communication correspondent en partie aux éléments présentés dans le tableau précédent de Cosnier et Brossard (1984) : les canaux visuels, olfactifs, tactiles et thermiques.

La communication non verbale est donc l'héritage de nos comportements ancestraux que les animaux ont conservés, et que nous avons adaptés selon l'évolution de notre espèce (Descamps, 1993).

Le canal visuel

Les éléments visuels concernent les codes repérés par le canal visuel et classés selon leur vitesse de réalisation et leur durée.

- Les signes statiques correspondent à la morphologie (forme physique corporelle) et le morphotype (allure) ainsi qu'aux artifices et parures.
- Les codes cinétiques lents sont difficiles à dissimuler ou transformer, ce sont les marques du faciès au repos, les rides et les postures habituelles du corps, essentiellement inconscients.
- Les codes cinétiques rapides sont cotextuels et évoluent au cours de l'interaction, ils concernent les regards, la mimique, les mouvements (dont la distance de placement par rapport à autrui : la proxémie) et les gestes. Ces aspects participent à la production de l'énoncé verbal.

Les canaux olfactifs, tactiles et thermiques

Acteurs essentiels dans la prise d'informations de façon inconsciente, ils interviennent à moindre effet que pour les animaux qui ont un odorat et des sens très aiguisés (Descamps, 1993). Comme les aspects visuels, les éléments olfactifs, tactiles et thermiques influencent l'émetteur et le récepteur au cours de toute interaction.

Nous allons détailler plus précisément les éléments de communication non verbale propres à l'Homme et les plus étudiés : le regard, la proxémie, les mimiques et les gestes.

1.2.1.1 Le regard

Le regard est un code cinétique rapide ayant un rôle essentiel et précoce dans le développement de l'enfant. Selon la théorie de l'attachement entre la mère et le nourrisson, le regard correspond au premier lien d'attachement et constitue alors un marqueur de mise en relation avec autrui. Choisir de regarder c'est donc choisir de s'ouvrir à autrui et au monde en abandonnant l'univers égocentrique premier. Par la suite c'est le regard qui amène au premier sourire, geste non verbal de réponse sociale et de relation.

« La vue avec l'ouïe sont considérées comme les principaux sens de la communication dont les gestes et la parole seraient les principaux modes. » Cloutier (2001). Ainsi le regard sert de prise d'informations mais aussi de traduction des intentions et affects. Descamps (1993) distingue « voir » et « regarder », le premier est passif et le second est chargé d'une volonté donc actif.

Dans le langage du regard plusieurs données sont pertinentes :

- L'acte de regarder : on choisit ou non de regarder quelque chose ou quelqu'un.
- La direction du regard : on choisit quelle orientation et comment diriger le regard.
- La fixation d'un objet ou d'une personne ou la fixation dans le vide.
- L'exploration du champ visuel ou de l'objet (balayage visuel).
- L'intensité du regard qui pourra avoir une signification et transmettre un message non verbal.

L'étude des regards prend donc en compte ces différents éléments et détermine quelle est la fréquence des regards, leur durée, leur répartition, et de façon plus subjective, quelles intentions sont véhiculées et avec quelle intensité.

Le regard évolue selon la position de l'individu dans l'échange : l'émetteur regarde moins que le récepteur pendant l'échange sauf quand il est sur le point de laisser la parole à son interlocuteur. De même la durée et l'intensité du regard des interlocuteurs est différente selon le statut des individus et selon leur culture : le statut de dominé amène une réduction de l'intensité et de la durée des regards. Culturellement il existe des disparités : par exemple, les asiatiques regardent moins longtemps leur interlocuteur que les français car leur culture marque ce trait comme grossier ou gênant.

Le regard peut être porteur de sens et permettre un renforcement positif ou négatif, induire une conduite altruiste ou agressive de la part du récepteur en position d'écoute ou de l'émetteur en meneur de l'échange. Le regard permet d'agir sur autrui dans l'interaction, c'est la dimension « phatique » (pour maintenir, prolonger, ou arrêter l'interaction).

Ainsi, Descamps (1993) résume les trois fonctions principales du regard en interaction :

- attirer l'attention,
- instaurer et intégrer les statuts de dominance,
- alterner et réguler la communication entre les différents interlocuteurs.

1.2.1.2 La proxémie

La notion de proxémie a été introduite par Hall (1971) qui s'intéresse aux distances de placement par rapport à autrui. Hall distingue cinq distances chez les animaux concernant les instincts de survie notamment, et les adapte chez l'Homme. Chez ce dernier les distances sont en partie remodelées et s'appliquent à la vie en société où les situations de danger sont moins présentes que dans la vie sauvage.

ANIMAL	HOMME
<p><i>Distance critique ou d'attaque</i> : cette distance ne permet pas la fuite, l'animal est acculé et en situation de danger potentiel. Il peut aussi être en situation de contact intime (reproduction, soins maternels...).</p>	<p><i>Distance intime rapprochée 0-15cm</i> : relation très proche, la chaleur est ressentie, les odeurs sont très précises et le langage est inarticulé du fait de la compensation corporelle et de la proximité. <i>Distance intime lointaine 15-45cm</i> : pas de contact entre les individus, les chaleurs et odeurs sont toujours ressenties, le regard ne doit pas être fixe pour éviter une position équivoque de provocation. Relations intimes : amoureuse ou de maternage.</p>
<p><i>Distance de fuite</i> : cette distance permet à l'animal d'anticiper une fuite en cas de danger immédiat et proche.</p>	<p><i>Distance personnelle rapprochée 45-75cm</i> : relation de confiance, espace des confidences.</p>
<p><i>Distance personnelle et interpersonnelle</i> : c'est l'espacement entre les individus de la même espèce, l'animal est pris dans le désir antagoniste entre la proximité et l'éloignement par rapport à son groupe de pairs.</p>	<p><i>Distance personnelle lointaine 0,75-1,25m</i> : les individus sont corporellement hors d'atteinte et se trouvent en territoire privé ; c'est la distance idéale pour visualiser le visage d'autrui et avoir une conversation à distance.</p>
<p><i>Distance d'appropriation</i> : correspond au territoire revendiqué et défendu par l'animal.</p>	<p><i>Distance sociale rapprochée 1,25-2,10m</i> : tenue à distance d'autrui ; c'est la proximité de rencontre d'un étranger, la vision est élargie au haut du corps.</p>
<p><i>Distance sociale</i> : espacement trop éloigné pour sentir son groupe de pairs, l'animal sera en situation d'anxiété (perdu).</p>	<p><i>Distance publique rapprochée 3,60-7,50m</i> : distance nécessaire pour les situations d'expression en public (réunions, conférences...), la voix doit être forte avec un débit ralenti pour compenser la distance. <i>Distance publique lointaine supérieure à 7m</i> : cette distance est la moins naturelle et s'applique sur scène pour des gens destinés à rester des étrangers, tous les gestes vocaux et non verbaux sont exagérés et stéréotypés, non naturels du fait de l'éloignement.</p>

Figure 4 : La proxémie, Hall (1971)

Les différentes distances comparables entre les animaux et les hommes reflètent un même objectif : s'éloigner du danger ou d'une situation inconfortable, sans pour autant être exclu du groupe de pairs ou groupe social et rompre le lien avec autrui. L'antagonisme de cette volonté de défense et de communication est à la base des interactions sociales et des règles implicites non verbales de régulation des échanges.

Les notions de distances s'apprennent de façon implicite par l'expérimentation et les situations de vie au cours du développement normal de l'enfant. Elles transmettent des informations non verbales essentielles au bon déroulement de l'interaction (Descamps 1993) :

- Informations sur le statut et le rôle social d'autrui.
- Adaptation du comportement pour la mise en relation avec autrui, rencontres, salutations.
- Précisions nécessaires sur le contexte communicationnel et les codes sociaux ou de politesse.

1.2.1.3 Les mimiques

« C'est qu'entre confession et comédie, entre façade et aveu, le visage a cette particularité fascinante de s'offrir et de se dérober au savoir. » Finkielkraut (1988)

Spikman et al. (2013) développent l'idée selon laquelle l'extrémité céphalique renseigne sur les informations à dimension affective. Ainsi la mimique et les positionnements de la tête sont des indices de l'état émotionnel et de l'humeur de l'interlocuteur. La formulation retenue « affect digital system » permet la traduction des émotions spécifiques par les expressions faciales.

La mimique a plusieurs rôles d'après Cosnier et coll. (1984) en participant à l'énoncé :

- la mimique est dénotative, elle détermine le sens du message non verbal, des gestes et des regards (donc en association avec d'autres composants non verbaux),
- la mimique est redondante, quand elle illustre une information verbale ou un geste pour renforcer le message.
- La mimique est connotative lorsqu'elle donne une nouvelle valeur à la signification première du message oral. Goffman (1969) rappelle que les expressions faciales peuvent être différentes ou opposées aux propositions verbales. L'émetteur manipule

alors les aspects non verbaux de façon à modifier l'échange, pour y donner un autre sens ou dissimuler des informations (exemple : le mensonge, l'ironie, le sarcasme). Exemple : pour l'énoncé « C'est dommage ! » avec une mimique ironique et le geste « mon œil » on aura ainsi un message implicite non verbal de l'émetteur.

La mimique est quasi continue et accompagne les regards et mouvements de la tête du récepteur (Ekman et Friesen 1971).

Elle a ainsi un rôle facilitateur ou inhibiteur sur l'évolution du discours de l'émetteur : lorsque les émotions de l'interlocuteur sont en accord avec l'échange l'effet est facilitateur, dans le cas contraire, l'émetteur sera gêné par les réactions non verbales faciales de son interlocuteur, l'effet est alors inhibiteur.

Ainsi, les expressions faciales véhiculent des indices implicites essentiels pour la compréhension globale et correcte d'un message et doivent s'articuler en interdépendance avec les postures, le regard et les gestes.

1.2.1.4 Les gestes

Nous avons choisi de recenser et de décrire les gestes à partir de la classification de Cosnier (1997) en deux grandes catégories : les gestes communicatifs et les gestes extracommunicatifs.

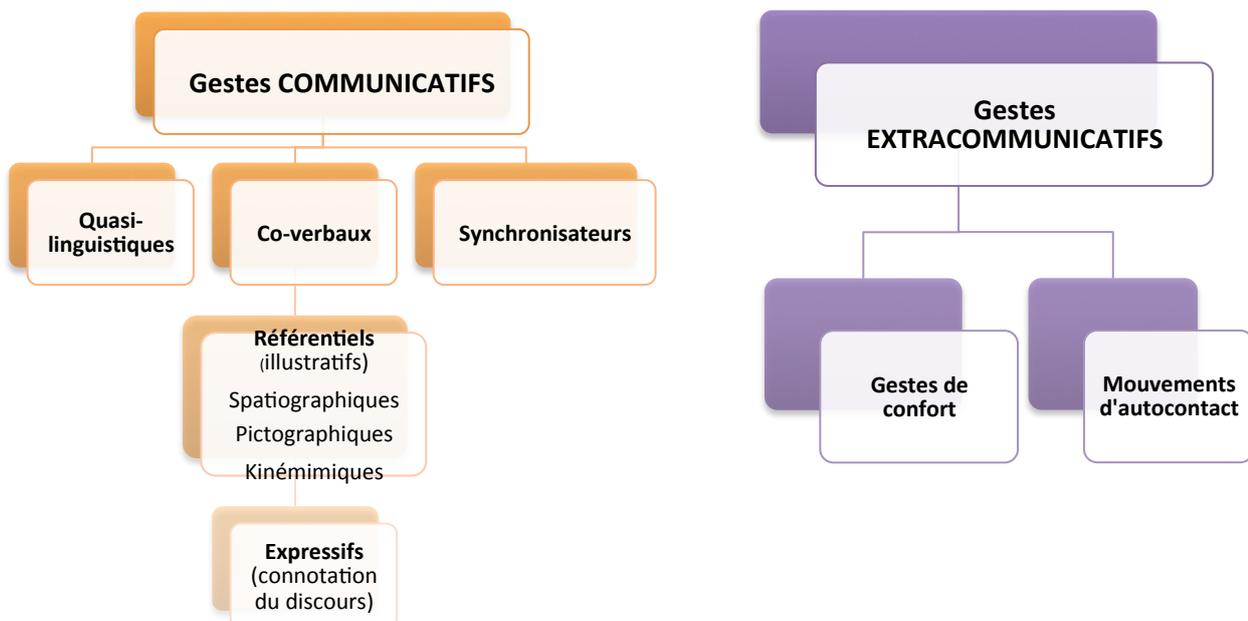


Figure 5 : Les gestes communicatifs et extracommunicatifs de Cosnier (1997)

Les **gestes communicatifs** se déclinent donc en gestes quasi-linguistiques, coverbaux et synchronisateurs :

- *Les gestes quasi-linguistiques* sont conventionnels (décidés par l'Homme dans un consensus culturel langagier) et substituables à la parole. Ils ont souvent un équivalent verbal, peuvent être utilisés seuls ou illustrer la parole. Ils s'utilisent lorsque le bruit, la distance ou la nécessité d'être discret rendent la communication verbale difficile ou inadéquate.

Exemple : le pouce levé pour dire « super » ou encore un geste de la main ouverte vers soi en mouvement pour dire « viens ».

- *Les gestes co-verbaux* dépendent de la production verbale et sont donc réalisés en simultané avec l'énoncé oral.

Ils ont une fonction **référentielle** lorsqu'ils interviennent pour illustrer la position (désignent un endroit donc spatiographiques), la forme (reproduisent le contour d'un objet ou d'une personne, donc pictographiques) ou l'action (apparentés à des mimes d'utilisation ou d'action, donc kinémimiques). Le corps sert ici d'ancrage référentiel pour représenter un objet ou une action même absent(e).

Exemple : « C'est lui qui m'a parlé hier. (avec pointage de la personne en question). Il avait un ami grand comme ça ! (main portée au-dessus de sa tête) » .

Les gestes co-verbaux ont aussi une fonction **expressive** lorsqu'ils sont utilisés pour connoter le discours, apporter une information émotionnelle indispensable à la compréhension de l'énoncé, Cosnier (1997) y classe la plupart des mimiques.

Exemple : « Ah oui c'était bien ! » avec une mimique traduisant l'ennui par exemple, indique un ressenti opposé au message strictement verbal.

- *Les gestes synchronisateurs* coordonnent l'interaction et permettent le bon déroulement des tours de parole dans l'échange. En effet les mouvements que le récepteur émet pendant un échange, donnent des indications à l'émetteur sur la qualité de réception du message.

Exemple : L'interlocuteur s'intéresse à l'échange ; on observe dans sa gestualité des hochements de tête, un regard fixé sur l'émetteur. Concernant l'émetteur, on observe des mouvements circulaires des mains qui rythment le discours verbal et un regard alterné entre l'interlocuteur et l'environnement.

Parallèlement aux gestes communicatifs il existe des **gestes extra communicatifs** dits de confort et d'autocontact.

- *Les gestes de confort* accompagnent le discours sans véhiculer d'information officielle. Ils correspondent aux croisements de jambes, de bras, aux changements de position...
- *Les mouvements d'autocontact* sont corporels et illustrent une anxiété. Présents chez tout individu en interaction, ils deviennent pathologiques lorsqu'ils sont en excès et peuvent gêner la communication. Ils font alors référence aux « autistiques mouvements » décrits par Mahl (1968) et concernent les balancements, grattages, stéréotypies... Cosnier y ajoute également les manipulations d'objets et activités (dessiner automatiquement, plier un papier, jouer avec un stylo...).

La diversité des éléments non verbaux et de leurs rôles dans l'interaction confirme l'intérêt pour la communication non verbale et les nombreuses informations qu'elle introduit dans l'échange avec autrui.

1.2.2 Fonctions des composants non verbaux dans la conversation

D'après les travaux de Cosnier (1984) et Scherer (1980), les éléments non verbaux sont présents lorsque nous parlons, de façon systématique, et participent à l'interaction conversationnelle à différents niveaux : au niveau de l'énoncé, de la pragmatique interactionnelle, du processus global énonciatif et de la dynamique interne.

- Au niveau de l'énoncé

La communication non verbale véhicule un contenu sémantique comme le verbal mais dans un rôle mineur et en redondance avec l'énoncé oral. On parlera alors d'un rôle *dénotatif* de cette communication qui illustre le verbal et le renforce. En effet 30% de la communication non verbale est sémantique.

Au-delà de ce rôle dénotatif, d'autres rôles prépondérants se dégagent :

- *Connotatifs* : les éléments non verbaux apportent une signification seconde à l'énoncé (implicite de la mimique).
- *Métacommunicatifs* : ils véhiculent les attitudes des locuteurs par rapport à ce qu'ils énoncent ou écoutent, et permettent de construire la dimension du rapport à l'autre et de l'empathie. Ceci concerne les hochements de tête, les sourires et mimiques appréciatives, ou bien les froncements de sourcils, les mimiques étonnées, d'ennui etc.
Ces éléments non verbaux induisent une impression permanente ou passagère des intentions du locuteur, et soulignent le cadrage métacommunicatif de l'interaction.
- *Enonciatifs et marqueurs syntaxiques*, ils indiquent les lieux, les pronoms et le temps de façon plus précise que l'oral ou en redondance. Par exemple : les gestes et regards déictiques.

- Au niveau de la pragmatique interactionnelle

Dans toute interaction, la régulation des tours de parole, du maintien du discours et de la réactivité des interlocuteurs repose sur la dynamique non verbale (regard, mimiques et gestes). Sans cette communication non verbale, l'échange se termine rapidement avec une sensation d'étrangeté de la situation.

Deux phénomènes sont essentiels pour synchroniser les discours et les locuteurs : l'intersynchronie et l'autosynchronie (Condon, cité par Cosnier 1996).

- *L'autosynchronie* correspond à l'activité gestuelle du locuteur en lien avec son activité verbale orale. Les gestes sont hiérarchisés et rythmés pour accompagner au mieux la hiérarchie parolière. Tout locuteur a une activité motrice quand il parle.
- *L'intersynchronie* est le phénomène de régulation de l'activité motrice de l'interlocuteur sur l'émetteur. Cette régulation indique la qualité de l'échange communicationnel : s'adapter à autrui. On retrouve en particulier les hochements de tête, les mimiques appréciatives et le regard.

Dans la pragmatique interactionnelle, la gestion des tours de parole s'élabore en des aspects verbaux et syntaxiques mais aussi en grande partie sur des indices mimogestuels : quand l'émetteur termine son tour, il diminue ses gestes et oriente sa tête vers l'extérieur avec une attitude bienveillante et une gestualité de confort qui s'installe en prévision du changement d'émetteur.

- Dans le processus énonciatif

Pour l'émetteur, la gestualité apporte une *facilitation cognitive*. Ainsi, l'activité motrice contribue à l'activité générative locutoire. En effet, la chaîne verbale correspond à la transformation des images mentales, à leur sémiotisation et enfin à leur élaboration verbale. Ce processus est complexe et demande une bonne anticipation de l'énoncé. Or l'activité motrice facilite ce processus par anticipation gestuelle de la production parolière, on observe également des mouvements de bras pendant les phases d'élaboration orale quand la parole n'est plus fluide. Ce phénomène s'explique par l'étude du développement du langage chez l'enfant : on utilise d'abord la gestualité comme communication primitive qui laisse place ensuite au langage oral. Les gestes sont donc le premier soutien à la parole et diminuent quand l'énoncé oral est contrôlé. On évoque donc au début du développement une gestualité extra communicative puis une gestualité illustrative et enfin une gestualité coverbale.

Cosnier (1984) propose deux métaphores pour expliquer plus précisément le rôle de la communication non verbale dans le processus énonciatif :

- *La métaphore du boulier* : la gestualité sert au locuteur pour ordonner sa pensée et pour élaborer sa traduction parolière avec des repères syntaxiques. On aligne les gestes comme on aligne les idées et les boules du boulier. Cette planification cognitive se fait donc corporellement après l'élaboration mentale. Cette métaphore renvoie à la notion de facilitation cognitive.
- *La métaphore du résidu* : le discours oral peut être efficace mais il ne permet jamais de rendre compte de la pensée dans sa globalité. Il subsiste un « résidu », une partie du message qui ne peut pas se traduire dans la sémiotique parolière et qui est évacuée par l'activité gestuelle pour ne pas encombrer l'espace psychique. Ce deuxième rôle de la communication non verbale est donc de soulager le psychisme.

- Au niveau de la dynamique interne

Au-delà du rôle de planification du discours oral, l'activité gestuelle est essentielle au fonctionnement en situation de communication. Watson (1926) va dans ce sens quand il dit que « quand un individu réagit à un objet ou une situation, son corps entier réagit ». Et en effet, on observe un mécanisme d'équilibre entre le langage, les émotions et la gestualité. Cette homéostasie permet aux fonctions manuelle, verbale et viscérale de fonctionner ensemble pour adapter les réactions à l'environnement en se suppléant ou se substituant si un des supports est en situation complexe (émotions qui prennent le dessus, élaboration verbale compliquée, gestes limités...). L'homéostasie s'opère chez le locuteur mais existe également entre deux individus en interaction qui adaptent leurs comportements verbal, viscéral et manuel à leur partenaire pour se synchroniser dans l'échange.

Le schéma suivant propose un modèle du processus énonciatif en tenant compte de l'ensemble des remarques précédentes :

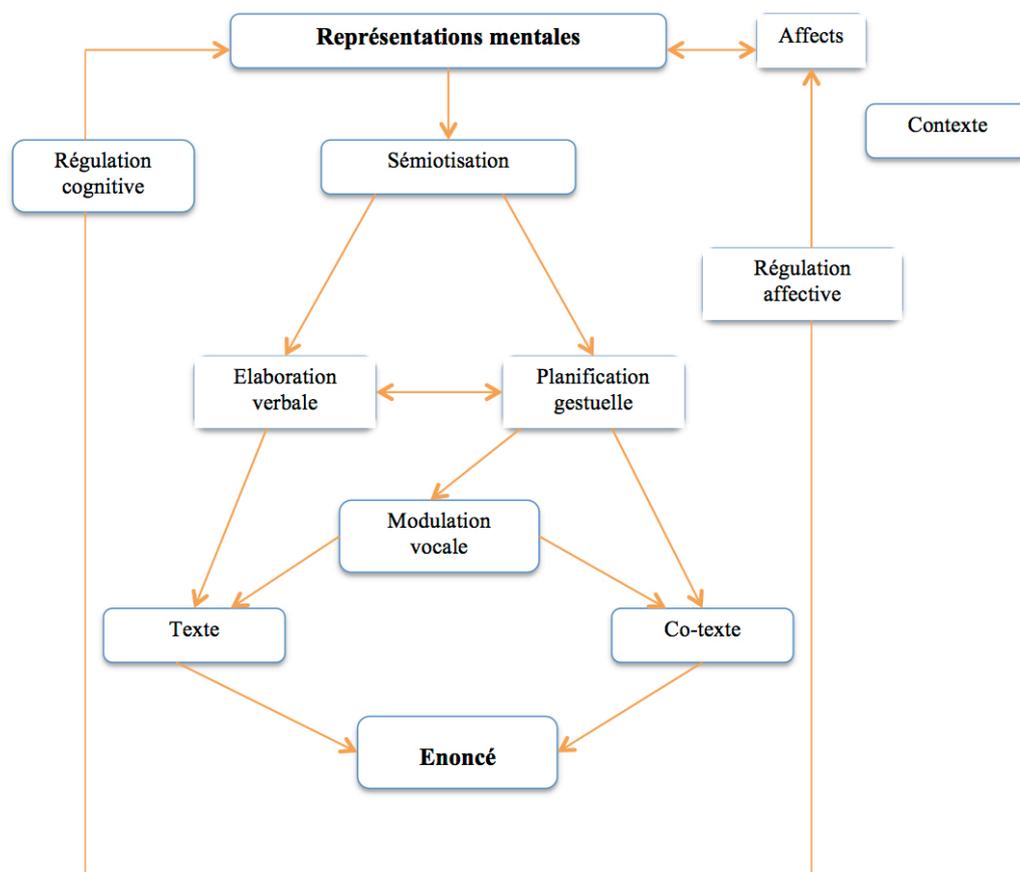


Figure 6 : Modèle de l'activité énonciative de Cosnier et Brossard (1984)

L'énoncé est modelé par les représentations mentales, leur traduction verbale et l'ajout ou l'accompagnement non verbal. Il aboutit à un texte et un cotexte. Une fois énoncé, le message est corrigé par un feedback cognitif (qui adaptera la suite de la conversation si besoin) et par une régulation affective qui confirme l'effet du message et son impact émotionnel.

La communication non verbale n'est pas synonyme de communication non langagière, elle se conçoit comme un langage implicite, cadrage de la situation d'interaction. Elle est innée et indissociable de son contexte culturel et social, aussi les études de cette communication s'avèrent complexes pour le recueil des données et leur interprétation.

1.2.3 Méthodologie d'observation des signes non verbaux

« Bien que l'œil puisse aisément observer les patterns gestuels globaux des individus, la notation de ces mouvements en caractère symboliques [...], demeure un des problèmes les plus complexes. » King (1958)

Il n'existe pas de consensus concernant l'analyse et l'observation des signes non verbaux ; aussi nous avons fait le choix de développer les méthodologies pragmatiques réalisables dans une démarche rééducative. Deux difficultés s'imposent dans l'analyse des signes verbaux :

- Le recueil des données est laborieux et il est difficile d'observer quel geste est pertinent ou non.
- L'analyse des données ne peut se référer à une norme puisque la communication non verbale diffère d'un individu à l'autre et tend à évoluer selon l'âge, le statut, la culture... Etablir une norme d'un comportement non pathologique est donc complexe, on peut seulement considérer que le comportement est pathologique par les observations de répercussions gênantes : communication interrompue, difficultés d'ajustement émotionnel, peu de liens sociaux...

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

corps.». A partir de cette définition, nous pouvons maintenant nous intéresser aux différentes méthodologies descriptives de la communication non verbale.

- Méthodologie de description du comportement moteur de Pike (1967)

Cette méthode fait appel à la Théorie de la linguistique de Saussure (1995), transposée au registre gestuel.

La distinction phonémique (le sens) et la phonétique (l'étude acoustique objective) deviennent :

- la gestémique, signification des signes par analogie avec le langage oral courant,
- la gestétique, description objective des axes tridimensionnels du geste (position, posture, mimique).

Tous les gestes sont décrits selon ces deux axes et permettent de recenser un nombre élevé de gestes et de chercher leur sens.

- Analyse kinésique

L'analyse kinésique de Birdwhistell (1970) s'attache au contraire à décomposer précisément les gestes comme on décompose les unités linguistiques orales :

- un phoné devient un kiné (plus petite unité corporelle),
- un phonème devient un kinème (signifiant),
- le morphème devient le kinémorphème (configuration signifiante d'un ou plusieurs kinèmes).

Ce grand nombre de détails ne permet pas une utilisation aisée et pragmatique de cette méthodologie, en effet on compte déjà 56 unités élémentaires pour la description des mimiques.

- La classification de la gestualité conversationnelle de Cosnier

Le recensement de Pike (1967) et Birdwhistell (1970) sont intéressantes mais trop vastes, aussi peut-on faire appel à la vision classificatoire de Cosnier (1997) pour décrire méthodologiquement les gestes. Cervello (2014) a ainsi utilisé cette classification pour

recenser et analyser les aspects non verbaux de ses patients dysphasiques. La classification de Cosnier analyse et catégorise les éléments non verbaux sans utiliser de descriptions détaillées en sous-unités de chaque mouvement non verbal.

L'analyse méthodologique associée à la classification de Cosnier et coll. (1997) est intéressante pour l'aspect sémiotique. On catégorise donc les gestes par leur fonction communicative ou non, et en sous-classes :

- quasi linguistiques, coverbaux, synchronisateurs,
- gestes de confort et d'autocontacts.

Quelle que soit la méthodologie choisie, il est primordial de bien concevoir l'aspect subjectif que revêt une observation de la communication non verbale. Aucun ouvrage de référence n'établit le comportement non verbal normopathe. De plus, l'évaluateur introduit toujours une part de sa subjectivité de par son histoire personnelle, sa compréhension non verbale, et ses capacités d'empathie lorsqu'il analyse le discours non verbal d'autrui. L'analyse est donc amplement qualitative et à concevoir dans le contexte global de la communication : en interdépendance avec la communication verbale, les capacités d'ajustement émotionnel, et également le ressenti des individus par rapport à la situation d'interaction.

1.3 Les troubles de la communication non verbale

1.3.1 Définition

Le Dictionnaire d'orthophonie définit le trouble de la communication comme :

« Toute manifestation de perturbation, d'incapacité, de non motivation à la communication. Au sens strict du terme, au plan verbal ou non verbal, la personne n'est pas ou plus en mesure de recevoir, traiter et/ou transmettre des concepts ou des systèmes linguistiques lui permettant d'être en relation avec le monde environnant. »

Les troubles de la communication s'inscrivent dans des tableaux de troubles développementaux ou acquis. Parmi les pathologies développementales, Thibaut et Pitrou (2012) rappellent que les troubles de la communication ont été beaucoup étudiés dans le domaine pédiatrique notamment concernant les enfants autistes ou avec troubles de l'attachement ainsi que dans le bégaiement. En neurologie, les troubles de la communication

sont acquis et concernent principalement les pathologies telles que les aphasies, les traumatismes crâniens ou encore les pathologies dégénératives.

1.3.2 Etudes des troubles de la communication non verbale

Le schéma suivant synthétise l'approche pédopsychiatrique de la communication (Attwood 2003):

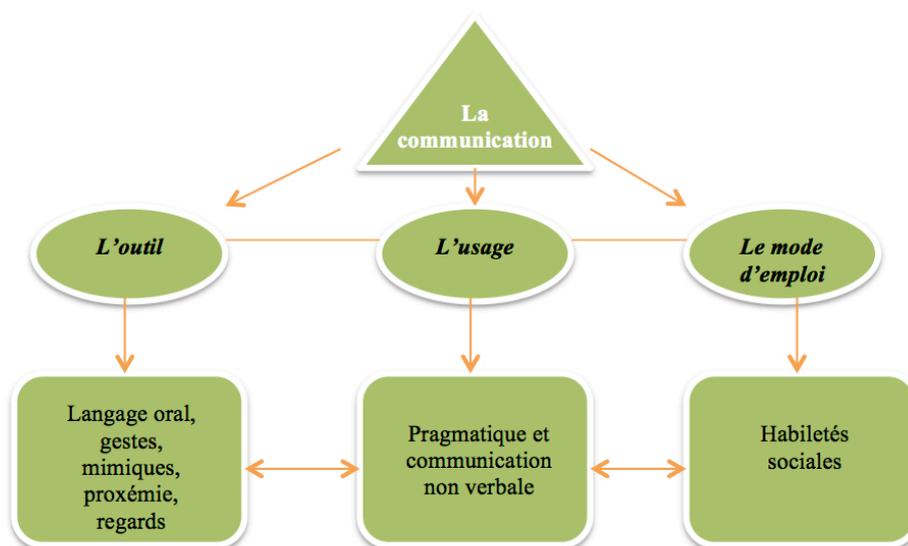


Figure 7 : Organisation de la communication

Si l'on suit notre description de la communication non verbale, ces troubles peuvent donc affecter :

Les outils, c'est-à-dire les composants eux-mêmes (regards, mimiques, proxémie).

L'usage: c'est-à-dire les fonctions énonciatives mais aussi pragmatiques. L'usage fait appel à l'utilisation de la communication non verbale qui est prépondérante pour s'ajuster au contexte interactif. Deux troubles sont alors observables :

- les **troubles des capacités pragmatiques du langage** : ces troubles se manifestent par l'utilisation déviante du langage liée à une incapacité à adapter la production verbale au contexte socio-communicatif. Les auteurs ajoutent que les capacités

d'attention conjointe et de régulation du comportement sont déficitaires. Chez les autistes notamment, Attwood (2003) observe une réduction quantitative et qualitative des gestes non verbaux.

- les **troubles de la communication non verbale** : un contact oculaire anormal (périphérique, absent ou fixe), des intolérances aux contacts physiques, une mauvaise gestion de la proxémie, un retrait, une amimie. Coss (1976) démontre par exemple que les enfants autistes regardent très rarement autrui, moins de 4%. Les patients dysphasiques, présentent également des difficultés de compréhension et d'expression non verbales (conduites inappropriées et difficultés d'adaptation aux signaux non verbaux) (Rourke 1989, cité par Cervello 2014). Les patients bègues sont de même gênés dans leur communication avec une réduction de l'expressivité du comportement non verbal: cette réduction correspond à la volonté de réduire au maximum toute expression émotionnelle risquant de provoquer des dysfluences du discours (Vidal-Giraud 2011). Enfin, nous pouvons rappeler que les études de Aubert (2004) ont montré la réduction qualitative et quantitative des gestes non verbaux chez les patients traumatisés crâniens.

Le mode d'emploi : les habiletés sociales (connaissance des règles sociales et adaptation à autrui) particulièrement étudiées en pédopsychiatrie. Sont alors observés :

- les **troubles des habiletés sociales** : expression émotionnelle en désadéquation avec le contexte, pas de sourire social, une mauvaise empathie, des difficultés dans les relations amicales et amoureuses, un déficit de la Théorie de l'esprit. Cette théorie est issue des travaux de Premack et Woodruff (1978) et correspond à « la capacité d'un individu à attribuer des états mentaux à lui-même et aux autres ». Cette capacité permet d'anticiper et de se représenter les actions et pensées d'autrui. Ce processus nécessite donc l'analyse des émotions, attitudes et actions, associée à la capacité d'empathie. D'après Stone et coll. (1998) on observe la mise en route de différents niveaux de cette théorie, du bébé à l'adolescent : l'attention conjointe, la capacité à prêter d'autres croyances à autrui et enfin la capacité de reconnaissance des émotions complexes par le regard.

Attwood (2003) explique que les patients Asperger ne parviennent pas à adapter leur communication au contexte socio-affectif, ils ont alors des difficultés à s'intégrer socialement. Vidal-Giraud (2011) décrit chez les patients bègues une tendance à ne

pas tenir compte de leur interlocuteur : la personne qui bégaie est concentrée sur ses troubles d'élocution et perd souvent le contact interactif avec autrui.

Enfin, il est important de distinguer les troubles de la communication des désordres psycho-émotionnels qui peuvent impacter la communication d'un individu. En effet, certains troubles psychiatriques tels que la dépression, la phobie sociale, les troubles obsessionnels, provoquent des comportements déviants sur les aspects verbaux et non verbaux des interactions.

1.3.3 Evaluation et traitement des troubles de la communication non verbale

1.3.3.1 Batteries et échelles

Dans l'ensemble, les protocoles d'évaluation de la communication s'attachent plus particulièrement à l'aspect verbal de la communication et on ne trouve que peu d'items concernant spécifiquement le non verbal. L'évaluation ciblée de la dimension non verbale avec les outils actuels est donc partielle.

Les tests recensés concernent essentiellement les batteries neurologiques utilisées pour l'examen des troubles phasiques, et les échelles comportementales pour évaluer les compétences interactionnelles chez les enfants.

Voici des exemples de tests et échelles à l'attention des adultes dans lesquels il est possible d'extraire des épreuves pour évaluer les troubles de la communication non verbale (Calvarin 2013) :

- *Le protocole Montréal d'Évaluation de la Communication (MEC)* de Joannette et coll. 2004, propose des épreuves qui testent les compétences pragmatiques qui nécessitent l'adaptation à un contexte. Les épreuves sont ciblées pour des patients cérébrolésés droits : l'analyse de la conversation, les capacités pragmatiques et les épreuves sur la prosodie. La batterie évalue donc le contexte communicatif mais ne relève pas de façon analytique les composantes verbales et non verbales de la communication.
- *Le protocole TLC (Test Lillois de Communication)* de Delacourt et Wyrzykowski (2001) évalue les différentes composantes de la communication au travers d'une

interview dirigée, d'une discussion thématique et d'une épreuve PACE (Promoting Aphasic's Communicative Effectivness). Ce test permet de déterminer un profil de communication totale selon : l'attention et la motivation à la communication, la communication verbale et la communication non verbale. Le thérapeute peut réellement mesurer les capacités de compréhension de la communication verbale et non verbale ainsi que l'efficacité de la communication du patient. Le test s'accompagne d'un questionnaire à l'attention de la famille pour évaluer leur ressenti par rapport à la communication du patient dans son ensemble.

- *L'ECNV* (Echelle de Communication Non Verbale) de 2008 devenue *l'ECP* (Échelle de Communication Pragmatique) est une échelle de métacognition des troubles et des processus de réparation qui a été créée pour travailler l'installation d'un classeur de communication (le CCOM) avec le proche aidant. Elle interroge donc le partenaire sur les aspects verbaux et non verbaux de l'interaction et sur l'utilisation du classeur de communication. La première partie concerne donc les éléments visuels (regards), gestuels, expressifs (mimiques) non verbaux et peuvent permettre une première évaluation de la communication non verbale entre aidant et patient. Cette échelle n'a pas encore été publiée mais a servi d'outil pour deux mémoires d'orthophonie de Charreau et Regnier (2011) ainsi que Pinet Teyssier (2014) sur la mise en place du classeur de communication CCOM.

Il existe également pour les enfants des échelles s'intéressant au comportement communicationnel et aux compétences qui sous-tendent toute relation : l'attention conjointe, le pointage... ces échelles sont utilisées chez les enfants pour élaborer des diagnostics différentiels entre trouble du langage et trouble autistique ou retard mental.

- *Le Protocole d'analyse pragmatique* de Prutting et Kirchner (1987) permet, au cours d'une situation interactive de jeu, de relever la présence de différents signes communicatifs et interactionnels, leur caractère adapté au contexte ou bien leur absence. Trois catégories d'éléments sont relevés : les aspects verbaux, paralinguistiques et non verbaux. Outre les aspects verbaux intégrant une dimension pragmatique (actes de langage, tours de parole), sont analysés les aspects paralinguistiques (intelligibilité du discours, vocalité et prosodie) et enfin les aspects

non verbaux (contacts physiques, proxémie, posture corporelle, mouvements des membres, gestes, expressions faciales et qualité du regard).

- *La Children Communication Checklist* de Bishop (1998, cité par Maillart 2003) propose également une situation interactive où le thérapeute note les éléments observés concernant la communication. Cette échelle distingue, par les éléments relevés, un trouble structurel du langage de type dysphasique, d'une mauvaise utilisation sociale du langage (un trouble de la pragmatique) ou de difficultés autistiques portant sur l'intérêt que l'enfant a pour la communication. Les domaines explorés sont verbaux et non verbaux : l'intelligibilité et la fluence, la syntaxe, l'initiation de la conversation, la cohérence, le langage stéréotypé, l'utilisation du contexte conversationnel et le rapport conversationnel.
- *L'Evaluation de la Communication Sociale Précoce* (ECSP) de Guidetti et Tourette (1993) est composée de situations interactives et ludiques pour induire les comportements communicatifs chez l'enfant. Le test propose d'explorer trois dimensions : l'interaction sociale, l'attention conjointe et la régulation du comportement. L'analyse de cette échelle est qualitative et clinique, l'évaluateur note les comportements présents, inadaptés ou absents.

Il n'existe donc pas d'outil réellement complet pour cerner les troubles de la communication non verbale, mais il est possible d'utiliser des épreuves de batteries en neurologie et de s'inspirer des échelles d'observation de la communication chez les enfants pour constituer une évaluation adaptée. Nous pouvons également rappeler que la communication non verbale n'est naturelle que dans un contexte de communication totale, aussi est-il pertinent de l'évaluer dans une situation de communication globale (ex : au cours d'une conversation).

1.3.3.2 Rééducation

Les prises en charge orthophoniques des troubles de la communication consistent principalement en une approche globale sans focus particulier sur les aspects non verbaux.

En reprenant les différents troubles de la communication cités précédemment, nous avons recensé des méthodes rééducatives mises en place pour différentes pathologies.

- Trouble de la communication : parole et interactions

Des rééducations individuelles et de groupe sont proposées par les orthophonistes notamment pour les patients bègues. L'article de Boucan (2001) sur la thérapie de groupe proposée aux bègues souligne l'intérêt de ce type de prise en charge qui constitue un espace de transition entre les séances individuelles et la vie courante. Cette orthophoniste travaille autour de la communication, des exercices de détente et des jeux de rôle. La rééducation vise à confronter le patient à sa parole dans un contexte de communication sécurisé pour aller vers l'autonomie et l'affirmation de soi.

Carlson et Buckward (1993) ont étudié dans un centre de réadaptation pour les cérébrolésés, des prises en charge de groupe de communication globale notamment pour les patients traumatisés crâniens. Les rééducations proposées s'articulent autour de l'expression orale et des jeux de rôle ainsi que de la resocialisation des patients. Ces rééducations montrent une efficacité sur le bien-être du patient et le retour vers l'autonomie.

- Troubles de la communication para verbale

Les exercices rééducatifs concernant les aspects para verbaux sont principalement abordés dans les activités autour de la prosodie, travaillée dans diverses pathologies. Guillet (2009) a montré dans son mémoire l'intérêt d'une prise en charge des troubles de la prosodie pour des patients cérébrolésés droits. La rééducation proposée était individuelle et axée sur un travail des contours prosodiques en expression (reproductions, mises en situations) et en réception (écoute d'enregistrements).

- Troubles de la pragmatique et des habiletés sociales

Ces troubles ciblés sont très étudiés dans le domaine de l'autisme et représentent un terrain d'expérimentation riche avec les enfants porteurs de ce handicap. La rééducation de groupe est souvent proposée ; Courtois (2012) évoque notamment l'expérience de groupe de communication et habiletés sociales auprès d'enfants aux troubles envahissants du développement. Les séances sont élaborées avec des supports diversifiés : jeux de rôles, ateliers musicaux, histoires en images à remettre dans l'ordre, et un temps de rituel (le goûter). Les axes travaillés sont : l'attention conjointe (la capacité à partager avec autrui un événement, à attirer l'attention vers un objet ou une personne), les échanges, l'imitation de

comportements sociaux et les habiletés conversationnelles ainsi que la compréhension des émotions.

- Trouble de la communication non verbale

L'aspect non verbal commence à être étudié et expérimenté de façon ciblée, avec notamment le mémoire de Cervello (2014) qui propose un enrichissement des compétences non verbales pour des adolescents dysphasiques. Son protocole de rééducation est basé sur l'expression théâtrale : travail de la visualisation (représentation mentale des situations), la relaxation et le jeu dramatique (des mises en situation de communication).

Enfin, lorsque la communication verbale est difficile à mettre en place ou durablement altérée, l'orthophoniste peut intervenir pour proposer des supports augmentatifs (qui accompagnent la parole) ou alternatifs (qui remplacent la parole) : classeurs de communication, langue des signes, pictogrammes... Dans ces situations, l'orthophoniste recourt au non verbal comme remédiation de la communication totale. La communication non verbale est alors sur-développée (non naturelle) pour compenser les déficits et apporter des outils d'interaction au patient.

En conclusion, l'orthophoniste rééduque les troubles de la communication non verbale mais souvent dans le cadre d'une rééducation globale de la communication chez l'enfant et l'adulte.

2 TRAUMATISME CRÂNIEN

2.1 Généralités

2.1.1 Définition du traumatisme crânien

Le traumatisme crânien correspond selon le Larousse Médical à un « choc accidentel sur le crâne, compliqué ou non, {...} pouvant être source de lésions primaires ou secondaires de l'encéphale. »

Le cerveau peut subir des mouvements d'accélération et/ou de décélération au sein de la boîte crânienne ayant pour conséquence deux chocs opposés (un coup et un contrecoup). Ce dernier phénomène est courant concernant les accidentés de la voie publique (60% des traumatisés crâniens) selon Mazaux et coll. (2008).

Deux processus interviennent suite au choc de l'encéphale : un processus mécanique se manifeste d'abord par des fractures osseuses avec lésions locales par contact ou une commotion cérébrale diffuse créant des lésions par effet d'inertie. Dans un deuxième temps les processus mécaniques peuvent s'accompagner de réactions ischémiques avec l'apparition de gonflements, d'œdèmes ou d'hématomes selon le type de choc et la partie touchée.

La classification des lésions traumatiques repose sur les outils d'imagerie cérébrale. Différents types de lésions peuvent être présentes et se combiner : lésions ouvertes ou fermée, focales ou diffuses, primaires ou secondaires (Cohadon et coll. 2008).

2.1.2 Degrés de gravité des traumatismes crâniens

La classification des traumatismes crâniens en terme de gravité repose sur deux critères : la durée de la période d'inconscience (ou coma) et la durée de l'amnésie post-traumatique. Ces critères permettent de distinguer trois degrés de gravité : le traumatisme léger, modéré ou grave (Mazaux et coll. 2008).

- Le coma

Le coma correspond à un « état pathologique caractérisé par une perte de conscience et une absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes » d'après le Dictionnaire d'orthophonie. La perte de conscience du patient représente un réel indicateur de la gravité du traumatisme crânien et des séquelles.

L'appréciation de l'état comateux se fait grâce à une échelle d'évaluation comportementale : l'échelle de GLASGOW, établie dans les années 1970. L'état de conscience est évalué selon trois critères : l'ouverture des yeux, la réponse motrice et la réponse verbale. En additionnant les réponses on obtient un score sur 15 points dont le minimum est de 3 points. Par définition les traumatismes seront classés ainsi :

- *Le traumatisme crânien grave* survient après un choc violent à la tête. Le score de GLASGOW sera inférieur ou égal à 8/15.
- *Le traumatisme crânien modéré* concerne des chocs moins importants avec souvent une période de coma courte. Le score du GLASGOW est compris entre 9 et 12 inclus.
- *Le traumatisme crânien léger* concerne les chocs sans perte de conscience du blessé, avec un score au GLASGOW supérieur à 12.

- L'amnésie post-traumatique

« Période durant laquelle le patient confus, désorienté, souffre d'amnésie rétrograde et est incapable d'enregistrer de nouvelles informations. Elle est estimée par l'intervalle entre l'accident et le retour à la normale et se termine avec le retour de la mémoire continue au jour le jour. » (Russel et Nathan cités par Azouvi et coll. 1995).

L'amnésie post-traumatique est donc composée :

- d'une amnésie rétrograde, soit un oubli des événements précédant l'accident, et d'un trouble attentionnel,
- d'une désorientation s'intégrant dans le syndrome confusionnel.

En reprenant les trois degrés de traumatismes crâniens on peut mettre en lien une amnésie post-traumatique supérieure à 24h pour les traumatismes graves, entre 30 minutes et 24h pour les traumatismes modérés et inférieure à 20-30 minutes pour les traumatismes légers.

D'un point de vue plus global et avec une vision à long terme, on constate que le score de GLASGOW est corrélé à la période d'amnésie post-traumatique qui n'est mesurable qu'à posteriori. L'outil de l'échelle de GLASGOW a été complété par une échelle de gravité séquellaire de handicap : the GLASGOW Outcome Scale. Cinq catégories sont décrites : le décès, l'état végétatif, l'handicap sévère, l'handicap modéré et la bonne récupération (Van Der Linden cité par Azouvi et coll. 1995).

En lien avec le degré de gravité du traumatisme crânien, différents troubles apparaissent : des troubles moteurs, troubles de la communication, du fonctionnement exécutif et cognitif et des troubles du comportement.

2.2 Répercussions du traumatisme crânien

Les répercussions d'un choc traumatique du cerveau peuvent être multiples et concerner des domaines divers du fonctionnement cognitif, langagier, moteur et gnosique.

Nous avons retenu trois catégories de troubles parmi les plus fréquents et invalidants (Alaoui et coll. 1998) :

- Handicap moteur

Les patients traumatisés crâniens peuvent présenter une hémiparésie ou une hémiparésie selon la localisation de la lésion cérébrale. Ces troubles moteurs s'accompagnent fréquemment de troubles sensitifs et de troubles du tonus.

- Le syndrome cérébelleux

Il correspond à une atteinte du cervelet due au phénomène du contrecoup fréquent dans les traumatismes crâniens. Ce syndrome est marqué par des troubles très handicapants de l'équilibre, céphalées, troubles de la coordination.

- Déficits neuropsychologiques avec atteintes des fonctions cognitives

Le phénomène de coup et contre-coup fréquent chez le patient traumatisé crânien, provoque d'importantes lésions à l'origine du « syndrome frontal » qui regroupe entre autres des troubles du comportement ou des troubles socio-affectifs et un syndrome dysexécutif.

Les déficits peuvent se retrouver sur de multiples composantes des fonctions cognitives décrivant ainsi:

- *Des troubles phasiques* : troubles expressifs et/ou réceptifs du langage écrit et/ou oral.
- *Des troubles gnosiques* : atteinte de la faculté de reconnaissance et/ou de représentation d'un objet par l'un des sens (vue, ouïe, toucher, odorat, goût) (Dictionnaire d'orthophonie). Des atteintes sensorielles peuvent accompagner ces troubles (cécité, surdité).
- *Des troubles praxiques* : dysfonctionnement de l'exécution et de l'enchaînement des gestes.
- *Des troubles de la mémoire* : amnésie rétrograde (oubli des événements précédant l'accident) et amnésie antérograde (oubli à mesure massif et rapide), désorientation temporo-spatiale (DTS), lenteur de traitement des informations de la mémoire de travail provoquant un ralentissement cognitif global.
- *Des troubles du fonctionnement exécutif* : altération des compétences attentionnelles, de la flexibilité mentale et de la vitesse de traitement des informations cognitives (logique et raisonnement perturbés).
- *Des troubles de la communication non verbale* : diminution ou altération des gestes, des mimiques, de la proxémie et du regard régulateur.
- *Un déficit de la Théorie de l'esprit* : faculté d'empathie et de raisonnement par rapport à autrui (compétences métacognitives).
- *Des troubles du comportement* : hypospontanéité, désinhibition, agressivité, dépression.

Les troubles qui restent les plus fréquents selon les études longitudinales contemporaines restent cependant la fatigabilité mentale, l'humeur dépressive ainsi que les troubles de la mémoire et des fonctions exécutives.

Nous avons choisi de décrire plus particulièrement par la suite trois troubles majeurs et en lien avec notre sujet d'étude : les troubles exécutifs, les troubles de la communication, le déficit de la théorie de l'esprit et les troubles du comportement. Ces troubles coexistent fréquemment et constituent avec les troubles de l'expression le « handicap invisible » du patient traumatisé crânien.

2.2.1 Troubles exécutifs

Le fonctionnement exécutif correspond aux fonctions cognitives de haut niveau qui sous-tendent toute activité de planification, supervision et adaptation de la pensée et des conduites. Elles impliquent les structures préfrontales et sous corticales en interaction avec les aires associatives (Meulemeans 2006).

C'est Luria (cité par Mazaux et coll. 2006) qui introduit la notion de fonctionnement exécutif en distinguant 4 phases nécessaires pour l'élaboration d'un comportement complexe face à une situation nouvelle : l'initiation d'action (la volonté d'agir) et l'analyse de la situation, l'élaboration d'un plan de résolution organisé et ordonné, l'exécution du programme et la vérification du résultat en confrontation avec les données initiales. On peut ainsi définir précisément le fonctionnement exécutif dans le DSM IV comme la « capacité abstraite, de planifier, d'initier et d'effectuer des séquences d'actions, de contrôler et d'arrêter un comportement complexe ».

Le fonctionnement exécutif est en lien avec les systèmes attentionnels et se réfère particulièrement au Système Attentionnel de Supervision (S.A.S) de Norman et Shallice (cités par Vallee 2011). Ce système se met en route face à chaque situation non routinière pour l'élaboration de tâches complexes et nouvelles. Il fait donc intervenir les fonctions exécutives. On relève quatre types de situations qui nécessitent l'intervention du S.A.S : les situations nouvelles ou dangereuses, les situations nécessitant l'inhibition d'une habitude forte et les situations de correction d'erreurs. Il s'agit d'un modèle de résolution de problèmes et de planification ordonnée. Le rôle du fonctionnement exécutif est donc essentiel dans l'adaptation du comportement à l'environnement et à autrui ainsi que dans toute situation d'apprentissage.

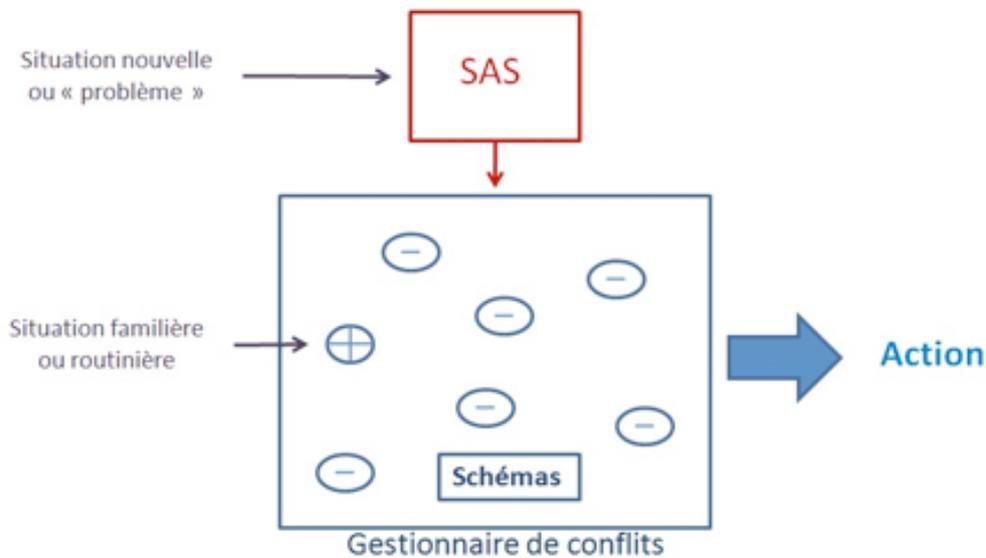


Figure 8 : Le contrôle attentionnel De Norman et Shallice (1982)

Miyake (cité par Vallee 2011) reclasse en 2000 les fonctions exécutives par leurs dissemblances. Il démarque trois éléments complémentaires :

- *La flexibilité mentale (shifting)*, correspond à la capacité de désengagement d'une tâche cognitive non pertinente pour le raisonnement en cours. L'individu est capable de traiter plusieurs développements de stratégies mentales et peut alterner d'une stratégie à une autre sans perdre le déroulement de sa pensée. Elle peut nécessiter un désengagement provisoire d'une tâche pour une autre. On distingue quatre types de flexibilité mentale : flexibilité de mémoire de travail, flexibilité interne (alterner les idées et pensées), flexibilité externe (tenir compte des stimuli environnementaux) et la flexibilité de source (tâche engagée).
- *L'inhibition* correspond à la résistance aux interférences, soit des stimuli non pertinents de l'environnement notamment ou d'un système de fonctionnement cognitif routinier. Le système d'inhibition supprime ces informations et libère alors l'individu d'éléments inutiles et coûteux en attention.
- *La mise à jour (updating)* permet la réactualisation des données en cours et du déroulement du raisonnement pour planifier et ordonner la pensée en supprimant les informations devenues obsolètes ou déjà intégrées. Elle correspond à la mise à jour de la mémoire de travail pour réorganiser cet empan mnésique avec des informations récentes.

L'atteinte du fonctionnement exécutif correspond à un déficit dans les tâches complexes et un défaut d'intégration des outils de planification, flexibilité et inhibition.

Par conséquent les patients peuvent présenter (Vallee 2012):

- Des troubles des stratégies et des difficultés d'organisation. Les schémas de planification sont inadaptés ou inexistants, les actions sont réalisées sans ordre séquentiel et sans anticipation. Par ailleurs, Bertuletti (2012) précise que « l'aptitude à déduire et générer des règles est perturbée notamment pour les règles abstraites. »
- Un excès ou un défaut d'inhibition : l'initiation est ici non performante avec un défaut de démarrage de l'action, ou à l'inverse une impulsivité et des persévérations dans l'action en cours sans possibilité de flexibilité.
- Une mauvaise utilisation et réactualisation des données de la mémoire de travail : les données ne sont pas maintenues assez longtemps ou ne sont pas réactualisées assez fréquemment pour une utilisation optimale des informations relevées. Les stratégies d'encodage des informations qui vont passer en mémoire à long terme sont fragiles et ne permettent pas un stockage efficace et organisé.
- Des troubles attentionnels qui peuvent se manifester par un déficit de l'attention soutenue due à la fatigabilité et aux défaillances du fonctionnement exécutif. On observe également des difficultés concernant l'attention divisée : en situation de double tâche le sujet sera en échec.
- Des troubles mnésiques : un déficit de la mémoire de travail, une amnésie.

Les troubles du fonctionnement exécutif vont impacter considérablement la vie quotidienne sociale et professionnelle des patients. En effet toute situation nouvelle sera d'autant plus complexe pour les patients traumatisés crâniens : une nouvelle rencontre, un apprentissage, l'utilisation d'un nouvel outil ou matériel. Les interactions sociales de groupe seront également perturbées avec une faible résistance aux interférences (sonores et visuelles de l'environnement), une difficulté à intégrer les discours de chacun (situation de double voire triple tâche) et l'initiation ainsi que la réactivité seront déficitaires du fait du ralentissement cognitif et du défaut de planification. De même les patients traumatisés crâniens pourront être en échec dans les situations de préparation ou d'explications d'actions.

Ainsi le fonctionnement exécutif est fortement lié au comportement et à la communication de l'individu : un syndrome dysexécutif participe aux troubles du comportement et de la communication non verbale. Ces troubles sont souvent relevés par la famille et l'entourage et à l'origine du « handicap invisible » du patient traumatisé crânien (Bourrelier 2008).

2.2.2 Troubles de la communication

Les troubles de la compétence communicative chez les sujets traumatisés crâniens concernent la communication verbale, para verbale et non verbale.

2.2.2.1 Troubles de la communication verbale

Dans les troubles de la communication verbale on distingue les troubles de la voix, de la parole et du langage.

Les troubles vocaux concernent fréquemment l'atteinte organique des cordes vocales du fait d'un geste médical (intubation, trachéotomie) avec réduction des capacités vocales, dysphonie ou aphonie. Des troubles de la parole ou dysarthries peuvent s'observer : articulation imprécise, débit ralenti ou saccadé, hypotonie.

Enfin, les aphasies sont caractérisées du point de vue expressif, par un manque du mot et la réduction des productions ou, à l'inverse, par une logorrhée. En lien avec les troubles comportementaux et exécutifs, les échanges peuvent par ailleurs être perturbés par l'hypospontanéité ou la désinhibition, par l'absence de maintien des sujets traités et des réponses de l'interlocuteur. D'autre part, les difficultés réceptives apportent des situations de quiproquos, des difficultés à comprendre l'humour et les propos implicites (Mazaux et coll. 2008).

2.2.2.2 Troubles de la communication para verbale

La communication para verbale concerne les éléments non sémantiques relatifs à la voix: la prosodie (intensité, timbre, intonations), les interjections, les bruits de bouche, les sifflements... (Lacheret 2011). Les patients traumatisés crâniens présentent parfois des

troubles de la prosodie qui affectent notamment l'intentionnalité, mal communiquée ou mal comprise dans le message oral. On peut donc observer une aprosodie ou encore une dysprosodie qui vont perturber les échanges par une inadéquation entre l'énoncé et l'ajustement prosodique émotionnel ou linguistique (interrogations, affirmations ou ordres) associé.

2.2.2.3 Troubles de la communication non verbale

Les troubles de la communication non verbale représentent une plainte fréquente de l'entourage du traumatisé crânien et altèrent tout autant la communication globale que les aspects verbaux. L'étude réalisée par Aubert et coll. (2004) a mis en évidence la présence de perturbations non verbales et soulevé l'intérêt d'une rééducation et d'une prise de conscience de ces compétences. Cette étude montre que les facteurs les plus touchés dans la communication non verbale des patients traumatisés crâniens sont variés : l'inadéquation du regard qui ne permet pas de réguler les tours de parole ; un déficit de la compréhension des expressions faciales est également notable. L'observation des patients a en outre permis de relever une réduction des gestes emblématiques ou illustreurs (exemple : lever le pouce pour dire « super », faire un cercle avec ses mains pour illustrer la taille d'une pizza). Les auteurs relèvent aussi une forte augmentation des signaux émotionnels parasitant la communication verbale. Cette donnée est à mettre en lien avec les troubles du comportement et la tendance à la désinhibition que nous détaillerons ensuite. Sainson (2007) approfondit les observations en évoquant une pauvreté des gestes coverbaux qui est étroitement liée à l'expression verbale. De même les gestes synchronisateurs, inexistantes ou très pauvres, n'aident pas au maintien de l'interaction.

Nous pouvons détailler plus précisément les troubles de la communication non verbale par domaines, d'après les études de Aubert et al. en 2004 et en 2001 :

- *Le regard régulateur de l'interaction*

Le regard peut être altéré par l'absence ou le caractère inadapté de la fixation oculaire : le patient ne regarde pas son interlocuteur ou à l'inverse le fixe excessivement (créant alors une situation de gêne pour l'émetteur). La fixation peut également être inconstante lorsque le patient ne parvient pas à inhiber les interférences de l'environnement et va donc suivre du

regard toute nouvelle apparition dans son champ visuel sans pouvoir se concentrer sur autrui. Ces anomalies de fixation du regard entraînent souvent une perturbation des tours de rôles de l'interaction et de la qualité d'investissement du patient dans l'échange relationnel.

- *Les expressions faciales*

L'utilisation des mimiques et leur compréhension est perturbée chez les patients traumatisés crâniens. Ils utilisent peu d'expressions faciales et conservent un visage plutôt amimique qui ne véhicule aucune intention et émotion dans le discours (Mauss cité par Azouvi et coll. 1995). Lorsqu'ils sont confrontés à des personnes qui utilisent des mimiques dans leurs discours ils sont difficilement en mesure de décoder le message implicite donné par la mimique, message qui peut être tout à fait différent de l'énoncé verbal (exemple : l'ironie). L'étude de Spikman et al. (2013) illustre ces difficultés en réalisant un test de reconnaissance des expressions faciales chez des patients traumatisés crâniens. L'étude montre la difficulté de reconnaissance des expressions faciales de base : la joie, la tristesse, la colère, le dégoût. De plus les auteurs ont prouvé la présence d'un déficit de reconnaissance important en particulier pour les émotions négatives (colère et tristesse) et pour la discrimination des émotions proches (l'expression de la surprise par rapport à la peur par exemple). Les patients se retrouvent alors dans des situations de quiproquo ou d'incompréhension, notamment pour la compréhension des messages humoristiques, des mensonges et de l'expression de la tristesse ou de la colère.

- *Les gestes coverbaux et synchronisateurs*

Ces gestes sont utiles en situation d'interaction pour suivre le discours d'autrui, mieux se faire comprendre et permettre un échange communicatif normal. Ils sont largement diminués chez les patients traumatisés crâniens qui ne les utilisent plus autant ou les remplacent par des gestes dits de confort ou d'autocontact, qui perturbent l'interaction et qui ne sont pas porteurs d'informations pertinentes.

- *La proxémie*

L'adaptation de sa position et de la distance représente dans une moindre mesure un domaine atteint dans la communication non verbale des patients traumatisés crâniens. Les patients vont avoir tendance à se placer trop proche ou trop loin de leur(s) interlocuteur(s) sans retrouver instinctivement les notions implicites de distance intime, personnelle, social etc.

Cette désadaptation provoque souvent une gêne dans l'interaction, les interlocuteurs ont la sensation d'une intrusion dans leur espace personnel ou bien d'une indifférence affective ou intellectuelle de par une distance trop importante entre les patients traumatisés crâniens et leur environnement. De plus, les postures corporelles sont parfois hypotoniques (faible tonus), fermées (le patient est replié sur lui même, il croise ses jambes et bras, se recroqueville) ou vers l'extérieur (le patient tourne le dos à son interlocuteur, il n'a pas le buste tourné dans l'espace d'interaction), altérant d'autant plus la communication.

Les troubles de la communication non verbale s'accompagnent également de troubles de la « Théorie de l'esprit ».

2.2.3 Déficit de la Théorie de l'esprit

Les auteurs ont pu constater les difficultés cognitivo-comportementales et langagières des patients traumatisés crâniens. En lien avec les relations sociales il est nécessaire d'évoquer le déficit de la Théorie de l'esprit (TOM : Theory of Mind) chez les patients avec lésions cérébrales.

En effet, la localisation frontale des réseaux neuronaux impliqués dans la Théorie de l'esprit font de ce déficit un trouble fréquent chez les patients traumatisés crâniens et provoque généralement des troubles des interactions sociales (Joseph et coll. 2006). La difficulté à comprendre tout acte de langage indirect (humour, inférences, discours métaphorique) est directement en lien avec le déficit d'attribution d'états mentaux à son interlocuteur et de non intégration des intentions de chacun lors des échanges. La communication est donc impactée lors d'un déficit de la TOM.

Ces difficultés sont donc à concevoir comme un ensemble multifactoriel avec les troubles comportementaux et les troubles du système exécutif, impactant la communication totale.

2.2.4 Les troubles du comportement du traumatisé crânien

Le trouble du comportement peut provenir de trois phénomènes : lésionnels (syndrome frontal), réactionnels (la situation), et prétraumatiques (personnalité antérieure du patient) (Morin 2006).

- Troubles comportementaux d'origine frontale

Le trouble du comportement suite à des lésions cérébrales doit être abordé selon deux versants d'après Luria (cité par Mazaux et coll. 2006) : le versant déficitaire ou celui de l'excès. Le premier correspond à la diminution ou disparition de certains comportements (passivité, réduction verbale, apragmatisme, persévérations). Et le second à l'augmentation ou l'ajout de traits de caractères (comportement impulsif voire désinhibé, irritation, trouble attentionnel).

En lien avec les lésions frontales fréquentes dans les traumatismes crâniens, Cohadon et coll. (2008) ont observé une adynamie et un comportement agressif pouvant s'accompagner d'une absence d'autocritique. Ces comportements amènent alors les patients à des conduites à risque (projets insensés, défaut d'analyse de situations).

Les lésions frontales chez les patients traumatisés crâniens provoquent une incapacité émotionnelle qui se traduit par une amimie et un défaut d'empathie (Richer 2002). L'incapacité émotionnelle est considérée comme une inadaptation majeure du comportement et reste très mal vécue et comprise pour l'entourage du patient : visage inexpressif, aucune réaction aux situations de joie ou de tristesse, incompréhension des émotions et mimiques d'autrui...

- Troubles psychiatriques

Nous pouvons aborder le rôle prépondérant des troubles psychologiques et psychiatriques résultant de la situation de handicap qui est vécue comme une agression pour le patient. Les modifications du comportement peuvent provenir de perturbations émotionnelles en réaction à la situation de handicap : dépression, anxiété, troubles obsessionnels compulsifs, conduites addictives et à risque, tentatives de suicide... Ces pathologies entraînent des comportements inadaptés sur les deux versants précédemment décrits, et sont non négligeables dans la prise en charge des patients : aboulie, amimie, retrait et détachement affectif ; ou bien agitation, irritabilité, fabulations (Mazaux et coll. 2006).

Ces troubles s'inscrivent dans un parcours, souvent long et constitué de plusieurs étapes, décrit par Cohadon et coll. (2008).

2.3 Parcours du traumatisé crânien

Après les soins de premiers secours en urgence le traumatisé crânien suit trois étapes dans la récupération des déficits et l'adaptation au handicap. En phase aiguë le patient est pris en charge en service d'éveil de coma : dès l'ouverture des yeux du blessé. On peut observer trois sous-stades dans cette *période d'éveil* végétatif avec l'ouverture des yeux et la réponse aux ordres simples, l'interaction pauci-relationnelle avec une meilleure conscience de l'environnement et des réponses aux ordres simples et enfin les premiers échanges relationnels avec le début de la conscience de soi. Le service d'éveil de coma permet d'éveiller le corps et la conscience de soi par le biais d'activités ludiques et corporelles, puis d'instaurer les premières interactions (Cohadon et coll. 2008).

Le patient entre ensuite dans la *période de rééducation* qui vise à réduire et ré-entraîner les déficiences par des stimulations et réapprentissage multiples. Outre le versant moteur, l'entraînement et les stimulations rééducatives vont concerner principalement les domaines du langage, l'orientation spatiale et temporelle, les gnosies et praxies, le comportement, la prise de conscience des troubles et enfin le fonctionnement exécutif. En sortie de rééducation le patient a conscience de ses difficultés et est arrivé à un palier cognitif avec la récupération maximale des déficits. Cette période de prise en charge est généralement effectuée en centre de réadaptation fonctionnelle et poursuivie parfois en cabinet libéral.

Le patient poursuit ensuite son parcours en réadaptation. Cette étape vise à accompagner le patient non plus comme un blessé mais comme une personne qui recherche une nouvelle identité. Les thérapeutes vont privilégier les stimulations et la mise en pratique pragmatique (sorties et activités écologiques, activités occupationnelles, réinsertion sociale et professionnelle). En sortie de la *période de réadaptation*, le patient doit avoir pris conscience de son état séquellaire et fait le deuil de son identité pré-traumatique pour aller vers l'acceptation d'une nouvelle identité et de son handicap. Cette période de prise en charge a lieu en fin de parcours en centre de réadaptation fonctionnelle puis en centre d'accueil de jour ou bien au domicile du patient.

2.4 Notion de handicap invisible

Le handicap est d'abord vu comme la causalité de la maladie. Aujourd'hui, le terme de « situation de handicap » fait référence à la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé qui décrit trois composantes : les *déficiences* (les organes blessés), les *incapacités* et les *désavantages* (préjudice social qui limite les activités).

Concernant la population des traumatisés crâniens, on parle communément du « handicap invisible » (Bourrellier 2008). Cette formule est issue des premiers colloques des associations de traumatisés crâniens, et définit ce handicap mal connu et mal appréhendé par la société. En effet le handicap invisible correspond au « handicap cognitif {qui} échappe à l'observateur non initié. ».

Le handicap cognitif peut avoir des répercussions nombreuses et contraignantes qui placent le sujet en situation d'incapacité quotidiennement : pour adapter la communication, les émotions, pour planifier une rencontre, un projet ou un déplacement... De ce fait il était nécessaire de faire connaître ce handicap et de lui accorder la même reconnaissance sociale que le handicap physique afin de penser aux remédiations et aménagements qui peuvent être proposés par la société.

Pour ce faire, la prise de conscience des déficits est primordiale mais aussi celle des capacités résiduelles et de la malléabilité possible du comportement pour s'adapter et conserver des compétences. Enfin, l'actualisation du projet de vie donne un sens au quotidien du patient qui se construit une nouvelle image de lui-même et peut envisager des perspectives d'avenir.

2.5 La place de l'orthophonie

« L'orthophonie se présente comme une technique de la communication au service du sujet traumatisé crânien pour faciliter sa restructuration. La finalité de la rééducation est de parvenir à une restructuration globale de l'intégrité intellectuelle et de la personnalité du sujet, afin qu'il retrouve une autonomie maximale, compte tenu de ses capacités. » (Lasserre et Lacarrère-Neybourger 1996)

Ainsi, le rôle de l'orthophoniste est d'évaluer les déficits et les troubles associés puis de stimuler et ré-entraîner les capacités pour une réappropriation de l'autonomie du patient. L'orthophoniste intervient au sein de l'équipe pluridisciplinaire à toutes les étapes du parcours du patient traumatisé crânien.

2.5.1 Evaluations

Les évaluations des déficits se déroulent aux différentes étapes du parcours du patient traumatisé crânien (Cohadon et coll. 2008). En premier lieu, la prise en charge se base sur les lésions révélées en imagerie cérébrale et le score au GLASGOW Outcoming Scale. En phase d'éveil les batteries neurologiques classiques ne sont pas adaptées aux capacités des patients.

L'évaluation est généralement réalisée durant la phase de rééducation et vise à relever les domaines spécifiquement altérés : attention, mémoire, langage oral et/ou écrit, voix...

Ces évaluations sont réalisées au moyen de différents protocoles standardisés que nous n'énumérerons pas ici.

Enfin, à l'analyse des résultats quantitatifs aux tests, s'ajoute une dimension qualitative à travers l'observation clinique et pluridisciplinaire.

2.5.2 Rééducations

La prise en charge orthophonique intervient dès le stade précoce et tout au long du parcours (Cohadon et coll 2008) :

- *Période d'éveil* : stimulations oro-faciales, mnésiques, initiation et développement d'un système individuel de communication (stimulations langagières et interprétations des signes du patient).

- *Période de rééducation* : démutisation et réamorçage de la verbalisation, rééducation de la dysarthrie, rééducation des troubles du langage oral et /ou écrit. L'orthophoniste enrichit les moyens de communication et d'expression sous toutes leurs formes. La rééducation vise à stimuler les capacités et amener la prise de conscience des déficits.

Les rééducations peuvent être individuelles et collectives. Le travail individualisé permet de cibler les déficits particuliers et convient pour les rééducations analytiques (aphasie, alexie, dysarthrie). Les rééducations de groupe sont aussi efficaces. Le choix de cette approche vient de son aspect favorable sur le plan psychodynamique et relationnel (régulation comportementale et communication), (Goldblum et coll. 2001).

- *Période de réadaptation* : l'orthophoniste accompagne le patient dans le deuil de l'identité pré-traumatique et pour la restauration d'une nouvelle identité. Des activités écologiques peuvent aider le patient dans la constitution de son nouveau projet professionnel et/ou personnel : jeux de rôles (mises en situations), sorties écologiques, travail ciblé d'une compétence en rapport avec le projet professionnel (exemple : organiser une réunion, être plus flexible dans son activité, être à l'aise au téléphone...).

3 GROUPE THERAPEUTIQUE

3.1 Fondements du groupe thérapeutique

« Si tu diffères de moi mon frère, loin de me léser tu m'enrichis. » Antoine de Saint Exupéry (1948)

Cette citation prend tout son sens dans les origines et approches du groupe thérapeutique élaboré en premier dans le domaine de la psychiatrie. Le terme est employé la première fois par Moreno (cité par Marc et Bonnal 2014) psychiatre américain qui en fonde les bases dans le cadre des prises en charge d'enfants et d'adolescents avec troubles psychiatriques. L'idée du regroupement des individus dans un but thérapeutique est en grande partie liée au fait de considérer la différence comme un élément clé indispensable à l'appréhension de la réalité. Le groupe permet en effet un parallèle avec la réalité psychosociale.

Schultz (cité par Marc et Bonnal 2014) considère que l'Homme cherche à satisfaire trois besoins fondamentaux dans ses relations avec autrui :

- le besoin d'appartenance, être reconnu comme un membre du groupe ou de la société,
- le besoin de contrôle de soi et des interactions,
- le besoin de relations intimes, comme l'amour, l'amitié ou l'affection.

Cette approche humaniste s'inscrit dans la continuité des travaux de Moreno (1930) pour élaborer une théorisation des phénomènes de groupe : la sociométrie. Moreno explique que le groupe vise à établir une cohésion entre les individus, du fait du besoin d'appartenance, de contrôle et de relations. Cette cohésion repose sur deux niveaux, un niveau conscient et explicite des relations entre chacun et un niveau inconscient des relations d'affinités. Le groupe thérapeutique vise à améliorer la cohésion pour permettre une communion des pensées et des ressentis favorable au travail psychologique des membres du groupe.

Pour enrichir notre approche sur les relations dynamiques au sein du groupe, nous nous sommes intéressée au travail de Lewin (cité par Anzieu et Martin 1968) psychologue de Prusse du XXème siècle. Lewin s'inscrit dans la lignée du courant de la Gestalt Théorie : Théorie de la Forme, influente en psychologie, biologie et philosophie. Cette théorie explique

que les phénomènes doivent être considérés, non pas comme la somme des éléments qui les composent mais comme une entité particulière (Dictionnaire d'orthophonie).

Les relations et non pas seulement les personnes, sont donc indispensables pour comprendre le fonctionnement et l'élaboration du phénomène en question. Lewin (1959) parle du « champ dynamique » au sein du groupe : des tensions créent des forces qui sont à l'origine de la dynamique de groupe. En effet, les tensions proviennent des besoins fondamentaux humains. L'homme va chercher l'objet qui satisfera ses besoins et il met donc en œuvre une énergie qui constitue une force pour satisfaire la recherche de l'objet. Dans le groupe, le besoin essentiel est celui de cohésion, la tension sera dirigée vers la recherche d'un objet qui permet cette cohésion, donc la recherche d'un leader du groupe et d'une place pour chacun. Le leader améliore la cohésion et permet l'homéostasie du groupe (un sentiment de conscience et compréhension commune). Cette force provoque les mouvements dynamiques relationnels. Le groupe thérapeutique est donc un système d'interactions, de relations et de communication.

Enfin, Lewin (1959) et les partisans de la Gestalt théorie considèrent que l'analyse du comportement des individus dans le groupe est à concevoir par rapport à la notion de « ici et maintenant » et non sur les bases du vécu, des expériences passées. Cette théorie s'intéresse donc à la situation concrète présente et aux éléments qui ressortent des mises en scène de la réalité.

3.2 Le travail de groupe en orthophonie : expériences et intérêt

En orthophonie la rééducation de groupe est proposée aux patients en complément ou non de séances individuelles ; elle peut être coanimée avec un autre thérapeute (psychologue, psychomotricien, ergothérapeute ou un autre orthophoniste). D'après le Dictionnaire d'orthophonie, ce type de rééducation concerne « des patients présentant les mêmes troubles et/ou pathologies (bégaiement, retard de langage et/ou de parole, démutisation, pathologie du langage écrit, aphasies), ou ayant besoin des mêmes types de rééducation (lecture labiale, apprentissage de la voix œsophagienne) ».

3.2.1 Données de la littérature

La littérature offre peu d'expériences de groupe en orthophonie, pourtant fréquemment pratiqué notamment auprès des patients autistes, aphasiques ou encore les personnes bègues. Il n'existe pas à ce jour dans les données de la littérature de description des rééducations de groupe dans le cadre précis de troubles de la communication non verbale à l'usage des patients traumatisés crâniens.

Courtois (2012), explique que l'orthophoniste du groupe est responsable du bon fonctionnement et de la dynamique groupale. Elle dirige en apportant des procédures et du contenu, favorise l'action et les échanges communicatifs et interprète ce qui se dit pour étayer les activités et approfondir les notions évoquées. Dans le cadre d'un groupe d'entraînement aux habiletés sociales, à la pragmatique ou à la communication, différentes postures du rééducateur ont été relevées :

- L'orthophoniste est *garant d'un cadre* et de la continuité du groupe, le groupe a une fonction contenante, les séances sont régulières et organisées de façon ritualisée pour apaiser les patients.
- L'orthophoniste *dynamise les échanges*, elle favorise la communication et utilise la métacommunication pour expliciter et détailler les processus travaillés. Courtois (2012) évoque ainsi le jeu comme support privilégié qui incite au partage (développement de l'empathie).
- L'orthophoniste est en position *d'écoute active* et favorise également la libre expression. Courtois (2012) considère que cette disponibilité favorise les échanges entre les membres et avec le thérapeute.
- L'orthophoniste permet aussi de *développer la conscience de soi* du patient, pour l'aider à percevoir ses difficultés et à s'améliorer. Une étude lilloise de Mercat et coll. (2006) a démontré l'intérêt de ce feedback (rétro-information pour le patient sur son comportement) par l'intermédiaire de discussions avec le groupe, de supports vidéos et d'analyse des erreurs.

Enfin, Destailats et coll. (2004) rappellent l'importance de *l'information aux familles* et du lien à créer entre les progrès au sein du groupe et en situation écologique. L'orthophoniste

introduit les familles dans le processus rééducatif en leur rappelant les attitudes à éviter, les avancées du patient et les projets en cours.

Nous allons maintenant détailler différents groupes rééducatifs proposés en orthophonie et les illustrer d'expériences réalisées pour diverses pathologies.

- **Groupe d'habiletés sociales**

Courtois (2012) propose à des enfants présentant un trouble envahissant du développement, d'enrichir leur communication et l'accès aux habiletés sociales par le jeu d'improvisation : jeu de rôle, situations sociales représentées... L'objectif étant d'apprendre, dans un cadre sécurisant et facilitateur, les règles sociales d'interactions, utiles au bon déroulement de la communication.

- **Groupe d'expression théâtrale auprès de patients dysphasiques**

Cervello (2012) a utilisé l'approche rééducative de groupe auprès d'adolescents dysphasiques, dans le cadre d'un travail d'expression théâtrale. En effet le théâtre est en faveur d'une communication totale très expressive et la prise en charge de groupe semble indiquée pour les adolescents. Cervello a pu observer une augmentation des signes non verbaux et les adolescents ont gagné en confiance en situation de communication totale. De plus, ils ont généralisé leurs expériences rééducatives en dehors des séances.

- **Groupe de communication auprès de patients cérébrolésés**

On peut relever des prises en charge de groupe de la communication globale pour les patients traumatisés crâniens. Goldblum (2001) a rapporté l'effet positif de cette approche pour le bien-être (subjectif) des patients malgré peu de progression des habiletés pragmatiques. Une étude de Mercat et coll. (2006) proposait un encadrement pluridisciplinaire et des activités d'expression orale et de resocialisation. Une évolution favorable a été constatée concernant les scores au test du TLC bien que les capacités mnésiques et attentionnelles n'aient pas évolué.

3.2.2 Apports du groupe

Les auteurs abordent le groupe thérapeutique comme un espace transitionnel. Le groupe se situe à la frontière entre l'individuel et le collectif, il permet alors une transition de la subjectivité vers l'intersubjectivité. En effet, le groupe est un passage entre la situation thérapeutique interdynamique et la situation réelle de vie quotidienne. Courtois (2012) évoque ainsi le groupe comme un espace où la socialisation peut se développer de façon moins douloureuse ou difficile que dans la vie quotidienne du patient.

De plus, les expériences de groupe de Courtois (2012) et de Mazaux et coll. (2008) montrent que la créativité de chacun est démultipliée par celle des autres grâce à « l'effet miroir ». Les membres du groupe se reconnaissent dans leurs difficultés et appréhensions, certains aspects de chacun sont reflétés chez les autres et l'étayage sur les pairs enrichit considérablement le travail rééducatif : c'est un « feedback ».

Enfin, les auteurs ont pu constater que la prise de conscience des déficits est un des objectifs du travail de groupe et est indispensable pour une implication réelle dans la rééducation. Le feedback est indispensable comme outil d'autoévaluation : les patients peuvent prendre conscience d'éléments non intégrés pendant la réalisation de l'activité et ensuite en discuter pour chercher des améliorations, évoquer leurs ressentis. L'autoévaluation est motivante pour les patients qui peuvent constater leurs progrès et peuvent envisager avec le groupe des solutions adaptées à leurs difficultés.

En pratique, l'autoévaluation peut se faire grâce à différents supports. L'étude lilloise de Mercat et coll. (2006) proposait l'utilisation de la vidéo et les discussions en groupe de communication. Il est également possible d'effectuer une évaluation qualitative comme dans le protocole de Cervello (2014), qui s'appuie sur des échelles d'autoévaluation de la communication, proposées aux patients à différents intervalles du protocole.

Finalement nous pouvons citer l'étude de Cervello (2014) qui a démontré un apport qualitatif du groupe pour chaque patient, concernant leur bien-être. Les patients se sentent plus en confiance dans les situations de communication, notamment concernant les aspects non verbaux. Les observations de Mazaux et coll. (2008) concernant les rééducations de groupe en réadaptation participent à ce constat en ajoutant que le groupe est le premier niveau de resocialisation pour les patients traumatisés crâniens.

3.2.3 Supports et modalités

3.2.3.1 Le jeu de rôle

Le jeu concerne toute « activité physique ou mentale, n'ayant d'autre but que le plaisir qu'elle procure » (Dictionnaire d'orthophonie). Cette activité est prépondérante pendant l'enfance et participe à la construction de la pensée symbolique et au développement affectif.

En effet le jeu est un support privilégié par sa diversité d'actions et d'activités : la manipulation, la mise en scène, la planification et stratégie, la théâtralisation, la fabrication...

Dans le travail rééducatif de groupe, le jeu prend place en psychiatrie avec le psychodrame (théâtralisation dramatique au moyen de scénari improvisés) introduit par Moreno (1930).

Le psychodrame s'élabore par des mises en scène de la réalité quotidienne, jouées tour à tour par les différents membres du groupe. Marc et Bonnal (2014) ont alors observé un effet de résonance des phénomènes et ressentis entre les individus : chacun peut se reconnaître dans les situations jouées par les autres. En outre, le psychodrame permet de dépasser la verbalisation seule et d'utiliser l'action (mises en situations) comme support thérapeutique.

Par ailleurs, tout jeu suit des règles, une structure, qui participent au cadre contenant mais aussi à l'habituatation aux limites, apprendre à évoluer dans un espace créatif avec des contraintes, comme dans la réalité sociale.

Le jeu de rôle s'élabore en orthophonie pour différents groupes de rééducation : habiletés sociales, communication, théâtre...(Courtois 2012, Mazaux 2008, Cervello 2012).

3.2.3.2 La relaxation

Le Dictionnaire d'orthophonie donne un aperçu de la richesse de la relaxation dans les rééducations, d'abord psychologiques puis en orthophonie. En effet la relaxation permet la détente physique mais aussi psychique (diminution du tonus musculaire et donc des tensions nerveuses). Le but est donc de permettre un bien-être psychique grâce au relâchement du corps. Ainsi le patient est libéré de ses anxiétés et peut aborder de façon sereine le travail cognitif ou langagier qui suit. La relaxation est également utilisée en orthophonie en rééducation de groupe : Boucan (2001) évoque l'utilité de ce travail de détente auprès de patients bègues.

Nous nous sommes intéressée plus particulièrement à deux techniques de relaxation couramment utilisées chez les bègues : « le training autogène de Schultz (1930) » axé sur l'état d'hypnose pour un relâchement maximal et une détente complète du corps ; et la technique d'alternance de contractions et relâchements musculaires de Jacobson (1938) pour détendre progressivement toutes les parties du corps.

Nous avons donc pu cerner les intérêts de la rééducation de groupe, très adaptée à un travail écologique de la communication. Encore à un stade expérimental et pratique, le groupe thérapeutique en orthophonie ne cesse de s'enrichir et d'être élargi à différentes pathologies pour des rééducations variées.

OBJECTIFS ET HYPOTHESES

4 OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

Hypothèse théorique :

Ce mémoire a pour objectif de vérifier si un travail rééducatif de groupe autour des troubles de la communication non verbale chez les traumatisés crâniens est pertinent : un protocole ciblé améliorerait les performances en expression et compréhension de la communication non verbale au sein de la communication totale.

Hypothèse opérationnelle :

Nous nous attendons à observer une amélioration des scores au TLC entre l'évaluation initiale (T1) et l'évaluation finale (T2) et une modification positive de la communication non verbale en situation de communication totale (entretien) entre T1 et T2. Cette modification concerne :

- une augmentation du nombre total de gestes non verbaux
- une augmentation des gestes facilitateurs de l'interaction (gestes communicatifs)
- une diversification des gestes non verbaux.

En outre, nous pensons observer de façon qualitative une augmentation du sentiment de confiance en soi en situation de communication.

METHODOLOGIE

5 MÉTHODOLOGIE

5.1 *Population*

La constitution du groupe a été réalisée selon la disponibilité des patients traumatisés crâniens que nous avons pu rencontrer et selon des critères relatifs au traumatisme crânien.

5.1.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les sujets retenus pour le protocole sont des patients adultes traumatisés crâniens :

- présentant des troubles de la communication non verbale (score au TLC et analyse clinique en entretien),
- en phase post-rééducationnelle,
- sans troubles phasiques sévères (recours à la description d'image du test MT86),
- sans troubles psychiatriques majeurs,
- sans détérioration cognitive avancée, (score au MMS supérieur à 18) (Folstein et Mc Hugh 1975).

5.1.2 Cadre de l'étude

Le travail de groupe impose une unité de lieu qui nous a amenée à rechercher notre population en fonction des lieux qu'elle peut fréquenter : institutions, associations de famille de traumatisés crâniens, centres de soins de réadaptation.

Le Centre d'Accueil de Jour de Bordeaux, qui reçoit des patients traumatisés crâniens, a accepté d'accueillir ce projet de mémoire en proposant un lieu de rencontre. Les CAJ représentent des structures intermédiaires entre les structures hospitalières et les foyers d'accueil des associations de traumatisés crâniens. En effet ces structures proposent un accueil à la journée ou demi-journée. Les CAJ peuvent être des établissements hospitaliers ou non médicalisés, à visée sociale comme pour le lieu de rencontre des patients de notre étude. Le CAJ consiste en un lieu occupationnel et socialisant pour les patients avec des activités culturelles et sociales, des sorties et des projets multiples (artistiques, culinaires, sportifs...). Il est aussi un lieu de prévention de l'aggravation de l'état des usagers, de leur isolement et

du surmenage des aidants. Les objectifs du CAJ sont de préserver et d'améliorer l'autonomie des patients ainsi que de renouer les liens sociaux et familiaux. Il nous a semblé que notre démarche pouvait s'inscrire dans ces objectifs auprès de patients intéressés par le projet.

5.1.3 Présentation de la population

Auguste

Auguste est âgé de 48 ans. Il a subi deux accidents de la route durant son enfance, un à 7 ans puis à 10 ans (renversé par une voiture). Les traumatismes étaient graves, la famille de Auguste s'est beaucoup impliquée dans l'AFTC (association des familles de traumatisés crâniens) et Auguste a suivi plusieurs rééducations orthophoniques pendant une longue période mais il n'en suit plus aujourd'hui. Il vit en colocation en foyer de vie. Il vient toute la semaine au CAJ.

Auguste présente des difficultés cognitives : un défaut d'initiation d'action et une lenteur de traitement des informations. D'un point de vue expressif, son discours est fluide et grammaticalement correct. Nous avons pu observer cependant des digressions fréquentes et une recherche lexicale. Le maintien attentionnel est correct durant les activités mais les capacités mnésiques sont faibles. Nous observons des difficultés dans le geste graphique et dans les praxies gestuelles.

Auguste présente une communication non verbale altérée, notamment pour : l'adressage du regard en interaction (il ne regarde pas son interlocuteur), l'adaptation de la proxémie, et l'expression ainsi que la compréhension des mimiques et des gestes régulateurs.

Carles

Carles est âgé de 43 ans et a eu un accident de la route en 1991. Le traumatisme était grave avec la perte de la marche et une aphasie majeure. Carles a été pris en charge à Château Rauzé puis en orthophonie en libéral. Il ne suit plus aucune rééducation aujourd'hui et vit à Bordeaux de façon autonome. Il vient six demi-journées par semaine au CAJ.

Carles présente un comportement désinhibé avec des propos parfois inadaptés. La parole est fluide et le discours est correct et cohérent. Les compétences attentionnelles et mnésiques sont correctes. Nous observons des difficultés dans le geste graphique.

Les compétences communicationnelles non verbales de Carles sont correctes, il présente une bonne compréhension et expression des gestes et mimiques. La distance et la régulation de

l'interaction sont cependant déficitaires, à relier au comportement de désinhibition (trop proche de son interlocuteur, il ne tient pas toujours compte des autres).

Kélia

Kélia est âgée de 26 ans et a subi un accident de la route (renversée par une voiture) le 27 avril 1998. Kélia suit une rééducation orthophonique une fois par semaine depuis 2004 et travaille actuellement l'amélioration de la lecture. Avant son accident, Kélia était prise en charge en IME pour un déficit cognitif léger. Kélia vit en foyer de vie en colocation avec d'autres usagers du CAJ. Elle vient six demi-journées par semaine au CAJ.

Kélia présente un léger trouble arthrique sur les phonèmes constrictifs. Le discours est cependant fluide et la syntaxe est correcte. Les capacités mnésiques et attentionnelles sont correctes. Nous observons un strabisme présent depuis l'enfance. Le geste graphique est ralenti et difficile.

Kélia présente des lacunes dans l'expression des émotions (gestualité et mimiques) et dans la régulation de l'échange, elle reste très neutre et inexpressive. Les postures sont distantes.

Odette

Odette est âgée de 41 ans. L'accident date de 2011. Elle vit en colocation. Le traumatisme était grave. Les difficultés d'élocution (dysarthrie) sont encore majeures ainsi que la marche et les praxies gestuelles. Les capacités mnésiques sont correctes. Nous observons une grande fatigabilité ainsi qu'un défaut d'initiation des actions.

Les compétences communicationnelles non verbales sont limitées en expression (peu de mimiques et gestes). Le regard est cependant adressé mais la régulation de l'interaction est moindre. La compréhension des éléments non verbaux est correcte.

5.2 Evaluation, passation

Les évaluations et entretiens se sont déroulés en individuel sur $\frac{3}{4}$ d'heure-1h et ont été filmés intégralement (après le consentement éclairé des patients) pour une analyse fine et détaillée. Ces évaluations se sont déroulées à T1 (en décembre avant le début des séances) et à T2 (en avril, après les 13 séances de rééducation).

Nous avons utilisé plusieurs tests pour évaluer les profils de communication et pouvoir exclure les patients sévèrement aphasiques ou déments.

Le TLC:

Nous avons évalué la communication globale des patients en utilisant le Test Lillois de Communication de Delacourt (TLC). Ce test nous a permis d'évaluer l'ensemble de la communication (*attention et motivation à la communication, communication verbale et communication non verbale*) et d'avoir un focus sur les capacités d'expression et de réception des signes non verbaux (PACE). L'échelle d'évaluation des troubles proposée à la famille nous a également été utile pour une évaluation qualitative des troubles du patients. Nous l'avons proposée au personnel du CAJ et complétée par des questions ciblées sur les signes non verbaux.

Nous avons pu déterminer grâce au TLC si les troubles de la communication du patient étaient pathologiques.

Il est nécessaire de préciser que la cotation des épreuves donne comme score pathologique au total 68,36/100. Ce score total correspond au calcul suivant : *Score attention et motivation* x 2,5 + *Score communication verbale* x 1,3 + *Score communication non verbale* x 1,53.

Un sujet normopathe présente un score de la *communication verbale* saturé mais accompagné d'un score de la *communication non verbale* non saturé : en effet une communication verbale efficace sans trouble de la compréhension dispense le sujet de compenser par le versant non verbal, ses productions non verbales peuvent donc être peu diversifiées.

Nous avons considéré qu'un score non pathologique à l'ensemble des épreuves du TLC ou au score de communication non verbale ne suffisait pas pour exclure un patient du protocole : le déficit de la communication non verbale peut être présent lorsque le score au TLC est faible et que le complément des analyses cliniques de l'entretien illustre des troubles de cette communication. En effet, le TLC est un test à l'intention des patients aphasiques qui compensent leurs difficultés expressives et réceptives par le non verbal, et non un test ciblé de la communication non verbale des patients cérébrolésés.

Entretien dirigé :

Pour compléter cette évaluation de la communication et avoir un regard plus affiné sur les capacités de communication non verbale, nous avons réalisé pour chaque patient un entretien filmé dirigé et chronométré. Cet entretien a été utilisé pour l'analyse des gestes mais aussi pour la cotation des grilles du TLC. Comme nous avons pu le voir, l'analyse et l'interprétation des outils de la communication non verbale sont difficilement réalisables car très subjectives et soumises au contexte socio-culturel et émotionnel. L'entretien filmé consiste en une interview conduite de la façon la plus ouverte possible et abordant des thèmes courants. Il est issu du mémoire de Cervello (2014) et nous a paru intéressant car il s'adapte au mieux à une situation écologique et balaie les différents types de discours (voir annexe 1) :

- Salutations
- Présentation personnelle, appel aux notions courantes
- Explication des loisirs
- Description d'une action
- Question avec raisonnement hypothétique

Les questions du premier entretien ont été entièrement reprises du travail de Cervello, puis modifiées pour éviter l'effet retest en évaluation finale.

Les aspects non verbaux relevés sur la vidéo de l'entretien ont été classés selon l'analyse de la gestualité de l'énonciation de Cosnier et comptabilisés par minute.

Nous avons choisi cette classification qui permet de répertorier les éléments non verbaux de façon qualitative, en gestes communicatifs et extra communicatifs.

Nous précisons que seuls les gestes des mains et de la tête ont été évalués selon la définition du geste de Iverson et Braddock (2011) (voir *1.2.3 Méthodologie d'observation des signes non verbaux*).

L'entretien mené en fin de protocole et sa cotation ont été réalisés en co-analyse avec une étudiante en orthophonie pour éviter la subjectivité du testeur en retest.

Questionnaire d'évaluation du sentiment d'aisance en situation de communication :

Nous avons proposé un questionnaire à la 4^{ème} séance pour évaluer le ressenti des patients après avoir pu commencer le protocole et compris le principe du questionnaire. Cette évaluation a été réalisée de nouveau en fin de prise en charge. Deux questions initiales permettent de réguler le groupe. Ces questions n'entrent pas en compte dans l'évaluation,

elles représentent seulement un indicateur de la dynamique du patient au sein du groupe pour l'évaluateur.

Les questions proposées ensuite abordent le ressenti des patients par rapport à leur gestualité en production et en outil réceptif. Enfin, nous avons proposé des questions sur le ressenti en situations de communication totale courantes: s'exprimer en famille, entre amis, avec un inconnu,... (voir annexe 2)

Pour coter les réponses, nous nous sommes inspirée d'une réglette analogique d'évaluation de la douleur chez les aphasiques (Gonzalez citée par Cachot 2011).

Cette réglette a été normalisée et permet de faciliter le système de réponse en déplaçant un curseur sur une réglette (qui donne un chiffre précis pour l'évaluateur). Nous l'avons donc adaptée au thème de l'efficacité de la communication, avec aux deux extrémités (1 à 10) : « ne fonctionne pas, je ne suis pas à l'aise » et « fonctionne, je suis à l'aise ».

5.3 Elaboration des séances

5.3.1 Protocole de rééducation

Le protocole rééducatif s'étend du mois de janvier à mi-avril, à raison d'une heure par semaine. Le total de 13 séances de rééducation de groupe est partagé en quatre thèmes qui reprennent tous les éléments non verbaux. L'ordre des thématiques travaillées a été pensé de façon à proposer aux patients une progression dans les exercices pour arriver à la situation complète de communication non verbale au sein d'une situation de communication totale. Nous avons travaillé en tenant compte des versants expressifs et réceptifs pour une intégration complète de la communication.

Le tableau qui suit détaille les séances et les objectifs expressifs et réceptifs précis ainsi que le nombre de séances attribuées pour chaque domaine non verbal travaillé (le détail des activités sera explicité plus loin).

	VERSANT EXPRESSIF	VERSANT RÉCEPTIF	ACTIVITÉS ET MATÉRIEL
Introduction au groupe <u>1 séance</u>	<u>Présentation</u> Discussions sur thèmes. Présentation	Ecoute des autres, observation et adaptation aux tours de rôle.	Lancer du « dé parlant » et discussion sur thèmes : animaux, sport, nationalité... <i>Dé fabriqué avec thèmes en images</i>
REGARD <u>2 séances</u>	Augmenter ou diminuer le nombre de regard. Eviter les fixations Travailler la fréquence selon la position/le rôle dans l'interaction et les objectifs communicationnels Attention visuelle Symbolisation du regard.	Analyse du regard : nombre, durée, intensité, direction. Comprendre l'importance de l'exploration du champ visuel pour la prise d'informations. Comprendre la signification d'un regard.	<i>Jeu de l'objet caché</i> <i>Jeux d'exploration visuelle</i> <i>Activités dos à dos, copie de figures</i> <i>Utilisation de pictogrammes symboliques</i>
PROXÉMIE et SALUTATIONS <u>2 séances</u>	Reproduire la salutation adaptée au contexte. Agrandir ou diminuer l'espace intime. Adapter la voix et les regards selon la distance .	Reconnaître les différents types de salutations selon le rôle et le statut. Comprendre le lien entre salutation et distance interpersonnelle. Comprendre le rapport entre distances et rôles Travailler sur la notion d'intimité	Appariement des salutations aux personnages (<i>supports imagés</i>) Manipulation de <i>personnages</i> pour symboliser des situations. <i>Jeux de rôles</i> <i>Devinettes et mimes</i>
EXPRESSIONS FACIALES (MIMIQUES) <u>4 séances</u>	Exprimer des sentiments par la mimique, 3 étapes : 1) amimie versus mimique 2) opposition de sentiments en mimiques 3) déduction dans l'interaction, Théorie de l'esprit Adapter la mimique avec la proxémie et le regard	Discriminer et reconnaître les mimiques (3 étapes reprises) Comprendre l'utilité des mimiques pour la compréhension et l'expression d'un message.	<u>Discrimination et reconnaissance</u> <i>Symbolisation avec smileys</i> Dédution <i>Exercices théorie de l'esprit et reconnaissance des émotions, BD</i> <i>Jeu Dixit</i> <u>Compréhension globale et prise de conscience de l'utilité, de l'expression des émotions</u> <i>Analyse d'un extrait de la série Un gars une fille</i>

GESTES <u>2 séances</u>	Utilisation des gestes en contexte (variation des situations) Réduire les gestes perturbateurs non linguistiques qui nuisent à la communication	Voir un panel de gestes linguistiques les plus utilisés, mémorisation Reconnaissance de ces gestes en interaction Prise de conscience de leur utilité Observation de gestes non linguistiques et de leurs conséquences sur l'interaction	<u>Introduction aux gestes : donner du sens</u> <i>Rythme and boulet</i> <i>Jeu de cartes à gestes symboliques</i> <i>Time's up mimes</i> <u>Analyse des gestes d'autrui et reproduction en situations</u> <i>Analyse vidéo de Charlie Chaplin</i>
GLOBAL <u>2 séances</u>	Sortie écologique, application des outils non verbaux	Prise de conscience des éléments non verbaux nécessaires à une situation écologique.	<u>Préparation de la sortie au restaurant</u> <i>jeu symbolique en mimes, utilisation des salutations, mimiques et regards</i> <u>Sortie au restaurant</u> <i>Chasse au restau'</i>

5.3.1.1 Déroulé des séances

Il semblait pertinent d'instaurer des rituels de début et de fin de séance ainsi qu'un déroulé type. En effet cette précaution apporte aux patients un cadre de rééducation sécurisant pour développer leurs compétences dans un climat de confiance. De plus, les rituels engagés aident les patients à anticiper et faire des liens entre les différentes séances et les divers domaines travaillés.

Chaque séance suit donc un déroulé identique :

- 1) accueil
- 2) temps corporel
- 3) activités sur thème en réception et expression
- 4) travail mnésique et/ou attentionnel
- 5) météo du moral et de la séance

Temps corporel

Chaque séance débute avec ce temps de mobilisation corporelle visant à réveiller le corps. Le choix d'exercices a été fait selon le domaine travaillé (regard, proxémie...) en s'axant sur les éléments corporels utilisés et nécessaires pour la séance. La ligne directrice est donc des exercices de relaxation et d'étirement.

Exemple d'exercice:

Séance sur le REGARD: rotation tête et épaules, mouvements de mobilisation des yeux (haut, bas, côtés, écarquiller, plisser), suivre un objet du regard.

Travail de la mémoire visuelle

Cet entraînement mnésique a été réalisé à chaque fin de séance pour soutenir les apprentissages et développer les capacités de rétention pour une meilleure appropriation des informations visuelles dans tout contexte interactif. Nous avons utilisé des jeux de cartes du type Memory.

Météo de la séance

Ce temps d'échange permet aux patients d'exprimer en fin de séance leur opinion, leurs difficultés et leurs demandes pour faire évoluer les séances et comprendre quels exercices et supports sont les plus pertinents.

Exemple d'une séance complète:

Séance 1 sur la proxémie et les salutations: (environ 55min)

1) Accueil 5min

2) Temps corporel :

- Etirements et mobilisation de la tête et des épaules (haut/bas, gauche/droite, hausser, rotation), s'étirer et bâiller, tourner le buste au niveau du bassin
- Tendre les bras (haut/bas, gauche/droite), occuper l'espace, puis relâcher tout.
- Jeu de lancer de balle avec un « bonjour » adressé.

3) Activité sur thème

Versant réceptif : 15min

- Discussion et découverte des différents types de salutations et des distances associées (support imagé : la bise, l'accolade, le salut...).
- Appariement de la salutation avec des cartes de personnages (aux rôles et statuts différents), exemple : la reine-le baisemain, l'ami-l'accolade, le collègue-la poignée de main....

Versant expressif : **15min**

- Manipulation de figurines-personnages pour symboliser des situations sociales de rencontres et adapter la distance ainsi que la salutation.

4) Travail de la mémoire visuelle : 10min

Memory des salutations avec les cartes d'appariement de l'activité sur thème.

5) Météo de la séance et annonce du programme de la séance suivante : 5min

Clôture + donner un élément de lien avec la séance suivante (conseiller de plus se tourner vers les autres, ne pas être trop proche, et de voir si la communication s'améliore ainsi).

5.3.1.2 Supports et matériel par thématiques

5.3.1.2.1 Introduction au groupe

Première séance

Objectifs : présenter une nouvelle fois le projet et donner un aperçu du travail envisagé, se présenter.

Mise en œuvre : nous avons utilisé des questions sur les loisirs pour ouvrir la discussion entre les participants du groupe.

Support : dé fabriqué avec des images de loisirs.

5.3.1.2.2 Séances sur le regard

Jeu de l'objet caché

Objectifs : concevoir le regard comme un outil de prise d'informations, travailler la fonction déictique du regard.

Mise en œuvre : cette tâche consiste à choisir avec le groupe sauf un des membres, un endroit où dissimuler un objet dans la pièce. Le membre du groupe qui n'a pas participé à la cachette doit ensuite retrouver l'objet en étant guidé par le regard des autres : le regard pouvant indiquer la droite, la gauche, le haut ou le bas.

Support : un objet quelconque caché dans la pièce.

Jeu d'exploration visuelle

Objectifs : ce jeu vise à développer l'exploration du champ visuel et la prise d'informations par ce canal.

Mise en œuvre : les joueurs doivent trouver le plus rapidement possible un objet cible parmi une multitude de distracteurs visuels.

Support : jeu du *Lynx* (éditions Educa).

Activité dos à dos

Objectifs : sensibiliser à l'importance du regard dans l'interaction, comprendre que voir et être vu donnent des indications primordiales dans la compréhension d'énoncés oraux.

Mise en œuvre : les joueurs doivent expliquer comment reproduire un dessin à un autre joueur placé de dos (copie de figures).

Support : cartes du jeu *A vos Chaudrons* (édition Mot à mot).

5.3.1.2.3 Séances sur la proxémie

Appariement salutations-personnages

Objectifs : reconnaître les différents types de salutations et connaître leur lien avec le statut de l'interlocuteur.

Mise en œuvre : les patients appariet les différentes salutations aux personnages proposés.

Support : images des salutations et de personnages divers (célébrités, membres de la famille, inconnus, groupe, enfants, adultes, foule).

Reproduction de situations

Objectifs : symboliser les salutations et distances interpersonnelles adaptées au contexte et à l'interlocuteur.

Mise en œuvre : les membres du groupe doivent manipuler des figurines pour reproduire une scène en respectant les codes sociaux concernant les distances sociales et la manière de saluer un individu selon son statut.

Support : figurines, cartes de situations extraites du jeu *A vos Chaudrons*.

Jeux de rôles

Objectifs : reproduire soi-même les salutations adaptées aux situations et adapter la distance interpersonnelle réelle.

Mise en œuvre : mises en situations de scènes quotidiennes où se déroule une salutation, en tenant compte des informations sociales et des codes comportementaux nécessaires à l'interaction. Les spectateurs de la scène doivent comprendre et reconnaître quels sont les statuts joués par les protagonistes et débattre de la réalisation.

Support : cartes du jeu *A vos Chaudrons* et situations sociales inventées (voir annexe 3).

5.3.1.2.4 Séances sur la mimique

Classification de smileys

Objectifs : discriminer les émotions, les opposer et les classer, symboliser les émotions.

Mise en œuvre : les patients ont d'abord des visages découpés à reconstituer selon une émotion cible, puis ils classent des smileys par émotion en analysant les traits distinctifs. Enfin, les patients dessinent leurs propres smileys en utilisant les émotions déjà travaillées.

Support : *jeu des portraits* (édition Nathan).

Travail de la Théorie de l'esprit

Objectifs : déduire les émotions d'autrui, travailler la notion d'empathie, symboliser les émotions.

Mise en œuvre : choisir la mimique adaptée à dessiner sur une planche de bande dessinée où les visages sont effacés.

Support : *jeu des émotions* (édition Nathan).

Dixit

Objectifs : reconnaître des émotions symbolisées, tenir compte du contexte, pouvoir les classer.

Mise en œuvre : ce jeu se compose de cartes et d'un plateau de jeu qui permet de visualiser les points gagnés. Les cartes sont très artistiques et évoquent des univers, des émotions et des perceptions diverses et irréelles. Le jeu a été utilisé de façon simplifiée en demandant à chaque patient meneur du tour de choisir une émotion en lien avec une de ses cartes, il cache sa carte et les autres doivent trouver aussi une carte dans leur jeu en lien avec l'émotion donnée. On retourne ensuite toutes les cartes et tous les joueurs sauf le meneur doivent parier

et deviner la carte initiale posée par le meneur parmi les cartes de tous les joueurs. Celui ou ceux qui la trouvent gagnent des points, le meneur change à chaque tour.

Support : jeu *Dixit* (éditions Libellud).

Jeu du mistigri

Objectifs : insister sur l'appariement et la mémorisation des différentes émotions, sensibilisation à la mimique du bluff.

Mise en œuvre : jeu de cartes où on constitue des paires pour réussir à se débarrasser de toutes ses cartes. Une carte est isolée, les joueurs tentent de ne pas la piocher dans le jeu de leurs adversaires à chaque tour. Les cartes sont adaptées au thème travaillé, avec différentes mimiques à appareiller, les patients réalisent aussi au travers du jeu que chacun se sert du bluff pour tromper son adversaire et l'influencer à piocher la carte isolée.

Support : jeu de mistigri fabriqué à partir des dessins de smileys des patients.

Analyse filmique non verbale

Objectifs : reconnaître les mimiques et déduire leur sens en contexte.

Mise en œuvre : les patients observent et relèvent les indices non verbaux (le son est coupé) d'un extrait vidéo. Ils débattent ensuite du sens véhiculé et des émotions exposées et reconnues. Dans un deuxième temps l'extrait est revu avec le son et le groupe peut constater des éventuels décalages avec les informations orales (ajout d'informations ou discordances entre verbal et non verbal). Les patients reproduisent ensuite la scène en version non verbale.

Support : extraits vidéos de la série *Un gars, une fille*.

5.3.1.2.5 Séances sur les gestes

Rythm' and Boulet

Objectifs : découverte des différents gestes, sémiotisation (donner du sens) puis appropriation des gestes, de leur programmation et mémorisation.

Mise en œuvre : jeu de cartes imagées présentant différents gestes courants. L'image donne le signe en contexte et un dessin pictographique du geste. Chaque patient doit mémoriser au fur et à mesure ses cartes et reproduire les gestes dans le bon ordre.

Support : jeu *Rythme and boulet* (édition Asmodee).

Time's up

Objectifs : travailler la production gestuelle et la correspondance mot-geste ; et prendre conscience de la nécessité de s'adapter à autrui pour faire deviner les mots.

Mise en œuvre : jeu de devinettes orales et mimées, nous avons choisi une version adaptée aux enfants donc comportant des objets et animaux courants. Le jeu a été réalisé en deux manches : une description verbale du mot à deviner ; puis un mime du mot.

Support : cartes de *Time's up kids* (édition Asmodee).

Analyse filmique en situation de communication totale

Objectifs : recherche et analyse de tous les éléments non verbaux pour déduire le sens.

Mise en œuvre : Analyse des gestes en contexte du personnage et étude de leur signification : l'extrait présente Charlie Chaplin en train de chanter avec des paroles incompréhensibles et mimant l'histoire de la chanson. Les patients ont à déduire cette histoire par les gestes observés.

Support : extrait de *Charlie Chaplin, Les temps modernes*.

5.3.1.2.6 Séances récapitulatives

Entraînement à une situation sociale

Objectifs : préparer la sortie écologique au restaurant, travailler les éléments non verbaux en expression.

Mise en œuvre : les patients préparent une sortie au restaurant en travaillant en jeux de rôle : le serveur, les clients. Ce travail est réalisé avec les outils non verbaux (gestes, mimiques, regards, postures) puis en communication totale. Chaque patient doit exprimer sa commande, et commenter ses plats en non verbal. Pour aider les patients dans ce travail, nous cherchons d'abord les gestes et attitudes nécessaires pour décrire les aliments et les expressions (« c'est bon », « je n'aime pas » « j'attends »...).

Support : cartes de menu imagées créées à partir des cartes du jeu *Le grand jeu du petit restaurant* (extrait Pomme d'Api).

Sortie écologique

Objectifs : travailler en contexte toutes les thématiques vues en séances, clôturer les séances du protocole par un moment convivial.

Mise en œuvre : la dernière séance allie un moment convivial et la mise en pratique des outils travaillés précédemment. Pour ce faire, le thérapeute propose aux patients une sortie en milieu écologique ordinaire : un repas au restaurant. Pour enrichir cet événement et apporter du lien avec le travail sur la communication non verbale, une « Chasse au restau » est organisée : les patients ont une adresse et quelques indications sur le type de restaurant et doivent rechercher l'endroit exact et le parcours en s'adressant aux passants.

Support : plan amélioré de Bordeaux centre (couleurs sur les rues dominantes et le tramway).

RESULTATS

6 RESULTATS

Nous proposons une analyse des résultats selon trois approches :

- **Quantitative** : en analysant d'une part l'évolution du nombre de gestes non verbaux réalisés par minute en moyenne au cours des deux entretiens et en comparant d'autre part les scores obtenus au TLC à T1 et T2.
- **Qualitative** : en analysant les réponses aux questionnaires sur le sentiment d'aisance en situation de communication.
- **Clinique** : en analysant les réactions aux exercices proposés et les performances des patients. Nous nous sommes appuyée sur les notes prises après chaque séance et des enregistrements vidéo de certaines séances.

6.1 Analyse quantitative

En suivant la méthodologie annoncée, nous allons présenter les résultats de l'analyse des entretiens filmés selon la classification de Cosnier (1997).

Nous devons préciser que Odette n'a participé qu'à 10 séances sur les 13 proposées par le protocole.

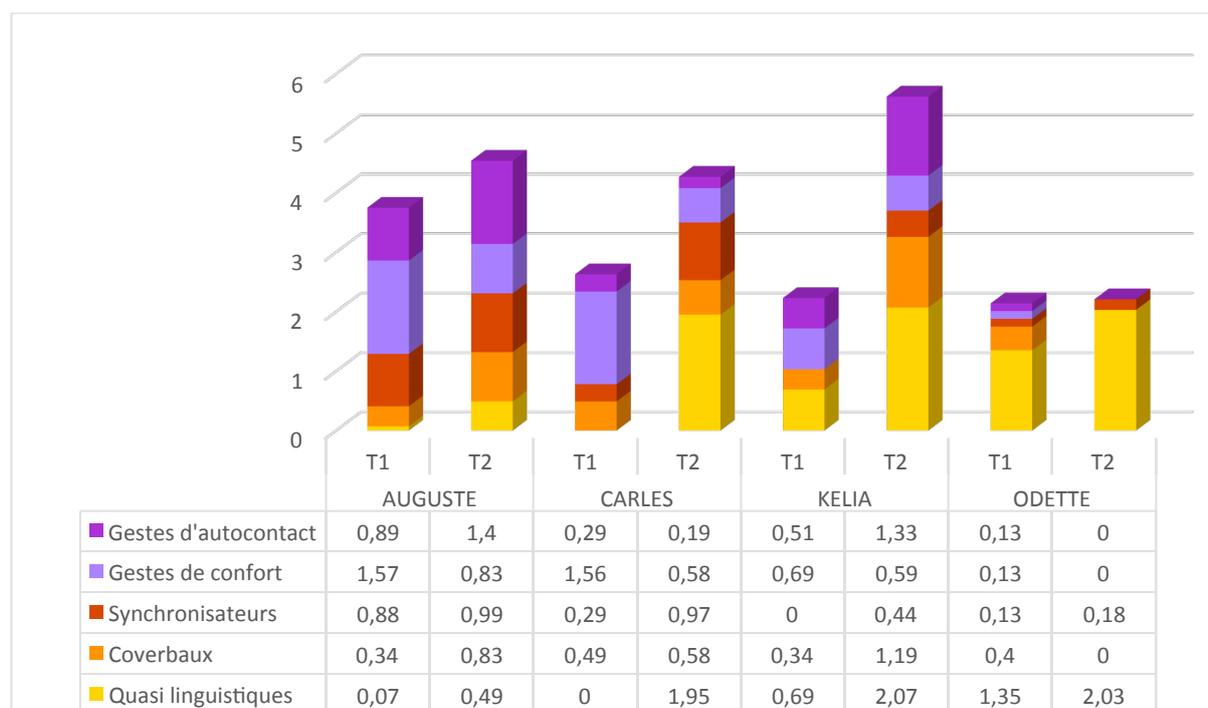


Figure 1 : Diagramme de la quantité de gestes/min à T1 et T2 pour chaque sujet

La figure 1 nous permet de constater une augmentation du nombre total de gestes réalisés pour tous les patients. Plus précisément, on note pour les 3 premiers patients (Auguste, Carles et Kélia) une augmentation de tous les types de gestes sauf les gestes de confort et d'auto-contact. Les résultats d'Odette sont, par ailleurs, très différents : l'évolution de sa gestualité (initialement réduite) indique une légère augmentation totale, mais uniquement pour les gestes quasi-linguistiques et synchronisateurs.

Selon Cosnier, ces résultats peuvent être regroupés dans deux sous-classes de gestes : *communicatifs* et *extra-communicatifs*.

		Gestes communicatifs (quasi linguistiques, coverbaux et synchronisateurs)	Gestes extra-communicatifs (de confort, d'autocontact)	Nombre total de gestes/min
AUGUSTE	T1	1,29	2,46	3,75
	T2	2,31	2,23	4,54
CARLES	T1	0,78	1,85	2,63
	T2	3,5	0,77	4,27
KELIA	T1	1,03	1,2	2,23
	T2	3,7	1,92	5,62
ODETTE	T1	1,88	0,26	2,14
	T2	2,21	0	2,21

Figure 2 : Nombre de gestes réalisés en moyenne par minute à T1 et T2

D'après les figures 1 et 2, les patients ont tous augmenté les *gestes communicatifs* (quasi-linguistiques, coverbaux et synchronisateurs) entre T1 et T2 et en particulier les gestes quasi-linguistiques. La progression est particulièrement remarquable pour Kelia qui multiplie son score par 3.

Parmi les *gestes extra-communicatifs*, les gestes de confort ont diminué pour tous les patients, et nous remarquons que les gestes d’auto-contact ont, en revanche augmenté chez deux patients.

La figure 2 nous permet de remarquer que le nombre total de gestes par minute illustre une même tendance pour Auguste, Carles et Kélia qui réalisent plus de 4 gestes par minute à T2 alors qu’Odette stagne à 2 gestes en moyenne.

Pour nos 3 premiers patients, le nombre des gestes extra-communicatifs est supérieur à celui des gestes communicatifs en phase initiale alors que ce rapport s’inverse en phase finale.

Résultats au TLC

		Attention motivation /6	Communication verbale /30	Communication non verbale /30	Score total TLC /100
AUGUSTE	T1	5	17	12	52,96
	T2	5	20	16	62,98
CARLES	T1	6	24	18	73,74
	T2	6	27	20	80,7
KELIA	T1	5	22	17	67,11
	T2	6	27	23	85,29
ODETTE	T1	4	23	19	68,97
	T2	4	23	17	65,91

Figure 3 : Variation des scores aux épreuves du TLC entre T1 et T2

Nous observons que les scores d’*attention et de motivation* à la communication sont déjà presque saturés pour tous les patients à T1 ce qui illustre une volonté de communication bien présente dès le début du protocole et une marge réduite d’amélioration.

Les scores en *communication verbale* ont évolué pour tous les patients sauf Odette, et permettent d’atteindre le seuil non pathologique pour Kélia et Carles (supérieur ou égal à 27). Le détail des résultats à T1 dans ce domaine illustre des difficultés homogènes concernant

l'émission de feedbacks verbaux négatifs quand le sujet ne comprend pas son interlocuteur, l'ajustement aux feedbacks verbaux d'autrui et la précision dans le discours (manque du mot). Ces éléments ont progressé à T2.

Les scores en *communication non verbale* ont augmenté pour trois patients (scores supérieurs au percentile 80, non pathologique). Les scores de Kélia sont en nette évolution à T2 et témoignent d'une évolution très favorable.

Les éléments non verbaux ayant progressé pour tous les patients concernent l'expression et la compréhension des émotions, la régulation de l'échange et l'ajustement aux feedbacks non verbaux d'autrui.

Les scores d'Odette sont en légère baisse pour la communication non verbale (la patiente est restée très peu expressive et a réalisé moins de gestes), et illustrent une stagnation générale par rapport aux autres patients.

	Variation du score (points)	% d'évolution de la communication verbale	% d'évolution de la communication non verbale	% d'évolution total des scores
AUGUSTE	+10,02	+17%	+33%	+19%
CARLES	+6,96	+12%	+11%	+9%
KELIA	+18,18	+23%	+35%	+27%
ODETTE	-3,06	+0%	- 10%	- 4%

Figure 4 : Variation et pourcentage d'évolution du score total au TLC entre T1 et T2

Comme le montre la figure 4, nous pouvons observer une amélioration du score total au TLC pour tous les patients sauf Odette.

Nous constatons une amélioration du score de la *communication non verbale* et de la *communication verbale* pour trois patients.

6.2 Analyse qualitative

Echelle de 1 à 10 :

1 = Ne fonctionne pas, je ne suis pas à l'aise.

10 = Fonctionne, je suis à l'aise.

		AUGUSTE			CARLES			KELIA			ODETTE		
		T1	T2	T2-T1	T1	T2	T2-T1	T1	T2	T2-T1	T1	T2	T1-T2
Questions relatives au groupe	1) Je me sens à l'aise durant les séances en groupe	3	3	+0	2	10	+8	7	10	+3	X	10	X
	2) Les exercices sont faciles	10	10	+0	10	9	-1	10	10	+0	X	2	X
Performances non verbales	3) J'utilise les gestes pour m'exprimer	10	10	+0	2	5	+3	2	3	+1	X	2	X
	4) Quand je parle à quelqu'un je regarde son visage et ses gestes pour mieux le comprendre	8	10	+2	9	9	+0	10	10	+0	X	9	X
	5) Les gestes m'aident à me faire comprendre	10	10	+0	3	9	+6	10	10	+0	X	10	X
Ressentis en situations de communication	6) Je suis à l'aise pour discuter en famille	3	10	+7	10	10	+0	10	10	+0	X	2	X
	7) Je suis à l'aise pour discuter entre amis	4	7	+3	10	10	+0	10	10	+0	X	10	X
	8) Je suis à l'aise pour discuter en tête à tête	2	4	+2	9	10	+1	5	10	+5	X	10	X
	9) Je suis à l'aise pour discuter avec un inconnu	2	3	+1	4	10	+6	2	3	+1	X	0	X

Figure 5 : Echelle d'autoévaluation de la communication à T1 et T2

Nous précisons que Odette n'a, en raison de ses absences, pu remplir qu'un seul questionnaire, à T2.

La figure 5 illustre un ressenti non homogène face aux situations de communication et pour l'autoévaluation de la gestualité productive et réceptive des patients. Nous relevons peu d'augmentations des scores pour les questions relatives à l'utilisation des gestes (*production*, questions 3 et 5) ou leur décodage en conversation (*réception*, question 4). Les scores en *situations conversationnelles* ont progressé ou sont restés saturés, nous n'observons aucune régression.

Les évaluations d'Auguste permettent de constater que ce patient pense être performant dans les activités d'expression et de réception non verbales (questions 3, 4 et 5). Pourtant, en situation de communication globale, le ressenti est négatif par rapport aux interactions. Cela peut évoquer un défaut de prise de conscience des troubles. A T2 le ressenti sur la gestualité est identique mais on note une évolution positive pour les situations conversationnelles dans leur ensemble.

Concernant tous les patients (exceptée Odette) :

La situation conversationnelle la mieux appréhendée est celle en présence des proches (amis et famille) où nous relevons des scores saturés pour tous à T2.

Les situations ressenties comme les plus difficiles sont celles en présence d'un inconnu ou en tête-à-tête. Nous observons une évolution favorable de ces situations à T2.

6.3 Analyse clinique

Analyse clinique par domaine :

- **Regard**

Réception : Les patients ont été interpellés par ce premier domaine abordé, ils découvrent l'intérêt des regards expressifs et des regards utiles à la prise d'informations sur le contexte interactionnel. Les émotions de colère et de surprise exprimées par le regard ont été les plus

rapidement comprises car opposées visuellement. La tristesse a été difficilement perçue et intégrée, tout comme les émotions nuancées ou complexes (le dégoût, l'ennui).

Expression : L'utilisation du regard comme vecteur de sens intéresse beaucoup les patients, ils ont apprécié l'aspect ludique comme premier abord (jeu de l'objet caché).

Lors des séances ultérieures les patients ont pris conscience de la complémentarité du regard, des mimiques et de la proxémie.

Entretiens : L'adaptation du regard était correcte à T1 pour Carles et Odette. Kélia était en difficulté à T1 et T2 pour cette thématique du fait de son strabisme qui ne permet pas de suivre son regard, il n'y a pas eu d'évolution pour cette patiente en expression.

Nous avons pu noter une évolution positive du regard adressé à T2 pour Auguste : à l'inverse du premier entretien, il a été capable de regarder plus souvent son interlocuteur.

- **Postures et salutations**

Réception : Nous avons observé des difficultés de compréhension des supports imagés et des consignes de l'activité sur les salutations lors de la première séance, mais une bonne intégration par la suite.

Expression : La manipulation des figurines a été une étape intéressante avant les jeux de rôles sur la proxémie, et a généré des questionnements (« Le personnage est-il trop proche ? Trop loin ? Comment mesurer la distance ? »). En jeu de rôles, les patients sont très concentrés sur les postures, distances et salutations et ont du mal à y joindre la parole. Cette activité a été plus difficile à mettre en œuvre que la manipulation de figurines, les patients ont eu besoin de temps pour se lancer dans le jeu et savoir comment commencer une scène et la conclure (défaut d'initiation majeur pour Auguste notamment).

Le travail sur les salutations a généré un débat imprévu : les patients ont fait le lien avec leur quotidien et ont trouvé intéressant de pouvoir discuter concrètement de la salutation adaptée pour me dire bonjour (devaient-ils me faire la bise ou me serrer la main ? Pourquoi ?).

Les patients ont alors saisi l'intérêt du travail et sa pertinence en lien avec des situations de la vie courante.

Entretiens : Nous avons noté des postures tournées vers l'extérieur (hors espace de communication) ou trop proches à T1 pour Carles et Auguste, distantes pour Kélia. A T2 nous avons remarqué une évolution : les patients semblaient plus à l'aise dans l'espace d'interaction. Auguste a commencé l'entretien à T2 en posture détournée mais s'est rapidement corrigé. Kélia et Odette étaient moins distantes à T2 et tournées vers l'évaluateur. Très à l'aise dans l'échange, Carles est cependant resté trop proche de son interlocuteur à T1 et T2.

- **Mimiques**

Réception : Les activités proposées ont d'abord fait intervenir trop de nouvelles informations à mémoriser et comprendre. Le repérage et la discrimination des émotions s'est affiné durant les 4 séances, les patients retrouvaient plus rapidement les émotions symbolisées et se sont appropriés au fur et à mesure les émotions simples et complexes.

Expression : La production de mimiques a été plus laborieuse que l'intégration réceptive, les patients pouvaient commenter leurs productions symboliques (dessins) mais ne pouvaient produire eux-mêmes que des émotions simples (colère, joie, tristesse) de manière peu précise (visage peu expressif, confusion de la joie et la surprise en expression).

Les supports proposés ont plu aux patients de part leur diversité : jeu de cartes Dixit, dessins, manipulations de pictogrammes... Et le support vidéo s'est avéré très motivant pour travailler sur l'observation et la discrimination des émotions ; les patients ont pris conscience du lien entre la communication verbale et non verbale et de l'implicite pouvant être véhiculé par les mimiques.

Entretiens : L'expressivité du visage a nettement évolué à T2 pour Kélia et Auguste qui étaient restés assez inexpressifs à T1. Les patients ont même ri, ils ont très bien interprété les mimiques d'interrogations ou de désaccords et ils s'y sont adaptés. Carles avait déjà une mimique expressive et adaptée qu'il a conservée. Odette n'a cependant pas progressé, son visage est resté figé à T2.

- **Gestes**

Réception : La compréhension des gestes a été difficile au début, les informations étaient trop nouvelles par rapport aux séances précédentes. En effet les gestes ne font pas tous appel à des émotions (comme celles vues lors des séances sur la mimique), mais à des concepts et des actions mimées.

Expression : La réalisation des gestes a évolué progressivement avec d'abord beaucoup d'imprécisions praxiques. Le jeu du *Time's Up* a été adapté et réalisé seulement avec des mimes, en effet l'expression verbale (définir le mot ou le décrire) était compliquée et prenait beaucoup de temps au détriment de l'aspect gestuel qui nous intéressait.

Nous avons pu observer des progrès en séance globale et à T2 : les patients ont réutilisé et se sont appropriés les gestes vus en séances.

Entretiens : Les patients ont pu exploiter les gestes appris et les utiliser pour l'épreuve du PACE du TLC à T2. Kézia en particulier a reproduit de nombreux gestes.

- **Mémoire et attention visuelle**

Les exercices sur la mémoire et l'attention visuelle ont permis de soutenir les notions apportées à chaque séance : beaucoup de supports reprenaient les bases des activités proposées. Les exercices mnésiques ont apporté une meilleure appropriation des informations que donne l'environnement. Enfin, nous pouvons ajouter que le travail mnésique a été très apprécié comme élément de clôture des séances et a permis de faire le point sur ce qui avait été vu pendant la séance.

- **Communication totale écologique**

Nous avons pu observer que certains exercices demandaient beaucoup d'attention et semblaient avoir eu un certain coût cognitif (séances sur la proxémie et la gestualité). Les patients délaissaient alors le versant verbal pour se concentrer sur le non verbal.

En situation écologique, les patients avaient plus d'assurance que lors des entraînements (jeux de rôles notamment), la préparation de la sortie leur a beaucoup plu et ils ont été très à l'aise en situation réelle.

Entretiens : A T2, tous les patients exceptée Odette ont paru à l'aise et même motivés pour l'entretien. Les discussions étaient animées avec une gestualité plus développée qu'à T1.

- **Place et évolution de chaque patient au sein du groupe**

Dans l'ensemble, nous avons pu remarquer très rapidement que les patients semblaient habitués aux activités de groupe (au sein du CAJ) et respectaient bien le cadre des séances et les interventions de chacun.

Auguste était, dès le départ, très heureux d'être partie prenante ; il est resté un peu à l'écart car il présente des difficultés cognitives plus importantes (notamment une lenteur de traitement des informations et des difficultés praxiques). Cependant les autres membres du groupe sont restés respectueux et patients à son égard. Ses progrès sont moins visibles, et restent limités aux activités simples ne nécessitant pas une rapidité d'exécution et une maîtrise de la concision dans l'expression.

Carles prenait beaucoup de place au début, il était toujours très volontaire et bavard. Par la suite il a toujours été dynamique et communicatif mais également capable d'attendre que les autres s'expriment. Ses performances verbales et non verbales étaient correctes mais faibles initialement, il a pu progresser sur des aspects plus fins de la communication, notamment la compréhension des émotions et de l'implicite véhiculée par la mimique ainsi que l'interprétation de certains gestes.

Kélia a rapidement accompagné Carles dans la dynamique de groupe et a été la garante des règles et consignes des activités dans les dernières séances : elle rappelait les interdits du jeu et reprenait à bon escient ceux qui se trompaient. Elle a fait preuve de bonnes capacités de rétention et d'apprentissage : la situation d'apprentissage lui est plus familière que pour les autres patients, Kélia est la seule à être suivie en orthophonie (pour de la lecture). Elle a généralisé de nombreux éléments des séances à l'entretien à T2 et en sortie écologique.

Odette a beaucoup oscillé entre des périodes de grande fatigabilité et d'intérêt pour le groupe. Elle a été très bien accueillie et accompagnée par les autres membres du groupe malgré ses absences. Ses difficultés arthriques la plaçaient un peu en retrait au début (notamment durant la séance introductive et les séances sur le regard), puis nous avons observé un réel investissement et une volonté de participer aux jeux de cartes (séances sur les mimiques, séances sur les gestes).

Elle a participé aux six dernières séances sans interruption et avec plus de motivation (les éducateurs du CAJ avaient moins besoin de la solliciter plusieurs fois avant le début de la séance). Ses performances ont évolué de façon qualitative sur le versant réceptif, avec une analyse plus fine de la communication totale et une attitude globale plus ouverte. L'expression verbale et non verbale n'a en revanche pas évolué.

DISCUSSION

7 DISCUSSION

7.1 *Validation des hypothèses*

Ainsi notre hypothèse est vérifiée puisque :

- le nombre moyen total de gestes en une minute à T2 est supérieur à T1 pour tous les patients.
- le nombre de gestes facilitateurs de l'interaction (les gestes communicatifs) à T2 est également supérieur à T1 pour tous les patients.
- les gestes produits à T2 se sont diversifiés par rapport à T1 pour trois patients.
- les questionnaires illustrent une amélioration du sentiment d'aisance en situations de communication.
- le score total au TLC a augmenté pour trois patients, avec une meilleure évolution sur le versant non verbal pour ces trois mêmes patients.

7.1.1 **Apports de la rééducation de groupe**

Comme nous le supposions, nous avons pu observer les effets facilitateurs de la situation de groupe pour la rééducation des troubles de la communication non verbale.

Cervello (2014) faisait déjà le constat de la création de liens d'amitié au sein de son groupe de rééducation d'adolescents dysphasiques. De même, Mercat et coll. (2006) rappellent que l'objectif du groupe de communication proposé aux patients cérébrolésés n'est pas seulement l'amélioration de la communication, mais aussi la resocialisation.

Dans notre étude, nous avons pu bénéficier de la dynamique de groupe déjà installée grâce aux activités du CAJ : les patients se connaissaient bien, étaient habitués aux activités en groupe et conscients des limites imposées par ce cadre. L'entraide et le respect mutuel étaient donc déjà instaurés : les patients avaient souvent tendance à dire « on est tous passés par là » (en parlant des centres de rééducation et réadaptation). La dynamique de groupe était présente dès la première séance et a créé un contexte le plus écologique possible, proche du quotidien. Notre rééducation a renforcé l'étayage par les pairs, comme décrit par Courtois (2012), que nous avons observé dans les séances lorsque certains patients étaient performants dans une tâche : se positionnant avec plus de recul, ils pouvaient faire des propositions aux autres sur des gestes à utiliser, sur ce qu'il fallait dire ou ne pas dire.

Les absences d'Odette ont permis de comparer la dynamique du groupe plus restreint, et en sa présence. Le nombre pair (possible avec les 4 patients présents), a permis de fonctionner en binômes et d'apporter plus d'échanges ; en l'absence d'Odette, Kélia et Carles, très proches par ailleurs, avaient tendance à exclure Auguste des interactions.

Nous avons pu également retrouver « l'effet miroir » comme évoqué par Mazaux et coll. (2006) et Mercat (2006). En effet les participants se reconnaissaient dans leurs difficultés et pouvaient ainsi prendre conscience de leurs troubles par l'observation des autres. Auguste a ainsi réalisé qu'il gardait toujours la même distance par rapport aux interlocuteurs et c'est en regardant les jeux de rôles des autres patients qu'il s'est questionné sur l'intérêt d'un rapprochement (avec les proches) et d'un éloignement (avec les étrangers).

7.1.2 Rééducation de la communication non verbale

La rééducation de la communication non verbale est rarement travaillée de façon isolée en orthophonie. Nous avons pu comprendre que cet axe n'était pas prioritaire par rapport aux rééducations cognitives du patient cérébrolésé. Nos patients avaient ainsi principalement bénéficié de rééducations orthophoniques ciblées sur les fonctions exécutives, la mémoire et le langage écrit et oral. Pourtant la communication non verbale est essentielle au bon déroulement des interactions : si les troubles ne sont pas pointés et travaillés spécifiquement, un sentiment d'étrangeté persiste en situation de communication (Aubert et al. 2004). Les intervenants du CAJ pouvaient ainsi relever une proxémie inadaptée pour Auguste et Carles, des expressions peu marquées pour tous les patients et une communication non verbale globalement appauvrie. Enfin, les exercices du protocole ont apporté aux patients des activités alternatives et du renouveau par rapport au travail plus classiquement proposé en orthophonie.

Notre première remarque concernant l'analyse des résultats est de souligner que la rééducation ciblée de la communication non verbale est efficace, le nombre de gestes non verbaux utiles à l'interaction a augmenté, et particulièrement les gestes communicatifs. De plus ces gestes se sont diversifiés, les patients ont utilisé les trois types de gestes (quasi-linguistiques, coverbaux et synchronisateurs) pour enrichir l'échange. Les gestes qui n'améliorent pas la communication, dits extra-communicatifs, ont principalement diminué, en

particulier les gestes de confort. Ceci peut s'expliquer par une meilleure assurance des patients par rapport à la situation de test.

Ensuite nous avons remarqué que la prise de conscience des troubles n'a pas évolué suffisamment (questionnaires) et pourtant, le ressenti en situations de communication s'est amélioré. Les patients n'étaient pas en mesure de repérer clairement leurs troubles mais se sentaient plus confiants dans la communication en fin de protocole. La rééducation proposée semble donc avoir permis l'amélioration des capacités de communication non verbale mais n'a pas suffi pour une prise de conscience claire des troubles.

Au-delà des résultats chiffrés, essentiellement tournés vers la gestualité, nous avons pu apprécier les effets du travail réalisé dans les autres domaines. Les séances sur le regard sont apparues comme très efficaces car elles ont permis à T2 la prise de conscience des bénéfices d'un regard dirigé (pour appuyer une demande), explorateur (pour intégrer le contexte) et émotionnel (pour appuyer l'expression des émotions).

Les séances sur la proxémie nous ont semblé parfaitement s'associer aux salutations pour concrétiser les notions des distances personnelles. Elles introduisent des notions concrètes et motivantes pour les patients, en lien avec des situations de vie courante. Cependant, la prise de conscience des distances appropriées et le cadrage des débordements en lien avec la désinhibition peuvent complexifier les activités, nous avons alors proposé un travail progressif : d'abord une manipulation de figurines et ensuite le jeu de rôles.

Les séances sur les mimiques nous ont semblé représenter le travail le plus complexe (nous y avons consacré plus de séances). Plusieurs compétences entrent en jeu pour ce travail : compréhension contextuelle, inférences, travail de l'implicite et de la Théorie de l'esprit. Nous avons pu constater que les notions étaient mieux intégrées lorsque nous proposons de décomposer et d'analyser les éléments de la mimique (les traits du visage en détails, les mouvements, les oppositions). La manipulation de supports visuels variés et l'utilisation de la vidéo ont amené une meilleure appropriation des émotions, de la dissociation possible entre la mimique et le message verbal (mensonge, bluff) et de l'impact de la mimique sur l'interlocuteur.

Enfin, les séances sur les gestes ont été motivantes par leur aspect ludique. Le travail des gestes a fait prendre conscience aux patients de leur intérêt pour pallier un manque de clarté du message verbal.

Finalement, nous avons retenu que la mise en pratique des notions travaillées en séances n'est pas spontanée en situation écologique. Un accompagnement des patients est donc nécessaire ;

nous leur avons indiqué les liens entre les activités en séances et leur vie quotidienne pour que les notions soient utilisées et généralisées dans plusieurs situations. Les salutations illustrent clairement ce travail, de même pour l'utilisation des mimiques en conversation (au restaurant par exemple).

Nous pouvons ensuite apprécier l'importance du lien entre la communication non verbale et la communication verbale. Tous les éléments appris et analysés dans le domaine non verbal sont associés au versant verbal, comme l'aspect connotatif de la mimique, par exemple : « Il est parti. » accompagné d'une mimique triste indique une déception, alors qu'avec une mimique joyeuse nous exprimons un soulagement. Aussi nous pouvons remarquer que les évaluations au TLC ont montré une amélioration, certes du versant non verbal de la communication, mais également du *versant verbal* pour trois patients. Cette amélioration concerne la précision du discours et l'émission de feedback verbaux pour témoigner de difficultés de compréhension, ou bien l'ajustement à autrui quand il émet lui-même des feedbacks négatifs. Nous pouvons supposer dans un premier temps que les patients étaient plus à l'aise pour le 2^{ème} entretien et ont donc peut-être mieux exprimé leurs idées. Nous pouvons aussi considérer que notre travail de la communication non verbale a eu des effets positifs sur la communication verbale et totale. Les travaux de Cosnier (1984) et Scherer (1980) appuient cet argument en détaillant les fonctions des éléments non verbaux au niveau de l'énoncé, de la pragmatique interactionnelle et du processus global énonciatif (*cf. 1.2.2*). En effet, la communication non verbale cadre l'interaction, apporte des précisions, régule les tours de parole et facilite la compréhension du verbal. Une bonne communication non verbale facilite la régulation de l'échange et la clarté du message verbal exprimé. Notre rééducation de la communication non verbale a ainsi consolidé l'expression verbale des patients. Ce résultat n'était pas attendu mais prévisible puisque la communication verbale et non verbale demeurent étroitement imbriquées.

D'autre part, nous avons observé de meilleures performances des patients sur le *versant réceptif* (en évaluations et en séances). Nous savons que les éléments d'une langue sont toujours d'abord intégrés sur le versant de la compréhension, comme dans le développement langagier de l'enfant. La compréhension des éléments non verbaux est donc un soutien nécessaire à la communication verbale : s'aider des signes non verbaux pour ajuster ou illustrer le verbal, c'est la fonction des gestes communicatifs de Cosnier (1997), qui ont été en augmentation chez trois de nos patients.

Enfin, nous pouvons ajouter que les épreuves du TLC sont presque saturées pour les scores d'*expression non verbale* chez nos patients à T2. Or, un sujet normopathe n'a pas un score saturé : ses capacités de communication verbale et de compréhension limitent le recours à la communication non verbale puisque la modalité verbale suffit. Ceci semble indiquer que nos patients ont ressenti le besoin de recourir à une communication non verbale plus développée pour améliorer leur communication totale ; dans cette interprétation, ce serait la rééducation de la communication non verbale qui aurait permis d'apporter cet enrichissement des éléments non verbaux. L'observation clinique durant les évaluations nous a permis d'observer en expression : une augmentation des mimiques, une régulation de l'échange par le regard et les gestes, et une meilleure expression des émotions. En réception, nous avons noté une bonne intégration des feedbacks non verbaux de l'interlocuteur et la compréhension des gestes, regards et mimiques. Les patients ont utilisé leurs compétences non verbales pour améliorer leur communication totale.

La finalité de notre travail était d'améliorer la communication des patients en milieu écologique ; les dernières séances dont la sortie écologique, et l'entretien à T2 ont fait émerger de bonnes compétences communicationnelles, validant notre travail.

7.2 Critiques et remarques

7.2.1 Aspects pratiques

Dans les aspects pratiques, nous pouvons bien entendu évoquer les conditions nécessaires aux séances de groupe : des patients présents régulièrement et un lieu d'intervention commun. Ce critère a constitué une grande difficulté dès le départ ; en effet, les patients recherchés (en phase de réadaptation) ne fréquentent plus les centres de rééducations, et ne sont même parfois plus suivis par une orthophoniste. Les centres d'accueil de jour représentent alors un lieu intéressant de prise en charge quand la structure accepte l'intervention d'une orthophoniste.

Le moment d'intervention nous a questionné. La littérature donne 6 mois aux patients pour la récupération aiguë des troubles et jusqu'à 5 ans environ pour la récupération maximale. Or trois de nos patients se situaient à plus de 10 ans du traumatisme crânien. Ceci n'a pas

constitué un critère d'exclusion pour notre étude ; en effet nous avons constaté lors de notre recherche de population que la plupart des patients n'étaient en général pas prêts pour une rééducation de la communication non verbale en phase précoce. D'autres troubles étaient prioritaires dans la prise en charge orthophonique : syndrome dysexécutif, troubles phasiques... De plus, il semble qu'une confrontation au contexte social (donc en dehors des structures médicales et plus tardivement) soit nécessaire pour permettre la prise de conscience de ce type de troubles. Ainsi le cas d'Odette, qui présentait le traumatisme le plus récent (<4ans) conforte cette analyse : ses absences et son manque de motivation pour le travail proposé prouvent que notre rééducation était secondaire. D'autres aspects rééducatifs étant sans doute prioritaires : la dysarthrie et un travail attentionnel (fatigabilité). Le questionnaire a par ailleurs montré une mauvaise conscience des troubles de sa communication non verbale déficiente.

Outre la distance du traumatisme crânien, l'âge des sujets peut influencer l'efficacité du protocole : nos résultats ont montré que la patiente ayant le plus progressé était la plus jeune du groupe (26 ans).

Enfin, l'approche qualitative nous permet de considérer qu'une récupération est toujours possible, ou du moins une amélioration des performances et du bien-être du patient par rapport au domaine travaillé quelle que soit la date de l'accident ou l'âge du patient.

7.2.2 Communication et séquelles du traumatisé crânien

Les séquelles à long terme du sujet traumatisé crânien ont été prégnantes tout au long du protocole et nous interpellent sur les adaptations nécessaires du protocole.

En effet, les activités envisagées requièrent une attitude interactive, comme toute situation de communication réelle. Communiquer, c'est partager avec autrui des informations et ressentis : le processus est inter-dynamique. Or, nos patients traumatisés crâniens étaient freinés dans l'initiation des actions du fait des troubles exécutifs. Une fois les patients lancés dans l'activité, la lenteur de traitement de l'information et le défaut de flexibilité ralentissent leur progression (Vallee, 2012). L'enchaînement des activités proposées a donc dû être très progressif et il a été nécessaire de rappeler le cadre de l'activité pour chaque support et à chaque séance. Par ailleurs, les troubles mnésiques ont aussi limité la quantité de notions abordables par séance, les patients ne faisant pas spontanément de liens entre les notions. Nous avons dû adapter notre protocole à ces troubles cognitifs associés.

Nous nous sommes confrontée à l'impact des troubles moteurs et praxiques. Certes l'expressivité est restreinte par l'amimie mais également par l'imprécision des gestes et la lenteur d'exécution motrice (souvent liées à un syndrome cérébelleux). Ainsi, le travail du versant expressif, implique une décomposition des mouvements et des gestes pour aider les patients. Le nombre de séances proposé pourrait être renforcé afin d'approfondir les exercices proposés : faire des gestes plus nuancés, plus marqués et précis.

Enfin, les troubles de la compréhension ont parfois rendu difficile l'accès aux consignes des exercices ; elles ont alors été simplifiées et reprises plusieurs fois notamment pour les jeux de rôles autour de la proxémie et le jeu du restaurant. Le protocole a dû proposer des exercices qualitativement et quantitativement modulables pour s'adapter au mieux à ces troubles.

7.2.3 Evaluation de la communication non verbale

La notion de « normalité » de la communication est étroitement reliée à notre réflexion sur l'évaluation des troubles étudiés. En effet, aucune étude n'a permis de déterminer un repère précis du comportement communicationnel non verbal attendu chez un sujet sain, du fait de la complexité et diversité de la communication humaine. Nous ne possédons donc pas de référence chiffrée de la normalité. De ce constat, nous comprenons bien qu'il est difficile de choisir une méthodologie d'observation de la communication non verbale. La classification de Cosnier (1997), que nous avons utilisée comme support pour l'analyse des entretiens, donne un point de vue sur le rôle des gestes dans l'interaction (gestes communicatifs et extra-communicatifs). Nous avons trouvé cette approche efficace et pertinente pour observer le comportement des patients en interaction sous l'angle qualitatif : analyser les gestes selon leur intérêt pour l'amélioration de la communication totale.

Concernant les domaines ciblés par notre protocole de rééducation, la classification de Cosnier permet d'appréhender uniquement la gestualité et non une analyse des regards, des mimiques et de la proxémie. Nous avons dû nous contenter des détails de notre analyse clinique des entretiens à T1 et T2 qui nous a permis d'apprécier l'augmentation des regards adressés, des postures adaptées, une meilleure expressivité ainsi que le recours à des gestes travaillés en séance. L'évaluation en entretien filmé paraît actuellement pertinente pour analyser les effets de la rééducation sous l'angle des thématiques travaillées.

Les troubles réceptifs ont pu être gênants pour les questionnaires d'auto évaluation : les questions n'étaient pas assez précises : « les gestes m'aident à me faire comprendre » a pu être compris comme « en général, les gestes sont-ils facilitateurs pour tout individu ? », « est-ce que je fais plus de gestes ? » a été intégré comme « faire plus de gestes à la place du discours verbal ». Certaines questions n'ont pas été transposées en dehors du contexte de la séance (exemple : « situation en tête-à-tête » a été plutôt compris comme « avec l'évaluateur »). Beaucoup d'étayages et de reformulations en contexte ont été nécessaires mais malheureusement pas toujours suffisantes.

Enfin, il est nécessaire de rappeler que la situation de test diffère largement du contexte communicationnel réel, l'entretien a été conduit de la façon la plus écologique possible mais ne correspond pas exactement à une situation de vie quotidienne. Les vidéos des tests ont été analysées avec deux évaluateurs mais l'évaluateur en situation de test est resté le même. Les patients pouvaient donc être plus rassurés à T2 car l'interlocuteur était connu et le déroulement du test avait déjà été expérimenté. Finalement, l'entretien apparaît tout de même comme une approche pertinente pour mettre en évidence des performances pathologiques grâce à l'observation clinique de l'évaluateur et l'analyse détaillée des gestes.

7.3 Perspectives

L'étude de la communication non verbale soulève d'intéressantes pistes de rééducations et d'évaluations. Nous avons pu constater le manque de supports de tests et de matériel pour travailler cette communication ciblée. La création d'un test de la communication totale du patient traumatisé crânien (et non de la population aphasique) aiderait à affiner l'observation clinique des troubles et permettrait d'envisager des pistes de rééducations plus ciblées. Le questionnaire d'autoévaluation gagnerait en pertinence avec des questions plus diversifiées et précises sur les capacités de réception et d'expression non verbales. Concernant le matériel rééducatif, il serait pertinent de développer des supports ciblés sur notre population et sur le travail de la communication non verbale.

Au-delà de ces aspects matériels, nous pourrions envisager un protocole plus progressif de mise en situation écologique : d'abord une prise de conscience et des exercices ciblés en

individuel, une approche familiale pourrait suivre avec un travail en duo patient-proche ou aidant, et enfin des séances de groupe dans le même esprit que celles de notre protocole. D'autre part, dans le cas particulier de l'intervention en CAJ, un partenariat plus approfondi et un protocole à l'année permettraient la mise en place de projets en milieu écologique après la fin des séances sur un thème. L'orthophoniste pourrait proposer des activités hors séances qui nécessitent l'utilisation des notions travaillées : une exposition sur des photos pourrait reprendre le travail de la compréhension des regards, une sortie au théâtre permettrait d'analyser la gestualité des acteurs, la rencontre d'un autre groupe mettrait en pratique les salutations... Ces projets favoriseraient la généralisation des notions en dehors du cadre rééducatif et seraient un levier de motivation pour les patients. Enfin, en évaluation il aurait été intéressant de pouvoir apprécier la communication des patients en milieu écologique avant le protocole pour comparer à la sortie écologique (au restaurant) à T2.

Dans le cadre de notre étude, il serait par ailleurs intéressant de pouvoir observer et évaluer la communication non verbale des patients à distance (à T3), pour remarquer d'éventuels progrès secondaires et l'évolution du ressenti (questionnaires). En effet, la prise de conscience des troubles s'est faite au fur et à mesure des séances et a introduit un questionnement, pouvant nécessiter du temps avant d'impacter réellement le comportement des patients.

Finalement, l'intérêt manifesté par les intervenants du CAJ nous amène à concevoir qu'un support informatif sur la communication non verbale et les pistes de travail possibles, serait pertinent et apprécié par les autres professionnels ou les proches des patients traumatisés crâniens.

CONCLUSION

Ce protocole, élaboré et mis en place auprès d'un groupe de patients traumatisés crâniens, nous a permis d'atteindre nos objectifs initiaux mais également d'observer d'autres effets positifs à prendre en considération.

Ainsi, nous avons pu confirmer que la prise en charge collective, au-delà de la dynamique inhérente à cette modalité, a toute sa place dans la remédiation de la communication non verbale : les échanges ont enrichi les prises de conscience de chaque patient et ont étayé leurs performances.

Notre expérimentation a démontré que la rééducation ciblée de la communication non verbale est pertinente. L'ensemble des domaines travaillés a progressé même si les moyens d'évaluation restent encore insuffisants pour objectiver cette évolution favorable. Nous avons aussi pu constater l'impact bénéfique inattendu de notre rééducation sur le versant verbal et sur la communication totale des patients.

L'application de ce protocole, à la population des traumatisés crâniens, a alors assuré l'intérêt que les patients ont pour une rééducation de la communication non verbale et l'utilité de cette prise en charge pour la communication totale.

D'autre part, la réflexion que nous avons pu avoir sur les activités proposées a mis en lumière un versant réceptif plus accessible que le versant expressif. Nous avons également constaté une faible évolution de la prise de conscience des troubles du fait des séquelles du patient traumatisé crânien. Ainsi, nous avons conçu des adaptations pour permettre une progression et un réinvestissement des notions vues en séances en créant du lien entre le protocole et la vie quotidienne.

Enfin nous avons pu constater que l'évaluation de la communication non verbale se pratique encore à un stade expérimental : la notion de norme et de comportement non verbal non pathologique reste à définir. Dans cette optique, ce mémoire ouvre la voie à la création de matériel de tests et supports de rééducation ciblant la population traumatisée crânienne et le travail de la communication non verbale. Le protocole proposé pourrait encore évoluer pour constituer une rééducation plus écologique et progressive, en partenariat avec d'autres professionnels de l'entourage du patient et en lien avec l'orthophoniste.

Enfin, cette expérience a été enrichissante pour expérimenter ce que représente le travail de groupe en orthophonie et nous a permis d'apprendre à travailler dans l'adaptation et la créativité permanentes pour répondre au mieux aux capacités et aux besoins des patients. Le protocole finalisé est fonctionnel et valide bien l'intérêt d'une rééducation de groupe ciblée sur la communication non verbale chez les patients traumatisés crâniens.

BIBLIOGRAPHIE

1. Alaoui P., et coll. (1998), Devenir neuropsychologique à long terme des traumatisés crâniens. Evaluation à 5 ans des troubles neuropsychologiques et comportementaux par l'échelle neurocomportementale révisée. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, Vol.41(4), pp 171-181.
2. Anzieu D., et Martin J-Y., (1968), *La dynamique des groupes restreints*. Puf.
3. Attwood T., (2003), *Le syndrome d'Asperger et l'autisme de haut niveau*. Dunod.
4. Aubert S., (2001), *Les troubles de la communication non verbale des patients traumatisés crâniens*. Mémoire d'orthophonie, Université de Bordeaux.
5. Aubert S., et coll. (2004), Etude des compétences de communication non verbale des traumatisés crâniens graves. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, Vol.47(4), pp 135-141.
6. Azouvi P., Bergego C., (1995), *Neuropsychologie des traumatismes crâniens graves de l'adulte*. Broché.
7. Bertuletti L., (2012), *Impact d'une rééducation orthophonique des fonctions exécutives*. Mémoire d'orthophonie, Université de Bordeaux.
8. Birdwhistell R., (1970), *Kinesics and context : Essay on body motion communication*. University of Pennsylvania Press.
9. Bishop D., (1998), In : Maillart C., (2003), Les troubles pragmatiques chez les enfants présentant des difficultés langagières. Présentation d'une grille d'évaluation : la Children's Communication Checklist. *Les Cahiers de la SBLU*, Vol.13, pp 13-32.
10. Boucand V., (2001), De retour de Northwestern. *Rééducation orthophonique* n°206, pp 93-102.

11. Bourrelier M., (2008), *Le handicap invisible : un concept à définir pour le traumatisme crânien*. Mémoire d'orthophonie, Université de Paris.
12. Brin F., (2004), *Dictionnaire d'orthophonie*. Ortho Edition.
13. Calvarin M., (2013), *Les tests en orthophonie : évaluation des troubles d'origine neurologique de l'adulte*. Ortho Edition.
14. Carlson H.B., Buckward M.B., (1993), Vocational Communication Group Treatment in an outpatient head injury facility. *Brain Inj.* Vol.7(2), pp 187.
15. Cervello E., (2014), *Enrichissement de la communication non verbale chez les adolescents dysphasiques : intérêts d'un atelier d'expression théâtrale*. Mémoire d'Orthophonie, Université de Bordeaux.
16. Charteau C., Regnier P., (2011), *Mise en place d'un classeur de communication CCOM auprès de patients présentant une aphasie affectant sévèrement la communication et de leur conjoint*. Mémoire d'orthophonie, Université de Lyon.
17. Cloutier J., (2001), In : Martel G., (2003) Petit traité de communication Emerec à l'heure des technologies numériques. *Communication Information, médias théories pratiques*. Vol.22(1), pp 182-184.
18. Cohadon. F., Castel J.P., Richer E., Mazaux J., Loiseau H., (2008), *Les traumatisés crâniens : de l'accident à la réinsertion*. Arnette.
19. Condon W.S., (1966), In : Cosnier J., (1996), Les gestes du dialogue, la communication non verbale. *Rev. Psychologie de la motivation*, Vol.21, pp 129-138.
20. Cosnier J., (1977), Communication non verbale et langage. *Psychologie Médicale*, Vol.9(11), pp 2033-2049.

21. Cosnier J., Brossard A., (1984), *La communication non verbale : co-texte ou contexte?.*, In : Cosnier J., Brossard A., (1984), *La communication non verbale.* Delachaux et Niestlé.
22. Cosnier J., et al. (1982), Communications et langages gestuels. *Les voies du langage, communications verbales, gestuelles et animales.* Dunod.
23. Cosnier J., Vaysse J., (1997), Sémiotique des gestes communicatifs, *Nouveaux actes sémiotiques*, Vol.52, pp 7-28.
24. Coss R.G., (1976), Gaze aversion in autistic and normal children. *Acta psychiat. Scand*, Vol.53, pp 193-210.
25. Courtois N., (2012), Expérience de groupe de communication et d'habiletés sociales auprès de jeunes enfants avec troubles envahissants du développement. Le rôle de l'orthophoniste : « jongler entre structuration et improvisation. ». *Rééducation Orthophonique* n°249, pp 117-128.
26. De Fleur M., (1976), In : Ollivier B., (2007), *Les sciences de la communication, théories et acquis.* Editions Colin A.
27. Delacourt A., et coll., (2001), *Test Lillois de Communication.* Ortho edition.
28. Descamps M., (1993), *Le langage du corps et la communication corporelle.* PUF.
29. Destailats et coll., (2004), Family distress after traumatic brain injury : a systemic approach. *Acta Neuropsychologica*, Vol.2(4), pp 335-350.
30. Ekman P., Friesen W., (1971), Facial affect scoring techniques (FAST) : A first validity study. *Semiotica*, Vol.3(1), pp 37-58.
31. Finkielkraut A., (1988), *La sagesse de l'amour.* Folio.

32. Folstein M.S., Mc Hugh P., (1975) Minimal State : A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, Vol.12, pp 189-198.
33. Goffman E., (1969), In : Sherer K., (1980), The functions of non verbal signs in conversation. *The social and psychological contextes of language*, pp 225-244.
34. Goldblum G., Mulder M., Grundewaldt A., (2001), An examination of the impact of participation in a conversation group for individuals with a closed head injury. *S Afr J Commun*, Vol.48, pp 3-20.
35. Gonzalez I., (2011), In : Cacho L., (2011), *Intérêt d'une échelle d'autoévaluation de la douleur pour la population aphasique*. Mémoire d'orthophonie, Université de Bordeaux.
36. Guidetti M., Tourette C., (1993), *Évaluation de la Communication Précoce, manuel des ECSP*. Paris E.A.P.
37. Guillet S., (2009), *Intérêt d'un entraînement spécifique de la prosodie chez deux patients cérébrolésés droits : études de cas*. Mémoire d'orthophonie, Université de Bordeaux.
38. Hall E., (1971), In : Descamps M., (1993), *Le langage du corps et de la communication corporelle*. PUF.
39. Iverson J.M., Braddock B.A., (2011), Gesture and motor skill in relation to language in children with language impairment. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, Vol.54, pp 72-86.
40. Jacobson E., (1938), *Progressive relaxation*. Chicago : University of Chicago Press.
41. Jacobson R., (1960), In : Ollivier B., (2007), *Les sciences de la communication, théories et acquis*. Edition Armand Colin.

42. Joannette Y., Ska B., Côté H., (2004), *Protocole M.E.C.* Ortho Edition.
43. Joseph A., (2006), Comportement et théorie de l'esprit après lésions cérébrales, In : Fondation Garches (2006), Comportement et lésions cérébrales. *Actes des 19èmes entretiens de la Fondation de Garches*, pp 59-67.
44. King H.E., (1958), Relations between fine and gross psychomotor movement in schizophrenia. *A.M.A. Arch. Neurol. Psychia.*, Vol.79, pp 427-433.
45. Lacheret A., (2011), La prosodie au cœur du verbal. *Rééducation orthophonique* n°246, pp 87-99.
46. Lasserre J.P., Lacarrère-Neybourger C., (1996), *L'approche RV.* Ortho Edition.
47. Lewin K., (1959), In : Anzieu D., Martin J.Y., (1968), *La dynamique des groupes restreints.* PUF.
48. Luria A.R., (1973), In : Mazaux J.M., Cazals M.C., (2006), Les modifications du comportement des traumatisés crâniens, In : Nanterre Fondation de Garches (2006), *Comportement et lésions cérébrales : Actes des 19èmes entretiens de la fondation de Garches.* Frison-Roche.
49. Mahl G., (1968), In : Cosnier J., Vaysse J., (1997), Sémiotique des gestes communicatifs. *Nouveaux actes sémiotiques*, Vol.52, pp 7-28.
50. Maillart C., (2003), Les troubles pragmatiques chez les enfants présentant des difficultés langagières. Présentation d'une grille d'évaluation : la Children's Communication Checklist (Bishop 1998). *Les Cahiers de la SBLU*, Vol.13, pp 13-32.
51. Marc E., Bonnal C., (2014), *Le groupe thérapeutique : approche intégrative.* Dunod.
52. Mattelard A., (1995), *Histoire des théories de la communication.* Edition la Découverte.

53. Mauss M., (1968), In : Dubray M.C., Le Gall D., (2006), Conscience de soi et comportement, In : Azouvi P., Mazaux J-M., Pradat-Diehl P., (2006), Comportement et lésions cérébrales. *Actes des 19ème Entretiens de la fondation Garches*, pp 68-82. Paris : Frison-Roche.
54. Mazaux J.M., (2008), In Cohadon F., et coll., (2008), *Les traumatisés crâniens : de l'accident à la réinsertion 3^{ème} édition*. Arnette.
55. Mazaux J.M., Cazals M.C., (2006), Les modifications du comportement des traumatisés crâniens, In : Nanterre Fondation de Garches (2006), *Comportement et lésions cérébrales : Actes des 19èmes entretiens de la fondation de Garches*. Frison-Roche.
56. Mercat B. et coll., (2006), Programme de prise en charge de la communication à distance d'un traumatisme crânien grave. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, Vol.49, pp 150-154.
57. Meulemeans T., (2006), Les fonctions exécutives : approche théorique, In : Azouvi P., Brun V., (2006) *Fonctions exécutives et rééducation*. Paris : Masson.
58. Miyake A., et al. (2000), The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "Frontal Lobe" tasks : a latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, Vol.41, pp 49-100.
59. Moreno J.L., (1930), In : Marc E., Bonnal C., (2014), *Le groupe thérapeutique : approche intégrative*. Dunod.
60. Morin C., (2006), Comportement et lésions hémisphériques droites, In : Nanterre Fondation de Garches (2006), *Comportement et lésions cérébrales : Actes des 19èmes entretiens de la fondation de Garches*. Frison-Roche.
61. Nanterre Fondation de Garches (2006), *Comportement et lésions cérébrales : Actes des 19èmes entretiens de la fondation de Garches*. Frison-Roche.

62. Norman D., Shallice T., (1982), In : Vallee M., (2011), *Prise en charge comportementale de deux patients traumatisés crâniens atteints d'un syndrome dysexécutif*. Mémoire d'orthophonie, Université de Lorraine.
63. Ollivier B., (2007), *Les sciences de la communication : théories et acquis*. Edition Armand Colin.
64. Pike K., (1967), *Language in relation to a unified theory of the structure of human behavior*. The Hague-Paris : Mouton.
65. Pinet C., Teyssier M., (2014), *Mesure de l'efficacité du support palliatif CCOM dans deux cas d'aphasies sévères altérant la compréhension*. Mémoire d'orthophonie, Université de Lyon.
66. Premack D., Woodruff G., (1978), Chimpanzee problem-solving : a test for comprehension. *Science*, Vol.202(4367), pp 532-535.
67. Prutting C.A., Kirchner D.M., (1987), A clinical appraisal of the pragmatic aspects of language. *Journal of speech and Hearing Disorders*, Vol.52, pp 105-119.
68. Richer E., (2002), In : Cohadon. F., et coll., (2008), *Les traumatisés crâniens : de l'accident à la réinsertion*. Arnette.
69. Rourke P.D., (1989), In : Cervello E., (2014), *Enrichissement de la communication non verbale chez les adolescents dysphasiques: intérêts d'un atelier d'expression théâtrale*. Mémoire d'Orthophonie, Université de Bordeaux.
70. Russel W.R., Nathan P.W., (1946), In : Azouvi P., Bergego C., (1995), *Neuropsychologie des traumatismes crâniens graves de l'adulte*. Editions Frison-Roche.
71. Sainson C., (2007), Communication non verbale et dysfonctionnement exécutif post-traumatique : à propos d'un cas. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, Vol.50(4), pp 231-239.

72. Saint Exupéry A., (1948), *Citadelle*. Broché.
73. Saussure F., (1995), *Cours de linguistique générale*. Edition Payot.
74. Scherer K., (1980), The functions of non verbal signs in conversation. The social and psychological contextes of language. *Sémiotiques* n°52, pp 7-28.
75. Schultz J.H., (1958), *Le Training Autogène*. PUF.
76. Shannon C., (1949), In : Mattelard A., (1995), *Histoire des théories de la communication*. Edition la découverte.
77. Spikman J., et al., (2013), Deficit in facial emotion recognition indicate behaviorial changes and impaired self-awareness after moderate to severe traumatic brain injury. *PLos One*, Vol.8(6).
78. Stone E., et coll., (1998), Frontal lobe contributes to theory of mind. *Journal of cognitive Neuroscience*, Vol.10(5), pp 640-656.
79. Thibault C., (2012), *L'aide-mémoire des troubles du langage et de la communication : l'orthophonie à tous les âges de la vie*. Dunod.
80. Vallee M., (2011), *Prise en charge comportementale de deux patients traumatisés crâniens atteints d'un syndrome dysexécutif : étude de cas*. Mémoire d'orthophonie, Université de Lorraine.
81. Van Der Linden M., (1995), Les troubles de la mémoire à long terme consécutifs à un traumatisme crânien grave, In : Azouvi P., Bergego C., (1995), *Neuropsychologie des traumatismes crâniens graves de l'adulte*. Broché.
82. Vidal-Giraud H., (2001), Comportement non verbal et bégaiement. *Rééducation orthophonique* n°246, pp 201-202.

83. Wainsten J.P., (2012), *Le Larousse médical*. Larousse.

84. Watson J., (1926), Cosnier J., Brossard A., (1984), Communication non verbale : co-texte ou contexte ?. Cosnier J., Brossard A., (1984), *La communication non verbale*. Delachaux et Niestlé.

ANNEXES

Annexe 1 : Entretien filmé (analyse des gestes de COSNIER)

	Entretien à T1	Entretien à T2
Salutation	-Bonjour ! -Poignée de mains	-Bonjour ! -Poignée de mains
Présentation	-Quel est votre nom, votre prénom ? -Quel âge avez-vous ? -Avez-vous des enfants ? Un conjoint ? Comment s'appellent-ils ?	-Pouvez-vous me rappeler votre nom de famille ? -Quelle est votre date de naissance ? -Quel âge ont vos frères et sœurs/ enfants ?
Lieu de vie	-Où vivez-vous ? -Comment vous déplacez-vous en ville ?	-Où êtes-vous né(e) ? -Comment vous déplacez-vous en ville ?
Orthophonie	-Avez-vous déjà travaillé avec une orthophoniste ? Combien de temps ? - Quel a été votre parcours depuis l'accident ?	-A quoi vous sert l'orthophonie ? -Pouvez-vous me rappeler la date de votre accident ?
Loisirs et récit	-Que faites-vous de votre temps libre ? (sport, jardinage... ?) -Racontez-moi un film ou un livre que vous aimez. -Êtes-vous déjà parti en voyage à l'étranger ? -Racontez-moi un voyage.	-Quel sport préférez-vous ? Ou quel plat savez-vous bien cuisiner ? -Racontez-moi un souvenir de vacances. -Racontez-moi la séance de groupe que vous avez préférée.
Description d'action	-Expliquez-moi comment on fait une omelette.	-Expliquez-moi comment on met le couvert.
Question avec hypothèse	-Que feriez-vous si vous gagniez 1 million d'euros ?	-Que feriez-vous si vous étiez président ?

Annexe 2 : Questionnaire d'autoévaluation de la communication

Questionnaire

Echelle de 1 à 10 :

1 = Ne fonctionne pas, je ne suis pas à l'aise.

10 = Fonctionne, je suis à l'aise.

Rubrique groupe orthophonie

Questionnaire à T1 :

Avez-vous déjà participé à un groupe en orthophonie ?

Si oui, quelles ont été vos impressions ?

Questionnaire à T2 :

Vous sentez-vous à l'aise en séance de groupe ?

Trouvez-vous les exercices faciles ?

Rubrique communication non-verbale

Utilisez-vous (plus) souvent des gestes pour vous exprimer ?	
Regardez-vous les gestes et le visage de votre interlocuteur pour mieux le comprendre ?	
Les gestes vous aident-ils à vous faire comprendre ?	

Rubrique sociale

Aujourd'hui, comment vous sentez-vous dans les différentes situations de communication suivantes :

En famille	
Avec un groupe d'amis	
En tête-à-tête	
Avec un(e) inconnu(e)	

Annexes 3 : Jeux de rôles sur la proxémie et les salutations

Petites seynettes (2min)

« Vous êtes un paysan qui rencontre les princes de France. »

« Vous demandez à un voisin de table de vous prêter un stylo pendant un cours. »

« Vous voyez votre médecin pour lui expliquer que vous êtes enrhumé. »

« Vous faites un discours d'introduction à l'Élysée pour être président. »

« Vous êtes un agent de police et vous reconfortez un enfant qui a perdu son chat. »

« Vous êtes un inspecteur de police et vous rencontrez un suspect pour l'interroger. »

« Vous parlez de la météo avec un inconnu dans le bus. »

« Vous entrez dans une pizzeria pour commander une pizza quatre fromages. »

« Vous saluez votre chanteur/chanteuse préféré(e) lors d'un concert. »

« Vous rendez visite à votre grand-mère pour son anniversaire. »

« Vous retrouvez un très bon ami d'enfance dans la rue. »

« Vous faites un spectacle et saluez le public à la fin de la représentation. »

« Vous allez chercher vos enfants à l'école maternelle à la sortie des classes. »

« Vous partagez du pop-corn avec un ami en commentant un film à la télévision. »