



HAL
open science

Troubles de la communication et pragmatique du langage dans la dépression unipolaire

Marie-Ange Cuoco

► **To cite this version:**

Marie-Ange Cuoco. Troubles de la communication et pragmatique du langage dans la dépression unipolaire. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01497095

HAL Id: dumas-01497095

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01497095>

Submitted on 15 May 2017

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.

MEMOIRE présenté pour l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D'ORTHOPHONISTE

Par

CUOCO Marie-Ange
Née le 06 juin 1990 à Nice

**TROUBLES DE LA COMMUNICATION
ET PRAGMATIQUE DU LANGAGE DANS
LA DEPRESSION UNIPOLAIRE**

Directeur de Mémoire : **BAUDU Claude,**

Neuropsychologue

Co-directeur de Mémoire : **GIORDANA Bruno,**

Psychiatre

Nice

2015

MEMOIRE présenté pour l’obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITE D’ORTHOPHONISTE

Par

CUOCO Marie-Ange
Née le 06 juin 1990 à Nice

**TROUBLES DE LA COMMUNICATION ET
PRAGMATIQUE DU LANGAGE DANS LA
DEPRESSION UNIPOLAIRE**

Directeur de Mémoire : **BAUDU, Claude**

Neuropsychologue

Co-directeur de Mémoire : **GIORDANA Bruno**, Psychiatre

Membres du jury : **BOISSIER Cécile**, Orthophoniste

Nice

2015



REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes remerciements à Claude Baudu, mon directeur de mémoire, pour son accompagnement, ses conseils et la confiance qu'il m'a accordée.

Mes remerciements vont également au Docteur Bruno Giordana, mon co-directeur, pour sa gentillesse, et ses avis précieux tout au long de ce travail.

Je remercie Catherine Garelli pour son aide constante et ses conseils avisés durant cette réflexion.

Je remercie le Docteur Jaubert pour son écoute et son aide dans le recrutement des patients de cette étude.

Un grand merci à Gilbert Zanghellini, de nous avoir généreusement prêté le protocole de la Gestion de l'implicite, pendant toute la durée de cette étude.

Je remercie particulièrement Camille Jankowiak, dont l'amitié, l'aide précieuse et le soutien permanents ont permis à ce mémoire de voir le jour.

Je remercie Cécile Boissier pour l'intérêt porté à ce travail.

Je remercie tous les professionnels qui ont accepté de répondre à mes questions et de m'orienter notamment concernant le recrutement et la pathologie, ainsi que pour les lectures pertinentes qu'ils m'ont conseillées.

Je remercie, évidemment, toutes les personnes qui ont participé activement à cette étude, spécialement les patients et les témoins, qui ont accepté de me donner de leur temps.

Je remercie mes maîtres de stage, pour leur écoute et leur appui, ainsi que l'expérience qu'ils m'ont permis d'acquérir.

Merci à mes amis et ma famille pour leur soutien inconditionnel.

SOMMAIRE

Remerciements	3
SOMMAIRE	4
Introduction	7
PARTIE THEORIQUE	9
I. QU'EST-CE QUE LA DEPRESSION ?	11
1. LE TROUBLE DEPRESSIF	11
2. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	11
2.1. Sexe.....	12
2.2. Age.....	12
3. FACTEURS DE RISQUE.....	12
3.1. Facteurs biologiques	12
3.2. Facteurs socio-environnementaux.....	13
3.3. Evènements stressants	13
3.4. Facteurs psychologiques	14
4. LES DIFFERENTES FORMES DE DEPRESSION	15
5. SYMPTOMES DE LA DEPRESSION.....	18
5.1. La tristesse de l'humeur	18
5.2. Le ralentissement psychomoteur.....	19
5.3. Troubles somatiques.....	19
6. TROUBLES ASSOCIES	20
7. LA PHYSIOPATHOLOGIE DE LA DEPRESSION	21
7.1. Les régions cérébrales affectées par la dépression	21
7.2. Les neurotransmetteurs impliqués dans la dépression	24
8. TROUBLES COGNITIFS DANS LA DEPRESSION	25
8.1. Psychologie cognitive : distorsions cognitives	26
8.2. Neuropsychologie cognitive : mémoire, fonctions exécutives et attention.....	28
9. LES TYPES DE TRAITEMENTS	35
9.1. Les traitements médicamenteux.....	35
9.2. Les traitements non médicamenteux.....	36
9.3. Autres traitements.....	38
10. CHRONICISATION DE L'ETAT	39
10.1. Evolution et différents temps dans la dépression.....	40
10.2. Récurrence.....	40
10.3. Séquelles des récurrences du point de vue cognitif	41
10.4. Facteurs de vulnérabilité.....	42
11. ETUDE DES CONSEQUENCES DES TROUBLES SUR LE SUJET DEPRESSIF.....	43
11.1. Le fonctionnement psychosocial.....	43
11.2. Conséquences dans le domaine professionnel.....	43
11.3. Conséquences dans le domaine familial.....	45
11.4. Evolution des troubles fonctionnels sous traitement et en rémission	45
II. COMMUNICATION : PRAGMATIQUE DU LANGAGE ET THEORIE DE L'ESPRIT	47
1. LA LINGUISTIQUE	47
1.1. Historique de l'analyse du langage	47
2. LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE	49
2.1. Qu'est-ce que la pragmatique ?	49
2.2. Historique	50
2.3. L'opposition constatif/performatif.....	51
2.4. Les actes de langage.....	52
2.5. L'interprétation des actes de langage indirect	53
2.6. L'implicite	55
2.7. Les lois du discours	55
2.8. Les processus inferentiels.....	56
3. LA PRAGMATIQUE COGNITIVE.....	57
3.1. La communication ostensive-inférentielle	57

3.2.	<i>Le principe de pertinence</i>	58
3.3.	<i>L'interprétation des énoncés</i>	58
3.4.	<i>Le discours non littéral</i>	61
4.	LA THEORIE DE L'ESPRIT	63
5.	THEORIE DE L'ESPRIT ET LANGAGE	64
6.	LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE DANS LA PATHOLOGIE.....	65
6.1.	<i>Pragmatique et troubles neurologiques</i>	66
6.2.	<i>Pragmatique et troubles psychiatriques</i>	67
7.	LES TROUBLES DE LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE DANS LA DEPRESSION.....	67
7.1.	<i>Expression</i>	68
7.2.	<i>Compréhension</i>	69
8.	LA PLACE DES INTERACTIONS DANS LA DEPRESSION	70
8.1.	<i>Qu'est-ce que le soutien social ?</i>	70
8.2.	<i>Perturbation du soutien social dans la dépression</i>	72
8.3.	<i>Cercle vicieux affectant le soutien social et la pathologie</i>	73
9.	INTERACTION ET COMMUNICATION	73
	PARTIE PRATIQUE	74
	METHODE	76
	I. CADRE DE REFERENCE	77
1.	PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE.....	77
2.	OBJECTIFS ET HYPOTHESES	78
	II. LE PROTOCOLE : SUPPORT ET ANALYSE	79
1.	<i>Epreuve d'interprétation d'actes de langage indirects (MEC)</i>	79
2.	<i>La gestion de l'implicite</i>	79
	III. LA POPULATION : CARACTERISTIQUES ET RECRUTEMENT	80
1.	GROUPE DE PATIENTS.....	80
1.1.	<i>Critères d'inclusion</i>	80
1.2.	<i>Critères d'exclusion</i>	81
2.	GROUPE CONTROLE	81
2.1.	<i>Critères d'inclusion</i>	81
2.2.	<i>Critères d'exclusion</i>	81
	IV. PROCEDURE	82
	V. DEROULEMENT DE L'ETUDE	82
1.	INTERPRETATION D'ACTES DE LANGAGE INDIRECT	82
2.	LA GESTION DE L'IMPLICITE	84
	RESULTATS	87
	VI. RESULTATS	88
1.	INTERPRETATION D'ACTES DE LANGAGE INDIRECT.....	88
1.1.	<i>Résultats quantitatifs</i>	89
1.2.	<i>Comparaison des données</i>	90
1.3.	<i>Analyse qualitative</i>	94
1.4.	<i>Les résultats en fonction du nombre d'EDM</i>	99
2.	LA GESTION DE L'IMPLICITE	100
2.1.	<i>Résultats quantitatifs</i>	100
2.2.	<i>Comparaison des données</i>	101
2.3.	<i>Analyse qualitative</i>	103
2.4.	<i>Les résultats en fonction du nombre d'EDM</i>	108
3.	ENTRETIEN ANAMNESTIQUE	108
	VII. DISCUSSION	110
1.	LE RECRUTEMENT	110
2.	LES TESTS	111
3.	PERSPECTIVES	112
	Conclusion	113
	Bibliographie	115
	ANNEXES	120

ANNEXE I : EPREUVE D'INTERPRETATION D'ACTES DE LANGAGE.....	121
1. GRILLE DE COTATION DES ACTES DE LANGAGE INDIRECT	125
2. GRILLE DE RESULTATS COMPLEMENTAIRES.....	129
ANNEXE II : LA GESTION DE L'IMPLICITE.....	130
1. EXEMPLE SERIE A	133
2. EXEMPLE SERIE B.....	134
3. TABLEAU DE COTATION	136
ANNEXE III : CRITERES DIAGNOSTICS DE L'EPISODE DEPRESSIF MAJEUR, DSM-IV-TR.....	137
ANNEXE IV : CORPUS D'UN SUJET DEPRESSIF EN REMISSION.....	140
ANNEXE V : CORPUS D'UN SUJET TEMOIN.....	149
Table des Illustrations.....	158

INTRODUCTION

« *Si crainte et tristesse durent longtemps, un tel état est mélancolique* » Hippocrate, "Aphorismes"

La dépression est un problème majeur de santé publique. Il existe de nombreuses variantes de cette affection. Elle peut survenir à tout âge, isolément ou associée à d'autres troubles mentaux ou maladies physiques. Alternant avec des états d'excitation, elle constitue le trouble bipolaire. L'évolution et la gravité de l'affection dépendent de chacun ainsi que d'un certain nombre de facteurs ; génétiques, environnementaux et psychosociaux. Cette pathologie récidivante, a des conséquences multiples sur le plan familial, social, professionnel et économique, que ce soit après rémission ou guérison.

La pragmatique étudie les énoncés produits par les locuteurs au regard de la situation de communication. La théorie de l'esprit est cette capacité à attribuer des états mentaux à autrui, étape indispensable au bon fonctionnement d'une communication satisfaisante. Les apports de la neuropsychologie et de la pragmatique linguistique et cognitive sont considérables dans l'étude des troubles communicationnels aujourd'hui. Au-delà de la linguistique, la pragmatique traite donc de l'usage du langage et de sa pertinence. Nous savons qu'en plus des difficultés interactionnelles souvent exprimées, il existe des troubles langagiers dans la dépression –notamment instrumentaux-, et récemment, de nouvelles études s'y sont intéressées de près, comme à ceux touchant la pragmatique.

Les troubles pragmatiques relèvent en partie des attributions de l'orthophoniste, nous pouvons les retrouver notamment dans des pathologies neurologiques ou psychiatriques tels que les troubles envahissants du développement ou les démences de type Alzheimer. En tant que spécialiste du langage et de la communication, il pourrait être intéressant pour nous de travailler sur la spécificité des troubles de la pragmatique touchant le trouble dépressif unipolaire, afin de mieux comprendre les difficultés souvent relatées notamment dans les relations interpersonnelles et les interactions en général de ces patients. Les difficultés semblent subsister de plus après rémission ainsi, nous nous attacherons dans cette étude à les évaluer durant cette période.

Dans un premier temps nous ferons une revue de la littérature concernant le trouble dépressif et la communication (notamment la pragmatique du langage et la théorie de l'esprit) et les dimensions atteintes dans cette pathologie.

Dans un deuxième temps, nous décrirons notre expérimentation, les résultats obtenus et les observations que l'on peut en extraire.

Enfin nous interpréterons ces résultats afin de valider ou d'infirmer nos hypothèses et d'ouvrir des perspectives concernant cette pathologie et son symptôme langagier.

Nous tenterons de subjectiver la présence de troubles de la pragmatique du langage chez le sujet dépressif à partir d'une épreuve d'interprétation de langage indirect du protocole MEC (Montréal Evaluation de la Communication) et d'un test sur le langage implicite (La Gestion de l'implicite) en les comparant à un groupe contrôle. Nous tenterons de quantifier ces difficultés après rémission et de noter, s'il est possible, une potentielle différence de sévérité selon le nombre d'épisodes. Enfin, nous réfléchirons sur

le possible rôle de ces troubles dans le développement et le maintien de la pathologie ainsi que sur ses conséquences concernant le lien social et le soutien de l'individu à travers la sévérité de la récurrence. Cette réflexion nous permet de nous questionner quant à la place de l'orthophoniste auprès des personnes souffrant de cette pathologie.

Chapitre I
PARTIE THEORIQUE

"Il souffrait de mélancolie. Tu sais ce que c'est la mélancolie ? Tu as déjà vu une éclipse? Et bien c'est ça : la lune qui se glisse devant le cœur, et le cœur qui ne donne plus sa lumière. La nuit en plein jour. La mélancolie c'est doux et noir. Il en a guéri a moitié : le noir est parti, le doux est resté."

Christian Bobin "La folle allure"

I. QU'EST-CE QUE LA DÉPRESSION ?

1. Le trouble dépressif

Le terme dépression vient du mot latin « depressio » qui signifie « enfoncement ». Il est entré tardivement dans le langage médical et psychiatrique en 1870, où il désignait un état mental pathologique caractérisé par de la lassitude, du découragement, de la faiblesse et de l'anxiété. Le mot dépression s'est substitué progressivement au terme mélancolie pour désigner une modification de l'humeur dans le sens d'une tristesse pathologique accompagnée de ralentissement psychomoteur, de signes somatiques (fatigue, troubles du sommeil etc.), souvent d'idées suicidaires et parfois d'idées délirantes. La mélancolie désigne aujourd'hui la forme la plus grave de la dépression.

Le DSM-IV - Diagnostic and Statistic Manual¹ - est un manuel édité à l'initiative de l'Association Américaine de Psychiatrie, présentant la classification internationale nosographique et sémiologique des troubles mentaux.

La dépression, selon le DSM-IV (Annexe) fait partie des troubles de l'humeur. Le trouble dépressif majeur est donc caractérisé par un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs. L'épisode dépressif majeur se diagnostique par une humeur dépressive, ou une perte d'intérêt ou de plaisir, présente presque tous les jours pendant au moins deux semaines. Associés à cela, coexistent au moins cinq autres symptômes complémentaires comme un changement d'appétit ou de poids, des troubles du sommeil et de l'activité psychomotrice, une baisse d'énergie, des troubles de la concentration, un sentiment de culpabilité et de dévalorisation, cela pouvant aller jusqu'à des idées suicidaires².

Ces symptômes doivent constituer un changement par rapport au fonctionnement antérieur et ne doivent pas être imputables aux effets d'une substance ou d'une autre affection médicale. Ils causent une souffrance psychologique cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

La définition de la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) a été progressivement harmonisée avec celle du DSM.

2. Données épidémiologiques

La dépression est un problème majeur de santé publique. Il est généralement admis qu'elle soit l'une des maladies les plus onéreuses et associée à des coûts élevés. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère qu'en 2020, la dépression sera

¹ BRIN .F, COURRIER. C, LEDERLE E et al. Dictionnaire d'orthophonie, p.83

² DSM- IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, p.377

l'affection qui, après les maladies cardiovasculaires, entraînera les plus gros coûts de santé et sera la première cause d'incapacité en 2030.

La dépression est l'une des affections psychologiques les plus fréquentes, et semble être « l'épidémie » des pays occidentaux. Le taux de personnes dépressives dans la population française est de 15% dont un tiers n'est pas pris en charge médicalement³.

2.1. Sexe

La dépression toucherait deux fois plus de femmes que d'hommes au niveau européen, selon l'étude *Dépression Research in European Society (DEPRES)* menée en 1994-1995.

2.2. Age

La vulnérabilité à la dépression apparaîtrait vers 13 ans⁴. L'âge moyen de survenue du premier épisode se situe autour de 30 ans, et pour plus d'une majorité, entre 19 et 38 ans. La fréquence de ces épisodes semble augmenter avec le temps jusqu'à 65 ans, âge à partir duquel la tendance s'inverse.⁵

3. Facteurs de risque

D'un point de vue général, selon l'OMS, un facteur de risque est tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme.

La dépression est un phénomène complexe dans lequel interviennent plusieurs étiologies et facteurs de risque: des facteurs biologiques, des facteurs socio-environnementaux et des facteurs psychologiques notamment. Ces derniers ne sont pas indépendants les uns des autres : au contraire, ils interagissent entre eux.⁶

3.1. Facteurs biologiques

Nous retrouvons chez les personnes dépressives une altération de certains neurotransmetteurs tels que la sérotonine, la noradrénaline, l'acétylcholine, la dopamine ou encore l'acide gamma-acido-butyrique. Il existe une thèse de vulnérabilité génétique vis-à-vis de la maladie (Hankin et Abramson, 1999,) mise en évidence grâce à une étude

³ PALAZZOLO, J. Dépression et anxiété, mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge, p.5

⁴ VAN DER LINDEN, M. Une approche psychologique plurifactorielle et intégrative de la dépression: la contribution de la psychopathologie cognitive. In : Les samedis de la Neuropsychologie

⁵ CHAN CHEE C., BECK F., SAPINHO D. et al. La dépression en France – Enquête ANADEP, 208 p.

⁶ INFO-DEPRESSION, Livret dépression, disponible sur :

http://www.info-depression.fr/dist/doc/DEPRESSION_LIVRET.pdf

portant sur des jumeaux homozygotes et hétérozygotes adoptés par des familles différentes, et sur des enfants adoptés issus de parents biologiques atteints d'une dépression. Cependant, la maladie ne serait pas considérée comme héréditaire mais ce serait plutôt la vulnérabilité elle-même qui le serait. Ainsi il n'y aurait pas un déterminisme mais une vulnérabilité génétique.

3.2. Facteurs socio-environnementaux

Suite à l'enquête nationale *Santé mentale en population générale : images et réalités (SMPG)* dont les résultats sont parus en 2004⁷, et qui regroupe les résultats de bon nombre d'enquêtes, nous savons confirmé que le statut social, marital, socio-économique et professionnel jouent un rôle dans le fait d'être touché par un épisode dépressif ou non.

En effet, un individu séparé, divorcé, veuf, célibataire ou au chômage a plus de risques d'être affecté par un épisode dépressif.

Il est assez couramment admis que l'isolement affectif, la solitude et le manque de soutien social –comme nous le définirons plus tard- peuvent entraîner des dépressions.

Le fait d'être au chômage constitue le deuxième facteur le plus corrélé aux épisodes dépressifs. À âge, sexe, situation maritale et niveau de formation égaux, une personne au chômage a deux fois plus de risque d'avoir eu un épisode dépressif qu'une personne en emploi au moment de l'enquête, du fait de son inactivité et du sentiment de dévalorisation qui l'accompagne.

Enfin, les troubles de l'humeur sont moins fréquemment repérés chez les plus diplômés. De fait, un niveau socio-économique bas les solliciterait plus. Il est vrai que les milieux socialement défavorisés ou précaires peuvent être à risque en raison des événements de vie plus difficiles auxquels les sujets peuvent être exposés, ainsi qu'à l'accessibilité plus réduite au diagnostic et aux soins.

3.3. Événements stressants

Nous comptons également parmi les facteurs de risque les événements de vie stressants tels que la séparation brutale, la perte précoce, le deuil, les changements brusques, qui sont, avec leur accumulation ou non, des facteurs effectivement précipitants de la maladie. On les considère alors comme des stressors psycho-sociaux.⁸ Les pertes de proches précoces par exemple ou les situations traumatisantes vécues précocement et/ou dans l'enfance peuvent rendre le sujet vulnérable. Ces pertes peuvent être réelles ou symboliques. Nous notons aussi les tensions familiales ou professionnelles comme

⁷ DREES, Etudes et résultats, Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête *Santé mentale en population générale*, p.5

⁸ BLACKBURN. I-M, COTTRAUX. J. Thérapie cognitive de la dépression, p.4

usantes et épuisantes pour la personne. De plus, si l'individu fait face à des maladies, il est également plus enclin à la pathologie.

3.4. Facteurs psychologiques

Le fonctionnement intrinsèque de l'individu joue un rôle dans la prédisposition à la dépression, à côté des événements de vie, des facteurs biologiques et socio-environnementaux.

Dans la dépression, nous sommes face à une hétérogénéité et à un caractère multifactoriel des difficultés psychologiques, associées aux co-occurrences de difficultés psychologiques différentes. Les symptômes eux-mêmes peuvent interagir et se renforcer les uns les autres.

La plupart de ces difficultés naissent suite à des confrontations à des événements de vie douloureux - causes psychosociales : pauvreté, chômage, traumatismes dans l'enfance etc.- ou non, et se situent au sein d'un continuum, incluant des expériences normales.⁹ Les facteurs biologiques, les facteurs sociaux et les événements de vie peuvent conduire à des difficultés psychologiques via leurs effets conjoints sur différents processus psychologiques : cognitifs, affectifs, motivationnels, relationnels.

Des traits de caractère ou de personnalité, tels que le manque de confiance en soi ou la dépendance excessive à l'égard des autres, peuvent faciliter la survenue d'une dépression. La vulnérabilité face à un stresser diffère selon les individus. Selon les neuropsychologues cognitivistes –et de nombreux philosophes avant eux- ce n'est pas la réalité qui déprime, mais l'interprétation qu'on en fait. C'est pour cela que l'on sait que le profil psychologique de la personne influence sa prédisposition à la maladie, selon son propre modèle d'interprétations.

Lorsqu'une personne est dépressive, elle a tendance à voir les choses de façon plus négative, et cela amplifie les émotions dépressives (cercle vicieux). Les interprétations négatives influencent le comportement de l'individu.¹⁰ L'hypothèse classique du modèle cognitif est qu'un vécu négatif au cours d'apprentissages précoces de la petite enfance, crée un modèle de croyance générant à chaque réactivation, des émotions négatives, comme nous le verrons plus tard.

Nous parlons alors de vulnérabilité psychologique, de négativité. Certaines personnalités fragiles seraient plus sensibles que d'autres au développement et au

⁹ VAN DER LINDEN, M. Une approche psychologique plurifactorielle et intégrative de la dépression: la contribution de la psychopathologie cognitive

¹⁰ PALAZZOLO, J. Dépression et anxiété, mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge, p.2

maintien de cette affection. Certains traits de personnalité -sociopathique ou hystérique- induiraient également plus souvent des troubles de l'humeur.¹¹

Comme cité précédemment, le patient dépressif est donc véritablement au centre d'un réseau d'interactions multiples. Ce que Cottraux a schématisé comme ceci :

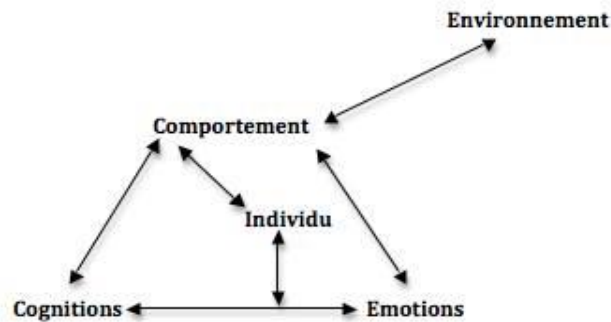


Figure 1 : interactions bio-psycho-sociales dans la dépression. (D'après Cottraux, 2004)¹²

La dépression doit donc être envisagée comme le résultat de l'interaction d'un ensemble de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux.

4. Les différentes formes de dépression

Traditionnellement, les classifications distinguent deux groupes de dépression : les dépressions endogènes et les dépressions psychogènes.

- Une dépression endogène – « qui provient de l'intérieur, qui a une cause interne » - correspondrait à une affection biologique, génétique, et ne serait pas consécutive à un facteur déclenchant. Cette forme de dépression se caractérise par une certaine récurrence, ainsi que par une forte intensité, pouvant aller jusqu'à la forme la plus grave de la dépression : la mélancolie, avec un risque suicidaire très élevé. Elle se retrouve, par exemple, dans le tableau clinique du trouble bipolaire, alternant épisode maniaque et épisode dépressif – Précisons que notre étude s'intéressera uniquement au trouble unipolaire - .

¹¹ BLACKBURN. I-M, COTTRAUX. J. Supra, p.29

¹² PALAZZOLO, J. Supra, p.2

- Une dépression psychogène serait, quant à elle, d'une intensité relative et déclenchée par un événement extérieur : traumatisme, deuil, ou événement de vie stressant. Elle est encore appelée dépression réactionnelle, ou névrotico-réactionnelle, et ne serait pas liée à une prédisposition.

Néanmoins, de récentes études ont apporté un nouvel éclairage sur ce cloisonnement et cette classification, montrant ainsi que, plus qu'une distinction entre ces deux types d'affection, il s'agissait surtout d'un continuum entre l'une et l'autre. Les facteurs déclenchants et précipitants influençant de fait la structure psychologique de la personne dans son évolution, et mêlant ainsi les causes des affections, rendant plus floue l'explication de ses récurrences.¹³

Une distinction est également faite entre dépression primaire et dépression secondaire. Dans l'affection appelée primaire il n'y a pas de pathologie psychiatrique ni de pathologie somatique active. La dépression est le trouble principal du patient.

Au contraire, la dépression secondaire est appelée ainsi car elle est associée à une pathologie psychiatrique ou somatique, qui « précipite » le trouble dépressif. En ce qui concerne les pathologies psychiatriques, la dépression peut donc être secondaire à un trouble anxieux tel que la phobie ou le trouble panique. Nous retrouvons aussi des associations à des troubles comme la schizophrénie ou une personnalité pathologique – état limite-, dépendante. Les troubles somatiques retrouvés qui associent souvent une dépression sont des troubles endocriniens -troubles de la thyroïde-, des troubles neurologiques -Parkinson, sclérose en plaques, démence-, ou encore les cancers, les maladies de système, ainsi que les toxiques –alcool- et médicaments -bétabloquants, interféron, ciclosporine etc.- La dépression du post-partum (après l'accouchement) fait également partie des dépressions secondaires ainsi que la dépression saisonnière et la dépression du sujet âgé.

A côté de l'épisode dépressif majeur (EDM) tel que défini précédemment (DSM IV), nous trouvons la dépression chronique ou épisode dépressif majeur chronique, qui perdure au moins deux ans. La dysthymie¹⁴, quant à elle, correspond à un épisode dont la durée est supérieure à 2 années. Pour parler de dysthymie il faut retrouver des éléments dépressifs plus d'un jour sur deux pendant au moins 2 ans et qu'il n'y ait pas de période de plus de 2 mois consécutifs sans les symptômes. Ces derniers sont plus modérés que dans un épisode dépressif majeur chronique mais il semblerait qu'une dysthymie prédispose la survenue d'un trouble dépressif majeur. (Murphy et al. 2002).¹⁵ Ces deux formes d'états dépressifs constitueraient d'ailleurs un trouble unique, alternant entre différents niveaux de gravité.

¹³ VAN DER LINDEN, M. Une approche psychologique plurifactorielle et intégrative de la dépression: la contribution de la psychopathologie cognitive

¹⁴ INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE (INSERM), disponible sur : <http://www.ipubli.inserm.fr>

¹⁵ VAN DER LINDEN, M. Loc. cit.

Dans les formes majeures de dépression il convient de citer également les mélancolies stuporeuse, anxieuse et délirante.¹⁶ La mélancolie stuporeuse conduit à une inhibition de toute activité, avec une immobilisation et une rumination douloureuse qui conduisent au mutisme. Dans la mélancolie anxieuse, l'angoisse est au premier plan avec une agitation anxieuse et un risque suicidaire très élevé. La mélancolie délirante, quant à elle, se définit par une exagération pessimiste faite d'autoaccusations de crimes infondés ou le sentiment de vivre sa propre mort ou d'être dépossédé de son âme, voire atteint de maladie incurable. Il peut y avoir en plus des idées de persécutions, des hallucinations auditives, etc.

Le trouble dépressif non spécifié définit « les troubles ayant des caractéristiques dépressives qui ne remplissent pas les critères du trouble dépressif majeur et de dysthymie, ni des troubles de l'adaptation avec humeur dépressive ou avec à la fois anxiété et humeur dépressive ».¹⁷ Sous cette étiquette, nous pouvons retrouver le trouble dépressif mineur qui comporte au moins deux –mais moins de cinq- symptômes requis pour un trouble dépressif majeur –avec perte d'intérêt ou de plaisir et humeur dépressive pendant au moins deux semaines-.

Parmi les formes mineures de dépression, nous retrouvons notamment la dépression saisonnière, la dépression souriante où le patient dissimule son état derrière un visage vivant, expressif et une attitude dynamique, puis, la dépression masquée comme citée plus tôt.

Les états dépressifs sont différents également en fonction de l'âge et cela variera, comme dans la dépression du nourrisson, celle de l'enfant ou de l'adolescent, ou encore du sujet âgé. Nous ciblerons notre étude sur la dépression unipolaire de l'adulte, qu'elle soit, à l'origine, endogène ou psychogène.

Les études post-mortem ont cependant montré que les patients ayant connu plusieurs épisodes dépressifs avaient moins de neurones noradrénergiques. Il est donc possible qu'un élément important du problème soit la capacité du système noradrénergique à répondre adéquatement aux exigences du stress. Les expériences précoces négatives dans le domaine des soins parentaux, qui dévoilent de plus en plus leur importance sur la capacité du futur adulte à gérer le stress, pourraient avoir des effets persistants sur plusieurs systèmes, dont celui à la noradrénaline.

Dans cette étude, nous rencontrerons, quant à nous, préférentiellement des patients adultes en rémission d'une -ou plusieurs- dépression unipolaire primaire, et si possible non réactionnelle (comme un état de stress post-traumatique par exemple).

¹⁶ WIDLOCHER. D. Les logiques de la dépression, p.23

¹⁷ VAN DER LINDEN M, CESCHI G. Traité de psychopathologie cognitive, p.170

5. Symptômes de la dépression

Tristesse, sentiments d'échec et de désespoir, sensations de fatigue sont autant de signes de la dépression. Le sujet montre souvent face à autrui un comportement abattu, et une perte significative de l'élan vital.

Le syndrome dépressif se caractérise par deux traits généraux fondamentaux : la tristesse de l'humeur et le ralentissement psychomoteur.

5.1. La tristesse de l'humeur

Le trouble dépressif est un syndrome dominé par une humeur déprimée, « en baisse », traduite par une expression d'affects tristes, négatifs, irrités voire anxieux. La tristesse s'exprime beaucoup ; dans les remords et la nostalgie pour le passé, les ruminations des souvenirs, le désintéret pour le présent qui semble terne et vide aux yeux du sujet. L'individu est apathique. Celui-ci a de plus une appréhension pour l'avenir qui est vu comme menaçant, ou comme la persistance fatale de la tristesse et du vide présents. La représentation de soi est dévalorisée, avec un sentiment d'incapacité récurrent. Le patient rumine ses « fautes et erreurs » du passé et les « impuissances » auxquelles il se heurte dans sa vie quotidienne.¹⁸

De manière générale l'individu n'éprouve plus de joie et dit n'avoir plus « goût à rien ». C'est ce qui est appelé en terme médical l'anhédonie. Le sujet est au « 36eme dessous » et son effondrement est visible ; tristesse vitale et anesthésie affective sont bien présentes. La conscience qu'a la personne de son trouble est bien réelle également et c'est aussi ce qui participe à la dépression elle-même ainsi qu'à la dévalorisation et la rumination. Le patient peut apparaître en entretien sur le point de pleurer, ou son expression faciale révèle le sentiment de vide qu'il éprouve. Certains sujets présentent une symptomatologie plus dominée par l'irritabilité cependant, et la colère peut survenir - suite à des frustrations- dont l'intensité et la cause semblent démesurées pour autrui.

Cumulé à cela, il y a une perte d'envie et d'intérêt pour les loisirs pratiqués antérieurement. Le sujet n'en tire plus de joie et n'a plus l'élan pour ce qui lui était agréable autrefois. Parfois, le retrait social ou celui concernant les loisirs du sujet peuvent être nets et marquer un réel changement par rapport au fonctionnement antérieur de la personne.¹⁹

Il y a donc globalement un pessimisme et des sensations de désespoir irréalistes, qui engendrent des indécisions et une perte de l'estime de soi. Les attitudes psychologiques sont généralement négatives et il peut y avoir l'apparition de rêves lugubres. Tout cela entraîne chez la personne des idées et pensées suicidaires qui peuvent amener certains sujets à un passage à l'acte.

¹⁸ WIDLOCHER. D. Les logiques de la dépression, p.34

¹⁹ DSM- IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, p.378

5.2. Le ralentissement psychomoteur

La dépression entraîne un ralentissement dans tous les domaines de la vie quotidienne : vie affective, fonctions cognitives, forme physique, mécanismes vitaux et corporels. Au niveau psychomoteur, cela se traduit donc par un ralentissement mais nous pouvons également retrouver une agitation psychomotrice, selon le patient et le type de dépression.

Le ralentissement psychomoteur se manifeste par une démarche, une posture et même une mimique qui en sont marqués. Nous pouvons noter une lenteur d'exécution des mouvements par exemple, ou une rareté des changements de posture ou d'expression du visage -nous parlons alors d'amimie-.²⁰ La pauvreté des gestes ainsi que la marche lente seront également notées.

En parallèle, une diminution de l'énergie et une fatigue sont fréquentes, ce qui explique les modifications psychomotrices. Ces troubles n'ont pas de rapport avec un exercice physique, un effort ou une cause extérieure. Les tâches les plus simples peuvent être réalisées plus lentement et plus difficilement, et surtout peuvent représenter une source d'épuisement exagérée pour la personne. Cela peut aller jusqu'à l'incurie -négligence extrême- dans les cas les plus sévères et se traduire par une asthénie vitale – affaiblissement de l'organisme avec une très grande fatigue physique-. On peut noter une clinophilie -fait de rester allongé- et très souvent donc un apragmatisme -incapacité à faire des choses- et des troubles de l'initiation - incapacité à commencer une activité-.

5.3. Troubles somatiques

Le terme de somatisation vient de « psychosomatique », et sert à expliquer le phénomène selon lequel « une affection ou une réaction organique est liée à un trouble psychologique ou à un choc affectif »²¹.

Nous pouvons déceler de nombreux troubles somatiques chez les patients atteints d'épisode dépressif majeur. Les troubles du sommeil sont les plus fréquents avec une insomnie dans 80 à 95% des cas, et plus rarement, une hypersomnie²². Souvent ces troubles se trouvent être la première raison de demandes de soin.

L'insomnie peut se manifester sous forme de réveils nocturnes avec difficultés à se rendormir (insomnie du milieu de la nuit), ou de réveils précoces et impossibilité à se rendormir (insomnie du matin). Il peut aussi y avoir des difficultés à s'endormir (insomnie d'endormissement). L'hypersomnie est, quant à elle, l'augmentation du sommeil diurne ou la prolongation du sommeil nocturne. Ces dysfonctionnements

²¹ BRIN .F, COURRIER. C, LEDERLE E et al. Dictionnaire d'orthophonie, p.254

²² HAYNAL, A. PASINI, W. ARCHINARD M. Médecine psychosomatique, aperçus psychosociaux, p.73

expliquent de plus la grande fatigabilité du dépressif, qui n'a donc pas un sommeil réparateur.

L'appétit est habituellement diminué et il peut y avoir un amaigrissement allant jusqu'à l'anorexie. A l'inverse, certains patients auront une augmentation de l'appétit avec un désir intense de s'alimenter. Ces modifications de comportements entraînent généralement une perte ou un gain de poids significatifs.

Les troubles affectant la puissance sexuelle et/ou la libido sont présents également et sont directement liés à la symptomatologie dépressive définie par les classifications. En effet, on peut les mettre en lien avec la perte de plaisir et de désir (anhédonie) ressentis généralement avec cette affection.

Il y a, enfin, parmi les plaintes somatiques des patients, l'une d'entre elles que nous retrouvons souvent : les céphalées. Associées à celles-ci nous pouvons également observer des troubles végétatifs tels que des bourdonnements d'oreille, des difficultés respiratoires, des cardialgies, des vertiges, des douleurs vertébrales, des cénesthésies abdominales, des nausées et vomissements, des constipations, ou encore des troubles viscéraux.

Chaque culture a une manière différente et propre à elle-même d'exprimer les symptômes de cette maladie.²³ Parfois, les troubles somatiques sont les seules plaintes recueillies par le médecin afin d'en faire le diagnostic. Certaines fois également, ces troubles cachent la dépression sans que le patient ne le sache et nous parlons alors de « dépression masquée ».

6. Troubles associés

Le trouble associé le plus fréquemment retrouvé chez les patients atteints de dépression est l'anxiété. L'anxiété peut donc être soit associée au trouble dépressif, soit antérieure à cet état, car elle est dépressogène. Les symptômes des troubles anxieux – anxiété généralisée, trouble panique, phobie, trouble obsessionnel compulsif, état de stress post-traumatique etc.²⁴ – et des troubles dépressifs sont assez similaires et il convient alors d'être prudent quant au diagnostic de l'une ou de l'autre de ces affections.

L'anxiété est une peur diffuse sans raison apparente ou démesurée. Elle concerne l'avenir, tandis que le sujet dépressif est, quant à lui, plutôt tourné vers le passé. La peur vient en général de l'extérieur là où le mal-être, dans la dépression, provient de l'intérieur.²⁵

On considère généralement que l'existence d'un trouble anxieux précédant ou coexistant à la dépression accroît la sévérité et la durée de celle-ci. Certains sujets

²³ WIDLOCHER. D. Les logiques de la dépression, p.129

²⁴ BIOY. A, FOUQUES. D. Psychologie clinique et Psychopathologie, p.163

²⁵ PALAZZOLO, J. Dépression et anxiété, mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge, p.2

présentent au cours de leur épisode dépressif des Attaques de panique dont l'allure clinique correspond aux critères du Trouble panique.²⁶ L'anxiété généralisée est également une des pathologies souvent associée à l'affection dépressive.

Le trouble dépressif s'associe souvent à une tendance addictive qui peut s'assouvir auprès de différentes substances : l'alcool, le tabac, les médicaments (anxiolytiques ou hypnotiques) et les psychotropes (cannabis, ecstasy, cocaïne...). En effet, les sujets utilisent ces substances pour apaiser leur tristesse, leur mal-être et leur angoisse.²⁷

7. La physiopathologie de la dépression

Tel que cité précédemment, il y a une part biologique importante dans l'étiologie et le mécanisme de la dépression. Elle affecte également inévitablement l'activité de certaines régions cérébrales, bien qu'elle soit décrite également comme un déficit d'ordre biologique ayant pour origine une altération des interactions entre ces régions.

Nous retrouvons donc chez les personnes dépressives une altération de certains neurotransmetteurs tels que la sérotonine, la noradrénaline, l'acétylcholine, la dopamine ou encore l'acide gamma-acido-butyrique.

Il apparaît que ce seraient ces bouleversements physiologiques qui créeraient en partie les symptômes de la dépression.

7.1. Les régions cérébrales affectées par la dépression

Des études d'imagerie cérébrale avec PET scan ont mis en évidence une activité anormalement basse dans le cortex préfrontal, et plus précisément dans ses parties latérales, orbitofrontales et ventromédianes en cas de dépression. La sévérité du trouble est d'ailleurs souvent reliée au degré de la baisse d'activité du cortex préfrontal. Une des régions du cortex préfrontal les plus affectées à la fois dans la dépression est le cortex ventromédian. Cette région est située en profondeur des lobes frontaux, de chaque côté de la ligne centrale séparant les deux hémisphères.

Le cortex préfrontal est non seulement reconnu pour sa participation à nos réponses émotionnelles, mais aussi pour avoir de nombreuses connexions avec d'autres régions du cerveau responsables du contrôle de la dopamine, de la noradrénaline et de la sérotonine, les neurotransmetteurs importants pour la régulation de l'humeur. Plus spécifiquement, il semble que le cortex préfrontal latéral nous aide à choisir un comportement en nous permettant d'évaluer mentalement différentes alternatives ; que le cortex orbitofrontal nous permet de réprimer certaines émotions ou gratifications immédiates en vue d'obtenir

²⁶ DSM- IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, p.380

²⁷ INFO-DEPRESSION, Livret dépression disponible sur : http://www.info-depression.fr/dist/doc/DEPRESSION_LIVRET.pdf

un avantage encore plus grand à long terme ; et que le cortex ventromédian est un des lieux où les émotions et le sens des choses seraient expérimentés.

Les deux moitiés du cortex préfrontal semblent aussi avoir des fonctions spécialisées, le cortex préfrontal gauche étant impliqué dans l'établissement de sentiments positifs, et le droit dans celui de sentiment négatifs. Chez les gens en dépression, c'est justement le cortex préfrontal gauche qui est altéré. En d'autres termes, il devient très difficile pour une personne en dépression de se donner des objectifs en vue d'atteindre une récompense et de croire qu'on peut y parvenir.

Le cortex préfrontal gauche pourrait aussi chez la personne normale contribuer à inhiber les émotions négatives générées par des structures limbiques comme les amygdales qui montrent une activité anormalement élevée chez les patients en dépression. Une activité qui diminue d'ailleurs chez les personnes qui répondent positivement à un traitement aux antidépresseurs. Et lorsque cette hyperactivité de l'amygdale demeure élevée malgré les traitements, elle est alors associée à des fortes possibilités de rechute dans la dépression.

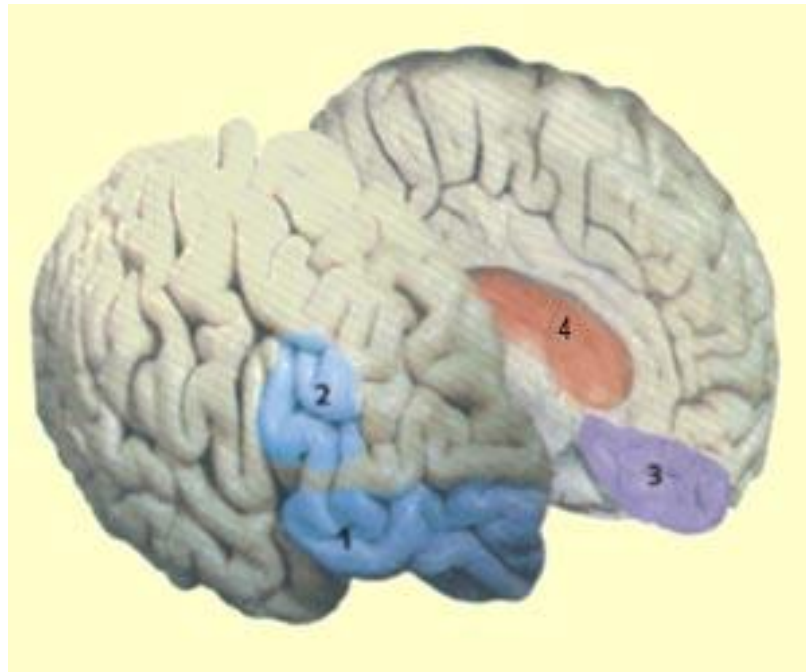


Figure 2 : Les régions cérébrales affectées dans la dépression²⁸

1. Cortex orbitofrontal
2. Cortex préfrontal latéral
3. Cortex ventromédian
4. Système limbique

²⁸ LE CERVEAU A TOUS LES NIVEAUX, disponible sur : <http://lecerveau.mcgill.ca>

Les études d'imagerie cérébrale ont aussi démontré que les patients atteints de dépressions sévères montrent une diminution du volume de leurs deux hippocampes. Il semblerait même que le degré d'atrophie de l'hippocampe soit proportionnel à la somme des durées des épisodes de dépression, et que les dépressions qui sont traitées rapidement n'entraînent pas cette diminution du volume de celle-ci. *L'hippocampe* est une structure du *système limbique*, qui fait partie intégrante de l'axe du stress et qui a permis d'avoir une meilleure vue d'ensemble du phénomène complexe de la dépression. Longtemps associé qu'au traitement cognitif de l'information, et en particulier de la mémoire, l'hippocampe est depuis plus récemment reconnu comme faisant partie intégrante des circuits contrôlant nos humeurs et nos émotions. Le fait que les patients en dépression ont souvent une variété de déficits mnésiques pointe aussi dans la direction d'une implication de l'hippocampe dans la dépression.

D'autres études portant sur des personnes ayant une forme familiale de dépression ont montré que le cortex ventromédian pouvait être jusqu'à 40 % plus petit chez les personnes souffrant de cette pathologie. En regardant au niveau cellulaire et en réfléchissant sur les causes de cette atrophie, on s'est rendu compte qu'à la place d'une diminution de la quantité de neurones, il s'agissait plutôt de la disparition des cellules gliales en très grand nombre. -Certaines cellules gliales comme les astrocytes ont pour fonction d'approvisionner les neurones en énergie, d'où une baisse d'activité prévisible si ces astrocytes viennent à manquer-.

Plusieurs expériences ont montré que ce « centre de contrôle des émotions » est presque inactif durant les phases de dépression -comme plusieurs autres régions du cortex préfrontal- mais devient hyperactif durant les phases maniaques d'un trouble bipolaire. La logique de ces deux états opposés est aussi observable au niveau de certains symptômes comme celui, pour les personnes en phase maniaque, de trouver du sens dans tout ce qu'elles font, par opposition à la perte de sens globale qui afflige la personne en dépression.

Une interprétation possible des études d'imagerie serait l'établissement d'un cercle vicieux entre diverses structures du système limbique suractivées durant la dépression.

On sait en effet que ces structures sont toutes inter-reliées par des voies nerveuses. *L'amygdale*, pouvant générer nombre d'émotions reliées à la peur, ferait surgir un sentiment négatif, les lobes préfrontaux réanimeraient des mauvais souvenirs correspondants à un tel sentiment, le cortex cingulaire antérieur nous empêcherait de penser à autre chose et le thalamus favoriserait l'activité des circuits qui formeraient cette «boucle de la dépression»

Le cortex cingulaire est une autre structure cérébrale qui semble impliquée dans la dépression. Cette région ancienne du cortex est située sur la route de nombreuses voies remontant du cerveau émotionnel limbique inconscient ainsi que sur celle d'autres voies descendantes, conscientes, et impliquées dans la planification de l'action, en provenance du cortex préfrontal. Chez les personnes en dépression, on a observé une baisse d'activité dans le cortex cingulaire.

La partie antérieure du cortex cingulaire, contrairement au reste de cette structure, devient quant à elle plus active durant une dépression. Bien que les fonctions du cortex (ou gyrus) cingulaire antérieur semblent très complexes, il semble qu'il agisse un peu

comme une interface entre les régions inférieures plus instinctives du cerveau et les conduites plus rationnelles du néocortex. Son activation chez le sujet normal contribuerait ainsi à focaliser notre attention sur certaines choses. Des choses en provenance souvent de notre propre corps, comme la douleur par exemple ou les sentiments négatifs dans le cas de la dépression.



Figure 3 : Le cortex cingulaire en jaune, et sa partie antérieure en orange. Coupe sagittale du cerveau²⁹

7.2. Les neurotransmetteurs impliqués dans la dépression

Les neurotransmetteurs sont des « messagers chimiques » libérés et permettant la communication entre les neurones.

La sérotonine est un messager chimique du système nerveux central impliqué dans plusieurs fonctions physiologiques comme le sommeil, l'agressivité, les comportements alimentaires et sexuels, ainsi que dans la dépression. Elle est produite par un groupe de neurones ; les neurones sérotoninergiques. Les corps cellulaires de ces neurones sont rassemblés en plusieurs noyaux situés dans le tronc cérébral. Une baisse de l'activité de ces derniers serait associée à diverses formes de dépression, en particulier celles conduisant au suicide.

A chaque fois que la sérotonine est relâchée dans une terminaison nerveuse, elle est soit recaptée, soit brisée en une autre molécule que l'on désigne comme un sous-produit de la dégradation de la sérotonine. Plus il y a de sérotonine dans le cerveau d'une

²⁹ LE CERVEAU A TOUS LES NIVEAUX, Supra

personne, plus il y aura donc de son sous-produit de dégradation dans le sang. Or celui-ci a souvent un taux inférieur à la normale dans le sang des personnes déprimées, ce qui suggère un niveau anormalement bas de sérotonine chez ces personnes.³⁰

Le taux de sérotonine d'une personne est contrôlé par ses gènes, ce qui pourrait expliquer l'incidence plus élevée de la dépression dans certaines familles –facteur génétique-. Mais le taux de sérotonine peut aussi être affecté par les soins parentaux reçus au début de la vie. Des expériences sur des singes ont montré que ceux qui n'avaient pas été élevés par leur mère (ce qui constitue un événement stressant pour eux) ont des taux plus bas d'un sous-produit de dégradation de la sérotonine dans leur sang. Ce plus faible taux persiste ensuite durant toute leur vie adulte, même chez les animaux qui avaient été éventuellement remis avec leur mère.

Il semble donc qu'une expérience traumatisante précoce –comme une privation des soins maternels en bas âge par exemple- peut réduire notre taux de sérotonine à un plus bas niveau qui persiste jusqu'à l'âge adulte, et peut être une cause potentielle de différents problèmes psychologiques, dont la dépression.

Il est cependant clair que la sérotonine n'est pas le seul neurotransmetteur impliqué dans la dépression. Il y a des liens étroits qui relient le système sérotoninergique au système noradrénergique dans le système nerveux central. La noradrénaline, est donc aussi impliquée dans la dépression.

8. Troubles cognitifs dans la dépression

A côté des symptômes de la dépression, de ses troubles associés et somatiques, et, découlant des études sur la physiopathologie de l'affection, nous retrouvons, comme il l'est prouvé depuis plusieurs décennies, des troubles cognitifs divers.³¹

Ces troubles affectent, d'une part, le contenu interne aux systèmes cognitifs eux-mêmes ; le traitement de l'information et les états mentaux par exemple.³² On retrouve, notamment, une perte de l'estime de soi, des indécisions, un pessimisme et un désespoir irréaliste, l'apparition de rêves lugubres, ainsi que des attitudes psychologiques globalement négatives ; ce qu'on appelle des distorsions cognitives. La psychologie cognitive s'y intéresse particulièrement. La restructuration cognitive, qui consiste à identifier les distorsions cognitives et à les confronter à la réalité est centrale dans la psychothérapie cognitive (thérapie cognitivo-comportementale).³³ Le concept de distorsion cognitive est différent de celui de biais cognitif développé dans d'autres champs de recherche de la psychologie.

³⁰ Ibid.

³¹ FRANCK. N. Remédiation cognitive, p.249

³² LE CERCLE PSY, La psychologie cognitive, disponible sur : <http://le-cercle-psy.scienceshumaines.com>

³³ PSYCHOMEDIA, Les distorsions cognitives, disponible sur : <http://www.psychomedia.qc.ca>

D'autre part, avec ces troubles des fonctions cognitives, nous retrouvons également des troubles affectant les structures et systèmes nécessaires au fonctionnement du cerveau ; essentiellement les fonctions exécutives, l'attention et la mémoire, et peuvent persister après la rémission de l'épisode dépressif. La neuropsychologie cognitive s'y intéresse et réalise de nombreux travaux à ce sujet. Elle correspond à une branche de la neuropsychologie qui ne concerne que ses rapports avec les facultés cognitives.³⁴ Récemment, une recherche a été fournie par une étudiante en orthophonie sur ce thème, posant la question de la valence affective qu'un sujet dépressif pouvait accorder à sa production verbale notamment.³⁵

Ces données découlent directement des acquis de la physiopathologie de la dépression. En effet, selon les régions cérébrales affectées, nous pouvons expliquer les troubles cognitifs rencontrés ; le cortex préfrontal gauche qui est altéré permet de se donner des objectifs en vue d'atteindre une récompense et de croire qu'on peut y parvenir, l'hippocampe est impliqué dans la variété de déficits mnésiques chez le patient en dépression ainsi que la mauvaise gestion des émotions et la partie antérieure du cortex cingulaire a quant à elle un lien avec l'attention, et plus précisément, l'attention sélective.

8.1. Psychologie cognitive : distorsions cognitives

Selon l'approche de la psychologie cognitive, c'est le traitement de l'information qui est perturbé chez le patient dépressif, et cela induit alors ce qu'on appelle des erreurs logiques : des productions d'interprétations exagérément lugubres des expériences vécues. Ces interprétations activées par des événements, aboutissent à des pensées négatives.

Le terme distorsion cognitive a été défini en 1967 par le psychologue américain Aaron Beck. Ce sont des schémas irrationnels dépressogènes qui entraînent ces interprétations négatives, selon lui.

Selon Beck donc, ce qu'il a appelé la triade cognitive dépressive, désigne une classe de trois types de pensées négatives et automatiques, présentes dans la dépression :

- Les cognitions sur soi ; « je suis nul ».
- Les cognitions sur l'environnement (le monde, l'entourage) ; « Le monde est horrible ».
- Les cognitions sur l'avenir ; « A quoi bon ? », « Je ne m'en sortirai jamais ».³⁶

Les croyances de bases, inflexibles et inconditionnelles, se développent surtout dans l'enfance à partir d'expériences personnelles et sont souvent non reconnues par le sujet. Ce sont elles qui seraient à la base des interprétations biaisées.

³⁴ SANTE-MEDECINE, La neuropsychologie cognitive, disponible sur : <http://sante-medecine.commentcamarche.net>

³⁵ ADELL. H, La flexibilité mentale dans la dépression unipolaire, 93p.

³⁶ Ibid.

Nous retrouvons différents types de distorsions cognitives, fondées par les croyances de base :

La pensée dichotomique : Pour le sujet, les choses sont noires ou blanches, bonnes ou mauvaises. L'individu ne peut vivre qu'un échec ou un succès complet. « Si je ne suis pas le meilleur, je suis nul ».

L'abstraction sélective : La personne ne remarque et ne tient compte que des faits confirmant ses croyances. Elle peut ne se concentrer que sur des détails négatifs en négligeant un ensemble globalement positif.³⁷

La surgénéralisation : A partir d'un seul incident, la personne peut tirer des conclusions de portée générale. Par exemple, avec un échec à un examen, elle se persuade qu'elle « n'arrive jamais à rien ».

La personnalisation : Elle consiste à surestimer les relations entre les événements défavorables et l'individu. Le sujet se sent responsable personnellement de la vulnérabilité individuelle, de l'échec, de l'incapacité, de la dépendance, de l'agressivité et/ou de l'indifférence des autres.³⁸

La maximalisation des erreurs et la minimalisation des réussites : les points forts et les réussites de la personne sont considérées comme sans importance alors que les échecs et les difficultés prennent une place démesurée.

L'inférence arbitraire : Le sujet tire des conclusions sans preuve, sans données suffisantes pour vérifier la véracité des faits. Par exemple, la personne pense de manière arbitraire n'être aimée de personne.

Les schémas irrationnels dépressogènes ou schémas cognitifs, peuvent être définis, selon Neisser (1976), comme des représentations non spécifiques de l'expérience qui facilitent le rappel mnésique mais entraînent en même temps des distorsions systématiques des constructions mentales. « Un ensemble de croyances sur soi et le monde, qui constituent des structures stables, acquises, élaborées en fonction des expériences passées et qui influencent le traitement de l'information. »³⁹Ces schémas donneraient donc un sens dépressif au vécu, et seraient souvent des auto-injonctions du type « Ma valeur dépend de ce que pensent les autres » (impératifs catégoriques). Ils sont inconscients et automatiques.

Du côté de la psychologie du développement, Piaget étudie en 1964 les premiers processus des schémas cognitifs par la dialectique de l'assimilation et l'accommodation. L'assimilation représente ce mouvement vers le centre du sujet au cours duquel toute information ne sera retenue que si elle va dans le sens des hypothèses contenues dans les schémas ou alors transformée pour la rendre compatible avec elles. A l'inverse,

³⁷ PALAZZOLO, J. Dépression et anxiété, mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge, p.26

³⁸ BLACKBURN. I-M, COTTRAUX. J. Thérapie cognitive de la dépression, p.29

³⁹ BIOY. A, FOUQUES. D. Psychologie clinique et Psychopathologie, p.179

l'accommodation aboutit à une modification des schémas pour les rendre compatibles à la réalité extérieure à laquelle le sujet doit adapter ses systèmes de pensée. Dans la dépression, la tendance à l'assimilation demeurerait la plus puissante. Le patient dépressif ne pourrait donc pas accommoder et modifier ses schémas en fonction d'un raisonnement plus réaliste, plus nuancé et décentré. Les distorsions cognitives continueraient toujours dans le même sens autocentré et assimileraient ainsi constamment au schématisme négatif les événements, au lieu de les accommoder. Cela s'expliquerait par la présence « d'heuristiques cognitives » qui seraient des jugements rapides sur les événements dans des conditions d'incertitude.

Les événements ou « produits » cognitifs représenteraient le résultat du traitement de l'information par les schémas. Ils seraient donc des dialogues internes, des monologues intérieurs et des autoverbalisations. Dans le cas de la dépression, marquée par les ruminations et la « négativité », ces pensées seraient particulièrement dépréciatives et anxieuses.

D'autres travaux ont été effectués sur l'interprétation des événements cognitifs, basés sur les attributions, qui sont des explications de causalité biaisées, réalisées par la personne dépressive. Le sujet élaborerait des explications incertaines et arbitraires pour telle situation ou acte extérieur. Cela rejoindrait la notion « d'impuissance apprise » mise au point par Seligman à travers une expérience avec des chiens. Le modèle de Seligman est fondé sur l'idée selon laquelle un comportement privé de conséquences positives finirait par s'éteindre, de même avec une surcharge d'événements négatifs.

En 1975, Martin Seligman, chercheur en psychologie, élaborait une étude en choquant électriquement une population de chiens placés dans une boîte à deux compartiments. L'un des deux compartiments représentait un « abri » sans chocs électriques auxquels les chiens pouvaient échapper. Après avoir « choqué » la moitié de ces chiens inévitablement, il les replaça dans une boîte à deux compartiments où la possibilité de l'abri était redonnée. Avec une population contrôle, les résultats de leurs comportements montrèrent que les chiens choqués inévitablement avaient désappris par la suite la possibilité de s'en protéger et se contentaient donc d'en souffrir, à l'inverse des chiens qui n'avaient pas subi le même traitement inévitable. C'est ce que Seligman appela « l'impuissance apprise » dans le modèle expérimental de la dépression.

8.2. Neuropsychologie cognitive : mémoire, fonctions exécutives et attention

8.2.1. Systèmes de mémoire

La mémoire ne se résume pas à une simple capacité d'enregistrer, de conserver et de restituer. Elle est une identité sociale de base pour interagir et partager et tous les actes de la vie quotidienne qui font appel à elle. Elle est nécessaire à nos interactions et à notre vie en société car nous avons besoin de partager les informations que l'on acquiert. La mémoire dépend de plusieurs mécanismes et différents facteurs entrent en jeu pour la moduler. Ainsi par exemple ; la charge émotionnelle liée à la situation entre en jeu dans la rétention d'informations (motivation, stress, facteurs émotionnels et affectifs, etc.). Elle

est sélective ; nous établissons un tri en fonction des informations les plus pertinentes afin de maintenir une attitude prospective. Enfin, elle dépend également d'une dynamique temporelle car nous avons des obligations temporelles pour apprendre et retenir.

Selon les conceptions classiques de la mémoire, elle serait divisée en trois étages :

La mémoire sensorielle : elle sert à filtrer les informations et à pérenniser certaines d'entre elles.

La mémoire à court terme : Elle sert principalement à vérifier que l'information est pertinente, la traite et l'évacue dans le long terme ou l'annihile en trois minutes. Aussi elle bloque et stocke les informations nécessaires.

La mémoire à long terme : système de stockage illimité où l'on retrouve les informations pertinentes sélectionnées.

Le modèle de Tulving de 1994 présente les 5 systèmes de mémoire (plus on descend vers la base de la pyramide, plus le système est primitif) :

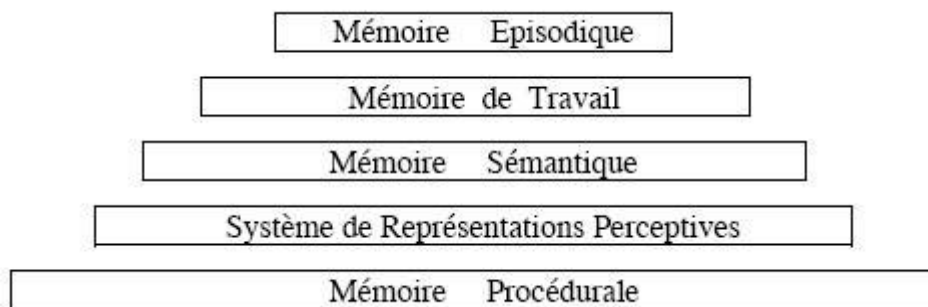


Figure 4 : Le modèle de Tulving 1994 ⁴⁰

Mémoire explicite : Mémoire épisodique, Mémoire de Travail

Mémoire implicite : Mémoire sémantique, Mémoire procédurale

La mémoire épisodique : Il s'agit du vécu autobiographique, ce qui fait notre identité, la chronologie des événements.

La mémoire de travail : Sert au maintien temporaire et à la manipulation des informations qui servent au calcul mental et à la lecture par exemple.

La mémoire sémantique : L'ensemble des connaissances culturelles apprises.

⁴⁰ KROLAK-SALMON, P. THOMAS-ANTÉRION, C. Fonctions exécutives, attention et mémoire de travail au cours du vieillissement. p. 3-6

Système de représentation perceptif: Il s'agit du savoir inconscient, implicite, sans acquisition consciente.

Mémoire procédurale : L'ensemble des apprentissages d'habiletés tels que faire du vélo, attacher sa ceinture, les praxies et les opérations.

La mémoire épisodique (Tulving, 1974) est un système à capacité illimitée destiné au stockage d'informations vécues, autobiographiques, comme se souvenir du nom de son instituteur de l'école primaire, du repas de la veille au soir à la cantine, du nom de son voisin, etc. À mesure qu'ils se répètent, certains souvenirs épisodiques (événements) deviennent des souvenirs sémantisés (représentants une connaissance générale sur soi).

La mémoire autobiographique a souvent été assimilée à la mémoire épisodique, c'est-à-dire la mémoire des événements qui se sont produits.⁴¹ Or différents arguments, expérimentaux et cliniques, ont montré que la mémoire autobiographique est constituée, certes, de la mémoire épisodique, mais aussi de la mémoire sémantique, qui concerne un savoir général sur sa propre vie. La mémoire autobiographique regroupe donc à la fois les connaissances générales sur son passé, mais aussi des adresses, ce qui relève de la composante sémantique, ainsi que des événements spécifiques, datés et localisés, qui font partie de la composante épisodique et sont associés à un ensemble de détails perceptifs et sensoriels (images, émotions, odeurs, sensations, perceptions...).

C'est encore à Tulving (1972) que l'on doit la distinction mémoire sémantique/mémoire épisodique. Tulving a cependant fait évoluer ce concept (Eustache, 1996) en présentant la mémoire sémantique sous la forme d'un modèle hiérarchique qui postule en emboîtement de différents systèmes : épisodique > sémantique > procédurale.⁴²

La mémoire de travail, définie par Baddeley en 1986 est un système à capacité limitée destiné au maintien temporaire et à la manipulation d'informations pendant la réalisation de tâches cognitives de compréhension, de raisonnement, de résolution de problèmes, etc. Elle permet de traiter deux ou plusieurs informations en simultanée. Elle correspondrait à la mémoire à court terme et son fonctionnement se base sur le contrôle de l'attention.

8.2.2. Troubles mnésiques dans la dépression

La perturbation du traitement de l'information implique également des difficultés d'encodage mnésique puisque les systèmes attentionnels et de mémoire entrent en jeu dans ce traitement. C'est ainsi que s'expliquent les nombreuses plaintes de troubles de la mémoire exprimées par les patients dépressifs. De manière générale, le sujet restitue moins d'éléments appris ou vécus antérieurement, notamment à cause de la charge affective associée par exemple.

⁴¹ CERVEAU ET PSYCHO, La mémoire autobiographique, disponible sur : <http://www.cerveauetpsycho.fr>

⁴² GAILLARD, M-J. HANNEQUIN, D. CROCHEMORE, E. *et al.* Mémoire sémantique: aspects théoriques. *Rééducation orthophonique*, p. 11

Les déficits et les biais de mémoire sont certainement les aspects du fonctionnement cognitif les plus étudiés chez les sujets dépressifs. Les recherches et études effectuées montrent globalement qu'il existe un lien significatif entre l'importance de la symptomatologie dépressive et l'importance des plaintes mnésiques. Kalska et al⁴³ ont montré notamment en 1999 que plus de 60% des personnes interrogées rapportent que leurs problèmes de mémoire occasionnent de réelles difficultés dans leur vie quotidienne. En effet, les difficultés de mémoire des personnes dépressives concernent en fait des activités mnésiques quotidiennes faisant intervenir surtout des processus contrôlés, au vu des résultats de certaines études. –MacQueen et al. (2002)-. Il apparaîtrait cependant que les plaintes de mémoire seraient liées à la sévérité de la symptomatologie dépressive mais qu'elles ne seraient pas complètement reliées aux performances objectives de mémoire.

Les résultats aux tâches de mémoire explicite en rappel libre (Danion et al. 1991) montrent que les personnes rappellent beaucoup moins de mots que la population de contrôle, les sujets tout-venants et ce, plus lentement. On demande aux personnes de se souvenir d'une liste de mots, et d'en rappeler ensuite le plus possible, que ce soit immédiatement –rappel immédiat- ou après un moment –rappel différé-.

Il semble que la mémoire implicite soit également touchée (Elliot et Greene, 1992), bien que certains auteurs et de récentes études affirment le contraire.⁴⁴ Il semblerait que la dépression soit associée à un déficit de traitement conceptuel, que celui-ci soit exploré explicitement ou implicitement.

Avec les études et recherches effectuées dans ce domaine, nous notons spécifiquement un lien entre la sévérité de la dépression, les performances de l'individu et un traitement cognitif nécessitant beaucoup de ressources cognitives. Nous savons également qu'il y a une influence non négligeable des ruminations dépressives sur le fonctionnement de la mémoire, ainsi que de l'attention, ce qui altère les capacités cognitives en général. Les déficits de mémoire seraient donc liés aux difficultés à mettre en œuvre des stratégies adaptées à la tâche à réaliser à cause d'une baisse des ressources de traitement. Le ralentissement en général, psychomoteur et intellectuel, dont est frappé le patient dépressif, joue évidemment un rôle important dans ce domaine.

La congruence à l'humeur est cette idée que les troubles mnésiques du patient dépressif seraient sensibles à l'humeur. Comme expliqué plus haut, les sujets auraient une récupération privilégiée de souvenirs négatifs. C'est ce que montre Teasdale en 1983 ; un haut niveau de dépression induirait un rappel de souvenirs déplaisants significativement plus nombreux que les souvenirs plaisants. Ce phénomène expliquerait le développement et/ou le maintien d'un état dépressif. Les biais mnésiques de congruence à l'humeur découleraient des schémas négatifs (théorie de Beck, 1967).

Les contenus positifs sont présents dans l'organisation schématique des individus dépressifs (Dozois et Dobson, 2001), mais ils sont moins facilement accessibles que les contenus négatifs.

⁴³ VAN DER LINDEN .M, CESCHI G. Traité de psychopathologie cognitive, p.176

⁴⁴ Ibid. p.179

La mémoire autobiographique est, quant à elle, a priori touchée dans la dépression. Il s'agit d'un système de mémoire à long terme qui permet de se souvenir des faits personnels vécus, mais également des « faits propres à l'apprentissage sémantique comme le lieu de naissance ».⁴⁵ Lloyd et Lischman ont mis en évidence en 1975 une corrélation entre la sévérité de la dépression et la rapidité avec laquelle un souvenir négatif est récupéré. Il y aurait une lenteur de récupération chez ces patients. De surcroît, nous parlons de déficit de spécificité dans la dépression. En effet, les sujets dépressifs récupèrent moins de souvenirs spécifiques que des sujets sans pathologie. Ils récupèrent des souvenirs généraux.

Selon de récentes études, il semblerait que la mémoire de travail soit également atteinte⁴⁶, notamment à cause du ralentissement global lié à la dépression et au défaut d'inhibition des pensées négatives.

8.2.3. Troubles exécutifs et attentionnels

Selon Christensen et al. (1997), ayant étudié les capacités de mémoire, d'attention et le fonctionnement exécutif des personnes dépressives, il apparaîtrait que ces personnes présentent des déficits cognitifs dans tous les domaines explorés. Les personnes hospitalisées et plus âgées présenteraient plus de déficits que les plus jeunes et que celles suivies en ambulatoire.

8.2.4. Troubles des fonctions exécutives

L'évaluation des troubles cognitifs dans la dépression⁴⁷ a donné lieu à de nombreux travaux qui ont démontré la prédominance des déficits mnésiques et des troubles des fonctions exécutives dans cette affection.

a. Description des fonctions exécutives

Les fonctions exécutives recouvrent un ensemble de processus cognitifs permettant de réguler le comportement. Elles sont sollicitées dans les situations nouvelles non routinières pour contrôler l'action afin d'atteindre un but particulier. Les fonctions exécutives mettent en œuvre un grand nombre de composantes comme la supervision attentionnelle, la flexibilité, l'inhibition, la planification, la mémoire de travail, la résolution de problème, la génération d'hypothèses, le raisonnement abstrait, l'estimation cognitive ainsi que la programmation, le contrôle et l'initiation de l'action. Les fonctions

⁴⁵ ADELL. H, La flexibilité mentale dans la dépression unipolaire, p.38

⁴⁶ BLACKBURN. I-M, COTTRAUX. J. Thérapie cognitive de la dépression, p. 250

⁴⁷ FOSSATI P. ERGIS A.-M. ALLILAIRE J.-F. Neuropsychologie des troubles des fonctions exécutives dans la dépression : une revue de la littérature = Executive functioning in unipolar depression: A review, pp. 97-107

exécutives sont principalement associées au bon fonctionnement du lobe frontal mais leur activation met également en jeu un vaste réseau cortical et sous-cortical.⁴⁸

Les fonctions exécutives sont donc des facultés cognitives indispensables pour une vie quotidienne autonome. Nous retrouvons la prise en charge des besoins, et de l'environnement. Grâce à elles, l'individu est capable d'organiser des actions, de planifier, de suivre des actions, d'adapter et de modifier des mouvements et des pensées permettant la résolution de problèmes plus ou moins complexes. Elles se divisent en quatre catégories⁴⁹ :

La volition : permet de prendre des initiatives, de formuler des projets et d'avoir la conscience de soi et du monde.

La planification : faire des choix en tenant compte de la cohérence d'un plan établi pour mener à bien une action, tout en maintenant l'attention dans ce but.

L'action dirigée vers un but : programmation et productivité.

L'efficacité des actes : Le contrôle de la qualité des réponses.

b. Les fonctions exécutives dans la dépression

Les déprimés sembleraient montrer des déficits principalement dans les tâches de planification, de résolution de problèmes et nécessitant la mise en jeu d'une inhibition. Les troubles exécutifs dans la dépression sont associés à des dysfonctions du cortex préfrontal.

Dans *Fonctions exécutives et pathologies neurologiques et psychiatriques*⁵⁰, P.H. Robert et E. Michel ont évalué les troubles des fonctions exécutives dans la dépression. Il en ressort, pour commencer, la mise en évidence de l'inhibition des processus automatiques. Il y aurait, en effet, une augmentation de la sensibilité à l'interférence, et particulièrement chez les patients très ralentis. L'hypothèse est qu'il existerait chez le déprimé une diminution des ressources cognitives qui augmenterait le temps de réponse dans des situations où sont mises en jeu les opérations d'inhibition.

Nous retrouvons également une baisse des performances aux tests évaluant la flexibilité mentale, et ce, dans différentes populations de patients dépressifs.

La planification est souvent évaluée par le test de la tour de Londres notamment, ou encore le dessin d'une bicyclette ou des jeux de construction. À titre d'exemple, la tour de Londres consiste à reproduire l'ordre d'arrangement de perles d'un support vers un autre

⁴⁸ DELIRY, B. DUVAL, M, Analyse et entraînement des performances verbales de haut niveau, dont l'humour, dans le syndrome dysexécutif : présentation de deux études de cas, p.19

⁴⁹ ADELL. H, Supra p.43

⁵⁰ P.H. ROBERT, E. MICHEL. Les troubles des fonctions exécutives dans les pathologies psychiatriques, p. 172-174

en réalisant le moins de mouvements possibles. Le but étant donc de tester la capacité du patient à juger d'une situation et à faire des choix en fonction, tout en maintenant son attention sur le but visé, et en suivant la progression méthodique qu'il s'est fixé. Les patients auraient surtout des difficultés après le premier déplacement avec une augmentation du temps de latence. Le profil est assez proche de patients présentant une atteinte frontale et évoque essentiellement des difficultés dans la planification de la solution. Dans l'ensemble, les déprimés seraient plus lents à effectuer la tâche, avec plus de mouvements, par rapport à la population contrôle. Les résultats observés chez ces patients pourraient être aussi secondaires à ce qu'on appelle une « réaction catastrophique » qui entraîne une dégradation de la performance après une erreur de déplacement ; une sorte de feedback négatif. Cela affecte donc la précision de la performance, mais pas le temps de réaction.

Au niveau de la fluence verbale, les sujets déprimés produiraient moins de mots que les sujets contrôles, spécialement en fluence catégorielle. Il semble que ceci soit moins le cas en fluence formelle.

8.2.5. Troubles attentionnels

a. Qu'est-ce que l'attention ?

L'attention se définirait comme la sélection et le maintien dans la conscience d'un évènement extérieur ou d'une pensée. Dans ce cas, l'information sera traitée d'une manière plus élaborée, moins routinière. On y note deux aspects : l'intensité de l'alerte – vigilance et attention soutenue- et la sélectivité de l'attention –qui peut être focalisée ou divisée-. Nous distinguons donc l'*attention soutenue et vigilance* qui est la capacité à maintenir un certain niveau d'éveil et d'alerte suite à un effort mental, de l'*attention focalisée ou sélective* qui permet d'inhiber les distractions au cours de la réalisation d'une tâche et de l'*attention divisée* permettant de fixer simultanément son attention en plusieurs stimuli.

b. L'attention dans la dépression

Nous parlons dans la dépression d'une mauvaise gestion des ressources attentionnelles (Ellis et Ashbrook, 1988) notamment à cause d'un défaut d'inhibition des interprétations négatives par exemple. La perturbation du contrôle attentionnel serait effectivement la conséquence « d'habitudes de pensées négatives », qui conduisent la personne au traitement préférentiel de données « négatives », comme dans les ruminations. Le mode ruminatif est en effet le mode de régulation émotionnelle privilégié du sujet en dépression. En effet, ces idées noires, ces pensées automatiques accaparent toute l'attention et l'énergie de la personne et affectent le fonctionnement mnésique et exécutif, comme cité au-dessus.

« Les études portant sur les biais attentionnels dans la dépression ont principalement employé les tâches de Stroop émotionnel, les tâches de détection de cibles et les tâches de déploiement de l'attention »⁵¹. Le test de Stroop met en compétition les processus automatiques et contrôlés en mesurant la sensibilité à l'interférence sémantique et la capacité à inhiber des réponses non pertinentes. Par exemple, la personne doit dire le plus rapidement possible la couleur de l'encre avec laquelle est écrit un stimulus. On parle de congruence lorsque le mot écrit correspond à la couleur de l'encre comme « bleu écrit en bleu ». De même, il s'agit de l'inverse dans la condition incongruente ; « bleu écrit en rouge ». Ce test cible la capacité d'inhibition qui est altérée dans la dépression, et donc l'attention sélective. Les personnes dépressives sembleraient donc réaliser plus d'erreurs à ce test que les sujets « tout-venants » et auraient un temps de réaction plus élevé.⁵²

9. Les types de traitements

Le traitement approprié pour ce syndrome doit être ajusté. Il doit dépendre de chaque sujet et de sa symptomatologie, cependant, le plus souvent, il s'agit d'un traitement global prenant en compte plusieurs types de mesures.

9.1. Les traitements médicamenteux

Le médicament antidépresseur est avec la psychothérapie, le traitement dominant dans la prise en charge de la maladie ; il en existe plusieurs types et de plusieurs familles différentes, chacun agissant sur un ou plusieurs neurotransmetteurs particuliers. Il n'est pas toujours utilisé pour soigner la dépression mais également l'anxiété, par exemple. Il y a donc quatre grandes familles principales : les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (ISRSNA), les tricycliques et tétracycliques.

Les effets indésirables les plus fréquemment rencontrés avec les antidépresseurs sont l'insomnie et la somnolence. Des troubles digestifs et/ou une prise de poids peuvent survenir occasionnellement avec certaines molécules. Un traitement antidépresseur est poursuivi pendant une durée allant généralement de six mois à un an.⁵³

9.1.1. Les Inhibiteurs de la Monoamine oxydase (IMAO)

Les IMAO font partie des premiers antidépresseurs utilisés dans le traitement de la dépression. Ils ne sont plus beaucoup usités de nos jours à cause de l'importance des

⁵¹ VAN DER LINDEN .M, CESCHI .G. Traité de psychopathologie cognitive, p.196

⁵² ADELL. H, La flexibilité mentale dans la dépression unipolaire, p. 46

⁵³ AGENCE NATIONALE DE SECURITE DU MEDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTE (ANSM), disponible sur : ansm.sante.fr

effets secondaires, dont la liste est assez conséquente. Comme son nom l'indique, ce médicament permet de bloquer l'enzyme, la monoamine oxydase, afin de favoriser la présence de sérotonine et de noradrénaline. Les molécules contenues dans les IMAO sont par exemple, la phénelzine et la tranylcypromine.

9.1.2. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)

Les ISRS sont aussi appelés antidépresseurs sérotoninergiques. Ces médicaments permettent de réduire la recapture de la sérotonine dans le neurone pré-synaptique⁵⁴. Cette action permet alors de compenser un taux de sérotonine plus bas chez les personnes déprimées. Parmi les ISRS on trouve notamment la fluoxétine, la paroxétine, le citalopram ou encore la sertraline. Ils produisent moins d'effets secondaires que les IMAO mais on peut tout de même observer des nausées, diarrhées, maux de tête et baisses de libido ou encore un syndrome sérotoninergique.

9.1.3. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA)

Les IRSNA quant à eux, inhibent de façon sélective la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. Cette famille d'antidépresseurs comporte peu d'effets secondaires, par similarité avec les ISRS. On retrouve les molécules de la venlafaxine et de la duloxétine dans cette famille notamment.

9.1.4. Les tricycliques et tétracycliques

Ces substances diminuent la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, et bloquent en parallèle les récepteurs de l'acétylcholine et l'histamine⁵⁵. On observe des effets indésirables fréquents mais qui diminuent progressivement ; sécheresse buccale, constipations, troubles de la vision, rétention urinaire.

9.2. Les traitements non médicamenteux

La psychothérapie est considérée, au même titre que le traitement médicamenteux comme un traitement à part entière de la dépression, et de nombreuses études ont prouvé son importance et son efficacité. Elle travaille sur les signes psychiques de la maladie. Il existe différents types de psychothérapie basées sur des formes variées d'interventions mais les fondements de la démarche restent les mêmes.

⁵⁴ LE CERVEAU A TOUS LES NIVEAUX, disponible sur : <http://lecerveau.mcgill.ca>

⁵⁵ GRANGER, B. La psychiatrie d'aujourd'hui, *du diagnostic au traitement*, p.302

La psychothérapie est fondée sur un échange entre deux personnes ; le thérapeute et le patient, permettant au patient de comprendre les causes de ses souffrances et de modifier petit à petit la vision qu'il porte sur le monde afin de le soulager de celles-ci.

Il en existe plusieurs de différentes inspirations : les psychothérapies de soutien, les thérapies cognitivo-comportementales, les thérapies interpersonnelles, les thérapies systémiques –familiales-, les thérapies psychanalytiques.

9.2.1. Psychothérapies de soutien

Cette psychothérapie est la plus pratiquée par les professionnels de santé. Elle vise à améliorer les mécanismes de défense et apaiser les conflits inconscients. Le but est d'aider le patient à comprendre les causes de son mal et sa maladie, de solliciter l'entourage et les relations inter-personnelles et de fixer des objectifs accessibles.⁵⁶

9.2.2. Thérapies cognitivo-comportementales(TCC)

C'est une forme de thérapie récente qui se base sur plusieurs modèles (de Seligman, de Beck). La théorie sous-jacente est que la maladie et les comportements inadaptés qui en découlent sont fondés sur des croyances inadaptées, et le travail du thérapeute sera donc de fournir au patient d'autres modèles de croyances, afin pour lui de vivre mieux. Le travail cible donc les distorsions et erreurs cognitives afin de les « réparer » et d'assouplir les schémas et postulats du sujet.⁵⁷

9.2.3. Thérapies interpersonnelles (TIP)

Cette thérapie est considérée avec la TCC comme l'une des plus efficaces dans la dépression. Elle est récente et encore peu usitée en France. La théorie est que les problèmes psychiques trouvent leurs origines dans les conflits et difficultés inter-relationnelles. Le but est donc d'aider les patients à acquérir des outils pour gérer d'une meilleure façon leurs relations inter-personnelles, et ce faisant, réduire ainsi leurs difficultés psychiques.⁵⁸

9.2.4. Thérapies systémiques ou familiales

La théorie ici est que la dépression est liée à des insatisfactions et à des problèmes relationnels que le sujet entretient avec les personnes de son entourage (thérapies familiales, de couple). C'est cela qui est appelé le système. Le but est donc d'identifier les

⁵⁶ DE PERROT, E. La psychothérapie de soutien, *une perspective psychanalytique*, 232p.

⁵⁷ PALAZZOLO, J. Dépression et anxiété, mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge, p.42

⁵⁸ E-PSYCHIATRIE, Les différents types de thérapies, disponible sur : E-psychiatrie.fr

interactions conflictuelles et difficiles afin de les comprendre et d'y réfléchir. Cela représente donc une prise en charge globale du patient par le thérapeute.

9.2.5. Psychanalyse

La thérapie psychanalytique, aussi appelée psychodynamique, vise à reconnaître les processus et les conflits inconscients en jeux dans l'expression et l'établissement de la maladie. Il y a une recherche des origines du symptôme du sujet en passant par l'analyse de son Moi profond, et cela est réalisé par le patient lui-même, accompagné de son psychanalyste.

9.3. Autres traitements

9.3.1. La sismothérapie

La sismothérapie ou électroconvulsivothérapie (ECT) est utilisée dans le cas de dépressions sévères ou résistantes. Il s'agit de « déclencher à l'aide d'un courant électrique, une stimulation cérébrale responsable d'une crise d'épilepsie de type grand mal. »⁵⁹ La crise est provoquée sous anesthésie générale et la répétition de ces crises est jugée bénéfique pour le sujet. Le traitement se réalise deux fois par semaine pendant six semaines. En première intention, l'ECT est proposée pour les « patients atteints de dépressions majeures ou psychotiques ou lorsque le pronostic vital est engagé (risque suicidaire, altération grave de l'état général) ». En deuxième intention, lorsque les antidépresseurs ont échoué ou ont été mal tolérés. L'efficacité de ce traitement a pu être démontrée, à court, moyen ou long terme. Cependant, il existe tout de même des effets secondaires et indésirables. Nous retrouvons des troubles immédiats transitoires (confusion, amnésie, céphalées, nausées, douleurs musculaires) et d'autres qui peuvent être durables comme les troubles mnésiques (amnésie rétrograde).

9.3.2. RTMS : stimulation magnétique transcrânienne

La stimulation magnétique transcrânienne est indiquée aux malades qui ne répondent pas ou partiellement aux traitements (pharmacologiques ou thérapeutiques). « Le principe de cette technique est fondé sur la capacité des champs magnétiques à moduler durablement l'activité cérébrale ».⁶⁰ Chez les patients déprimés, l'action va cibler le cortex préfrontal gauche. Un stimulateur délivre des impulsions magnétiques à travers une petite bobine électromagnétique dirigée vers le scalp et focalisée sur la zone cérébrale choisie. Un courant électrique intense génère un champ magnétique de la puissance de ceux développés par une IRM. Le champ magnétique traverse la boîte

⁵⁹ ROUX, P, CLINEA LYON LUMIERE, MEYZIEU, *Indications de la sismothérapie*, disponible sur : www.lesjeudisdeleurope.org

⁶⁰ UNAFAM, Une technique prometteuse : la stimulation magnétique transcrânienne, p.15

crânienne et la stimulation augmente la libération de la dopamine et de la sérotonine notamment. Les risques semblent limités, nous notons des acouphènes et des céphalées transitoires. Le traitement se réalise en plusieurs séances par semaine pendant une à six semaines selon les cas. Les résultats sont plutôt encourageants, environ un patient sur deux répond au traitement.

9.3.3. Traitements alternatifs innovants

Des substances naturelles, produites directement dans le cerveau contribuent à agir positivement sur l'humeur. C'est pour cela que certains psychiatres préconisent, pour des patients en phase d'amélioration ou atteints de dépression modérée, une hygiène de vie rigoureuse comprenant une activité physique régulière par exemple. Celle-ci libère des endorphines qui possèdent un effet analgésique bénéfique.

Il est souvent conseillé contre toute attente de « prendre le soleil », surtout pour les patients atteints de dépression saisonnière. C'est ainsi que s'est développé l'usage de la luminothérapie.⁶¹ La luminosité, en effet, améliore le moral. «Elle agirait au niveau de l'épiphyse, glande située dans le cerveau et synthétisant une neurohormone appelée mélatonine ». La mélatonine serait présente en trop grande quantité chez les patients atteints de dépression saisonnière et l'absence de luminosité dérèglerait l'horloge biologique, qui serait rétablie après quelques séances. Il est donc conseillé de s'exposer quatre à cinq fois par semaine. Les résultats se font ressentir assez rapidement et durablement selon la fréquence d'exposition. Il y a cependant certaines contre-indications.

Certains médecins et psychiatres préconisent quant à eux des traitements alternatifs assez innovants.⁶² On nous parle alors de l'apport de l'acupuncture, des omégas-3, de la présence d'un animal de compagnie et de la méditation de pleine conscience par exemple.

10. Chronicisation de l'état

Malgré les traitements préconisés, le trouble dépressif unipolaire est un trouble récurrent, puisque « 80 % des patients ayant présenté un premier épisode de dépression majeure présenteront un nouvel épisode dans les quinze années suivantes »⁶³. De fait, environ 50% à 60% des cas rechutent dans l'année suivant le premier épisode. Les épisodes chroniques représenteraient 10 % à 20 % des épisodes dépressifs majeurs.

⁶¹ PALAZZOLO, J. Dépression et anxiété, mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge, p.58

⁶² SERVAN-SCHREIBER, D. Guérir, *le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments*, 301 p.

⁶³ CORRUBLE, E. Dépression récurrente et événements de vie : de la clinique à de nouveaux modèles explicatifs ? p.983

10.1. Evolution et différents temps dans la dépression

La durée d'un épisode dépressif peut varier de quelques jours à quelques mois voire des années. Il dure en moyenne de six mois à un an.

Ce que l'on appelle la « *réponse* » correspond à l'amélioration des symptômes sous traitement.⁶⁴ « Les patients « *répondeurs* » sont ceux dont la note totale à l'échelle de dépression de Hamilton a diminué d'au moins 50% après six à huit semaines de traitement antidépresseur ». Les patients qui présentent une *réponse partielle* sont donc ceux dont la note totale à l'échelle a logiquement diminué de 20 % à 50 % après six à huit semaines de traitement. Dans les essais d'efficacité des traitements en général, environ 1/3 des patients sont non répondeurs, 1/3 sont répondeurs partiel et 1/3 ont une réponse satisfaisante.

Le concept de *rémission* est, quant à lui, caractérisé par la réponse après huit à douze semaines de traitement antidépresseur. On parlera de *rémission complète* si « la note totale obtenue à l'échelle de dépression de Hamilton (version 17 items) est inférieure ou égale à sept pendant une période d'au moins deux semaines » – c'est cette population qu'il nous intéressera de tester dans notre étude-. En pratique, environ la moitié des patients répondeurs, soit 1/3 des patients initialement traités, obtiennent une rémission complète.

La *rémission complète* est définie par l'absence de plus de deux semaines de symptômes ou par la présence de quelques symptômes minimes : un à deux symptômes de faible intensité, au maximum. La *rémission partielle* se définit, quant à elle, par la présence de deux à quatre symptômes parmi les neuf critères définissant l'EDM, et par une note totale à l'échelle de dépression de Hamilton (version 17 items) comprise entre huit et quatorze. Ainsi 1/4 à 1/3 des patients n'auraient qu'une rémission partielle de leurs symptômes après six à huit semaines de traitement.

Enfin, nous parlons alors de *guérison* lorsqu'il y a persistance d'une rémission complète pendant une période de quatre à six mois.

Cependant, l'absence de symptômes dépressifs ne suffit pas toujours à définir le retour à l'état antérieur. En effet, le retour à l'état antérieur en termes d'adaptation sociale ou de qualité de vie peut nécessiter plus de temps que la normalisation symptomatique, et d'ailleurs il peut subsister des symptômes qui persistent.

10.2. Récurrence

La récurrence ou rechute dépressive est définie par la réapparition, au cours d'un même épisode dépressif, et ce après leur amélioration, de symptômes dépressifs. Ainsi, la rechute ne peut survenir qu'après rémission et avant la guérison.

⁶⁴ CORRUBLE, E. Dépression : concepts actuels

L'existence d'au moins une récurrence ou récurrence dépressive définit le trouble dépressif récurrent : la succession chez un même sujet, d'au moins deux épisodes dépressifs majeurs unipolaires distincts et séparés par une période d'au moins deux mois. Plus de 80 % des troubles dépressifs unipolaires sont des troubles récurrents.

On parle de dépression résistante lorsque la réponse est insuffisante après deux traitements antidépresseurs de classe différente bien conduits, c'est-à-dire à posologies efficaces et pendant une durée suffisante –au moins six semaines-. 15 % à 20 % des épisodes dépressifs majeurs sont résistants au traitement. Il y a certaines dépressions résistantes qui résistent à la psychothérapie également, bien qu'il soit généralement admis que celle-ci soit efficace dans 80% des cas. La RTMS est aussi suggérée en cas de résistances, et, dans de rares cas, la neurochirurgie est conseillée.

10.3. Séquelles des récurrences du point de vue cognitif

Environ 1/3 des patients qui ont récupéré conservent une symptomatologie résiduelle. Ces symptômes résiduels sont retrouvés chez 20 % à 35 % des patients et sont associés à une péjoration du pronostic du trouble. Ceux-ci sont en moins grand nombre et de moindre sévérité que ceux retrouvés durant l'EDM. Il a été démontré que des troubles cognitifs tels que les troubles mnésiques, persistent après obtention d'une rémission.⁶⁵ Certains auteurs ont retrouvé qu'ils étaient associés au nombre d'épisodes dépressifs, au stress et à la réduction du volume de l'hippocampe.

Selon une étude publiée dans *l'European neuropsychopharmacology*⁶⁶, cumuler plusieurs épisodes dépressifs engendrerait des séquelles dans le cerveau. Même après la guérison, les facultés motrices et mentales seraient donc ralenties. Selon une étude dirigée par Philip Gorwood du Centre Hospitalier Saint-Anne à Paris, « les personnes qui ont subi plus de deux épisodes dépressifs au cours de leur vie sont moins efficaces lorsqu'elles effectuent des tâches quotidiennes par exemple. Ce manque de concentration et de rapidité augmente avec le nombre de rechutes ». Sur les 10% de Français qui seront un jour touchés par la dépression, 50 à 80% récidiveront selon l'Inserm. Le Pr Gorwood a utilisé deux batteries de tests psychomoteurs sur 2000 dépressifs pour cette étude. La première était utilisée en début de dépression, et la deuxième six à huit semaines après la fin du traitement. Les résultats montrent que plus le nombre de récurrences est élevé et plus le malade met du temps à compléter son test après guérison. Après une ou deux dépressions, 35 secondes suffisent. Mais trois ou quatre épisodes dépressifs plus tard, le malade met deux fois plus de temps.

Le Pr Gorwood, comme d'autres, met en évidence un engrenage qui expliquerait le risque de rechute et pointe aussi du doigt l'effet boule de neige provoqué par la maladie. « Isolé socialement et affaibli, le malade met plus de temps à se réadapter à la vie

⁶⁵ OLIE, E. COURTET, P. Dépression récurrente : facteurs de risque, facteurs de vulnérabilité, p.1

⁶⁶ GALANOPOULO, L. La dépression, une maladie neurotoxique, disponible sur : <http://allodocteurs.fr>, from *Psychomotor retardation is a scar of past depressive episodes, revealed by simple cognitive tests*, P.GORWOOD, S.Richard-Devantoyc, F.Baylé, M.L.Cléry-Melun. *European Neuropsychopharmacology*

quotidienne. Il travaille, par exemple, plus lentement, ce qui altère son estime de soi et augmente donc le risque de récurrence notamment ».

10.4. Facteurs de vulnérabilité

De nombreuses études ont tenté de déterminer des marqueurs de vulnérabilité des récurrences dépressives. La vulnérabilité, comme facteur de risque –expliqué plus haut– correspond au terrain prédisposant à la survenue d'un trouble.

Selon une revue de la littérature de Hardeveld et al, les deux principaux facteurs prédictifs de récurrences sont le nombre d'épisodes dépressifs antérieurs et la persistance de symptômes résiduels. Notons également que plus l'épisode dépressif dure longtemps, plus le risque de chronicisation du trouble est accru. Les plus à risque de chronicisation sont les troubles dépressifs non bipolaires et secondaires (à un trouble psychiatrique non affectif). De fait, l'existence de comorbidités psychiatriques augmente le risque de récurrence.

Le risque de récurrence dépressive lié aux événements de vie dépend, comme nous l'avons vu, des capacités qu'a l'individu à s'adapter à la situation, ce qui fait intervenir en particulier la personnalité. Le neuroticisme, traduit par certains par « névrosisme », et qui représente la propension à être fatigué, anxieux et triste lors de la survenue d'un événement stressant, est un bon médiateur de la relation entre adversité sociale et dépression. De nombreux auteurs ont montré l'influence de la présence de ce trait sur la fréquence des rechutes.⁶⁷ On trouve également une moins grande stabilité émotionnelle chez les patients en rémission de trouble dépressif.

La psychopathologie cognitive considère que les troubles cognitifs peuvent contribuer au développement, au maintien et à la récurrence des états psychopathologiques.

Les récentes études d'imagerie cérébrale montrent que la dépression est associée à une réduction hippocampique et cette réduction serait liée à la récurrence des épisodes. Les hormones du stress pourraient être impliquées dans cette réduction du volume de l'hippocampe.

Dans la dépression, le modèle du « kindling » suppose que, au fur et à mesure des récurrences dépressives, des événements de vie de plus en plus minimes pourraient déclencher de nouveaux épisodes, au fil desquels on remarquerait petit à petit une vulnérabilité accrue aux événements de vie et donc une augmentation du seuil de vulnérabilité du patient. Le trouble dépressif deviendrait alors progressivement autonome par rapport à l'environnement et donc presque endogène –d'où les récentes avancées sur la distinction psychogène/endogène–.

⁶⁷ PASSERIEUX, C. HARDY BAYLE, M-C. La guérison des états dépressifs, 107 p.

La chronicité de cette maladie et ses implications négatives entraînent fréquemment une désintégration sociale avec pour conséquence un isolement. Il est donc à retenir que l'adversité sociale et les traits de personnalité comme le neuroticisme ou névrosisme représentent des cibles d'intervention dans la prise en charge de la dépression.

11. Etude des conséquences des troubles sur le sujet dépressif

11.1. Le fonctionnement psychosocial

Durant l'épisode dépressif, le fonctionnement psychosocial se trouve significativement altéré. C'est le propos de la thèse de Julie Godard en 2010. En effet, elle montre que les patients, en crise et en rémission, ont un fonctionnement psychosocial altéré.⁶⁸ Il s'agit d'un fonctionnement touchant les sphères occupationnelles, relationnelles et sociales. Les relations familiales et le fonctionnement social sont perturbés.

Le fonctionnement psychosocial pourrait donc se définir par la capacité à établir et maintenir des relations sociales, familiales et amicales, ainsi que d'avoir des activités et de répondre aux besoins de la vie quotidienne.

La dépression a donc des conséquences sur les relations interpersonnelles, et un impact sur un certain nombre de domaines. Nous parlerons alors de « troubles fonctionnels ». On note souvent un retrait de l'environnement et un changement significatif par rapport aux activités et loisirs pratiqués antérieurement. Le retrait progressif touche toutes les dimensions de l'ouverture au monde, ainsi le patient se désintéresse des actualités par exemple, mais aussi de ce qui fait la vie quotidienne.

Même si l'atténuation de la symptomatologie s'accompagne généralement d'une amélioration relative du fonctionnement psychosociale et de la qualité de vie dans la dépression, la présence de symptômes dépressifs résiduels cause cependant un impact important sur le plan fonctionnel. Ainsi la symptomatologie en rémission entraîne des difficultés psychosociales davantage comparables à celle d'un épisode dépressif majeur qu'à celles observées en absence de dépression.

11.2. Conséquences dans le domaine professionnel

Il y a souvent dans la dépression un retentissement scolaire et professionnel important.⁶⁹ On observe une baisse de rendement, une impossibilité de travailler, des

⁶⁸ GODARD, J. Fonctionnements psychosocial et neuropsychologique associés à un épisode dépressif majeur dans le cadre d'un trouble de l'humeur sévère et complexe, p. 10

⁶⁹ GRANGER, B, 2006, La dépression, p.109

difficultés de concentration entraînant des accidents de travail notamment.⁷⁰ Plusieurs études montrent que près de la moitié des sujets présentent des difficultés professionnelles avec un absentéisme, une baisse de productivité, des problèmes avec les collègues. Le rôle des femmes au foyer serait également perturbé et le fait que le domaine des loisirs soit touché tient cependant du fait de l'absence d'initiative et du manque d'intérêt qui persistent après la rémission clinique.⁷¹

Goethe et Fischer⁷² ont démontré par leurs études que l'incapacité la plus importante parmi les troubles fonctionnels se trouvait bien dans le domaine professionnel. Il existe un degré élevé d'incapacité dans les domaines des activités à la maison des interactions sociales et des loisirs. Les auteurs notent que même « légèrement déprimés », les patients présentent des troubles fonctionnels. Il y a en effet des difficultés dans la mémorisation de textes et/ou de conversations ; apprendre le code de la route par exemple, des pensées intrusives perturbant le travail professionnel, des difficultés d'organisation dans un travail de secrétariat ou certaines activités quotidiennes, etc. (Levaux et al, 2009, 2011, 2012).⁷³

De récentes analyses ont prouvé que 55% des déprimés présentent des difficultés professionnelles et que les traitements psychiatriques médicamenteux apparaissent incontestablement efficaces sur ces difficultés. Ils montrent, que les antidépresseurs sérotoninergiques ont une efficacité supérieure à celle des psychothérapies et du placebo.⁷⁴ Les mêmes auteurs ont étudié le lien entre l'amélioration symptomatique et le rétablissement au travail : l'amélioration des troubles fonctionnels au travail est significativement corrélée avec la rémission symptomatique. De plus, les capacités au travail s'améliorent continuellement avec la durée du traitement. Ils montrent également que le maintien de la rémission est déterminant pour le rétablissement professionnel à long terme ; 44% des personnes qui rechutent dans les six mois rapportent plus d'événements négatifs au travail. Ceux qui ont une rémission de bonne qualité et ne rechutent pas ont une très bonne évolution professionnelle. Les deux facteurs qui influencent les difficultés professionnelles sont le temps et la rechute.

L'amélioration de ces difficultés semble donc plus lente que celle des symptômes dépressifs. Plus la durée du traitement augmente, plus les capacités de travail s'améliorent et restent bonnes.

⁷⁰ PALAZZOLO, J. Dépression et anxiété, mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge, p.2

⁷¹ PASSERIEUX, C. HARDY BAYLE, M-C. La guérison des états dépressifs, p.35

⁷² Ibid.

⁷³ VAN DER LINDEN, M. Une approche psychologique plurifactorielle et intégrative de la dépression: la contribution de la psychopathologie cognitive. In : Les samedis de la Neuropsychologie

⁷⁴ Op. cit. p.39

11.3. Conséquences dans le domaine familial

La dépression retentit de manière importante sur les relations familiales et la vie de couple.

Certains auteurs, tel que Keitner, parlent de la notion de « compétence » familiale ; Il s'agit d'une capacité plus ou moins grande à faire face à la dépression d'un de ses membres. Il pourrait y avoir des interactions de renforcement négatif mutuel entre la vulnérabilité du patient et la compétence de sa famille à répondre à la pathologie.

Pour ces auteurs, le fonctionnement conjugal notamment, constitue le facteur pronostic le plus important dans le devenir des troubles dépressifs, dans le risque de rechute, et dans la guérison. Ces approches nourrissent les thérapies dites systémiques ou familiales.

11.4. Evolution des troubles fonctionnels sous traitement et en rémission

Dans une étude longitudinale publiée en 1995, Goethe et Fischer ont évalué les capacités fonctionnelles de patients hospitalisés pour épisode dépressif majeur, pendant leur hospitalisation, puis un an après à leur sortie de l'hôpital. Les résultats montrent qu'après un an de suivi, les troubles fonctionnels sont significativement moins importants mais persistent néanmoins. Bien que les patients présentent une guérison complète de leurs symptômes, ils gardent des troubles fonctionnels marqués dans certains domaines.

Les domaines de fonctionnement les plus améliorés sont les interactions sociales, le travail et les loisirs, mais bien que très améliorés, ceux-ci restent perturbés. D'autres auteurs ont retrouvé des troubles professionnels persistants après guérison.⁷⁵

Les sorties, le repos et les activités ménagères sont très améliorées voire normalisées et, à l'inverse, la vigilance et le champ émotionnel sont peu restaurés (irritabilité, impatience, etc.).

Certaines études⁷⁶ (Kocsis et al.) concluent que le traitement à long terme des formes chroniques de dépression est bénéfique sur le fonctionnement psychosocial, surtout parce que l'arrêt du traitement se traduit souvent par une résurgence des symptômes, et une dégradation importante du fonctionnement psychosocial.

⁷⁵ PASSERIEUX, C ; HARDY BAYLE, M-C. Supra p.35

⁷⁶ Ibid. p.37

*Entre
Ce que je pense
Ce que je veux dire
Ce que je crois dire
Ce que je dis
Ce que vous avez envie d'entendre
Ce que vous croyez entendre
Ce que vous entendez
Ce que vous avez envie de comprendre
Ce que vous croyez comprendre
Ce que vous comprenez
Il y a dix possibilités qu'on ait des difficultés à communiquer.
Mais essayons quand même.*

Edmond Wells

II. COMMUNICATION : PRAGMATIQUE DU LANGAGE ET THEORIE DE L'ESPRIT

1. La linguistique

1.1. Historique de l'analyse du langage

Le langage est cette faculté propre à l'homme d'exprimer sa pensée au moyen de signes vocaux et graphiques. Il caractérise toute forme de communication humaine et est commun à tous les individus mais la réalité de sa définition est très complexe. Le langage humain est, de plus, « un système symbolique créatif : il n'y a pas de limite au nombre de messages qu'une personne peut comprendre ou produire ».⁷⁷

Le premier principe est, selon Ferdinand de Saussure, la nature même du signe qui est arbitraire, de même que le lien unissant le signifiant (face perceptible du signe ; phonème ou suite de lettres) au signifié (face intelligible du signe ; caractères, trait sémantiques).⁷⁸ Il est conventionnel, arbitraire, car il n'y a pas de rapport entre l'un et l'autre. Ferdinand de Saussure est le père de la linguistique moderne et fonde la notion de structuralisme. Pour lui, tout est une question de structure interne qui permet d'approcher la réalité au moyen d'une organisation. Il distingue le langage - aptitudes individuelles- de la langue - aspect social du langage - et la langue de la parole (la dichotomie saussurienne). La langue est pour lui un système avec une organisation interne, et est régie par des règles (la grammaire) qui permettent d'identifier les unités qui composent ce système. La parole est, quant à elle, l'usage fait de ce système.

Le structuralisme de Saussure fait cependant oublier les usagers de cette langue. C'est ainsi que Martinet et Jakobson fondent le fonctionnalisme, qui réintroduit le sujet parlant. Chaque élément a une fonction dans le mécanisme de la communication et le système ne suffit pas pour communiquer. Il faut donc des conditions favorables : le code et le canal.⁷⁹

En effet, c'est à travers le code que l'on peut identifier l'organisation du message. Emetteur et récepteur doivent donc respecter le même code (un russe et un français ne peuvent pas se décoder). Le code est un ensemble de règles qui organise la relation entre les signes (le lexique et la grammaire).

Si le canal est défaillant, la communication est rompue. C'est lui qui lie le message de l'émetteur vers le récepteur.

⁷⁷ BRACOPS, M. Introduction à la pragmatique, *Les théories fondatrices : actes de langage, pragmatique cognitive, pragmatique intégrée*, p. 15

⁷⁸ DE SAUSSURE, F. Cours de linguistique générale, p. 98

⁷⁹ JAKOBSON, R. Essais de linguistique générale, 214 p.

La théorie de la communication de Jakobson met en jeu 6 éléments qui permettent d'interpréter les différents usages du langage correspondant à 6 fonctions de celui-ci ⁸⁰:

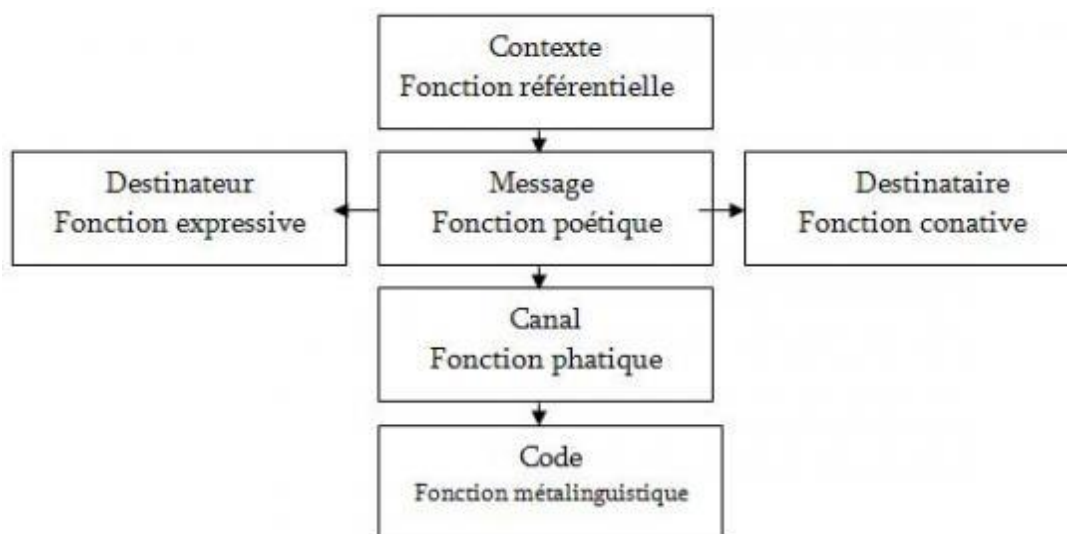


Figure 5 : Le schéma de Jakobson

Le contexte est important, il s'agit du référent. Il donne le sens définitif au message et détermine sa valeur. C'est ce qu'on appelle la fonction référentielle.

L'émetteur ou le destinataire a une fonction expressive ou émotive car il se révèle quand il parle. On obtient des informations de et sur lui.

Le récepteur ou destinataire saisit ce que l'émetteur visait à travers son message, pour s'efforcer d'y répondre en le décodant le plus exactement possible. C'est la fonction conative.

Le canal représente l'air, qui permet de faire recevoir les ondes sonores. Il a une fonction que l'on dit phatique.

Le code correspond à la langue (règles, grammaire, lexique). On parle de fonction métalinguistique.

Le message est la combinaison d'unités lexicales, de morphèmes, et de signes linguistiques porteurs de sens. Il a une fonction poétique.

Martinet en 1970 a posé le principe de double articulation pour mettre en avant les activités du sujet parlant face à ces unités, les unes par rapport aux autres. Il part du message car c'est ce que l'on reçoit en situation de communication. Selon lui, toutes les langues humaines sont des systèmes doublement articulés. Nous utiliserions des unités significatives (1^{ère} articulation) et des unités distinctives (2^{ème} articulation). La 1^{ère}

articulation produit un énoncé à partir des monèmes -unités minimales de sens- comme par exemple le mot « table » qui n'est pas scindable en plusieurs signifiés, correspond à un monème. En revanche, le mot « marchons » peut se scinder en « march », le mot racine, et en « ons » qui donne des informations sur les interlocuteurs. C'est donc un mot composé de deux monèmes. La 2^{ème} articulation produit les monèmes à partir des phonèmes -unités de sons minimales-. Par exemple, les phonèmes « p » et « v », permettent de différencier les mots « pain » et « vain ». ⁸¹

Aux U.S.A au même moment, Noam Chomsky, linguiste et philosophe américain, réintroduit le sujet parlant et fait appel à la capacité de l'individu à s'appropriier le système donné et à l'utiliser. Il fonde l'approche générativiste. L'approche générativiste se base quant à elle sur un système le plus universel possible, qui explique le fonctionnement de la langue. Chomsky parle de l'innéité et de l'acquisition quasi-automatique de l'individu à la compétence linguistique qui est un savoir théorique permettant d'émettre et de juger tous les messages d'un système donné. Pour cela nous disposons d'une grammaire générative qui est un ensemble de règles appliquées aux unités lexicales qui permettent d'appliquer des messages.

2. La pragmatique du langage

« Le mot empêche le silence de parler », Ionesco

Plusieurs auteurs se sont par la suite penchés sur la pragmatique linguistique. Les principales questions qu'ils se posent sont ; comment agir sur le monde en disant quelque chose ? Comment faire réagir l'autre ? Dans le courant pragmatique, on étudie le langage du point de vue de la relation entre les signes et leurs usagers, et on implique le locuteur et l'interlocuteur ; chaque participant a un rôle à jouer dans la communication.

2.1. Qu'est-ce que la pragmatique ?

Le terme « pragmatique » dérive du grec et signifie « action, exécution, accomplissement, manière d'agir, conséquence d'une action... »⁸². C'est une discipline qui traite du « rapport entre les signes et les usagers des signes » selon Charles W. Morris qui utilise le terme le premier en 1938. Selon la terminologie de ce dernier, « la relation des phrases aux états de choses qu'elles signifient est la relation proprement sémantique, distincte de la relation pragmatique des phrases à ceux qui les énoncent et les interprètent. Ces deux relations peuvent être dissociées et étudiées isolément: la sémantique s'occupe

⁸¹ DARDIER, V. Pragmatique et pathologies, Comment étudier les troubles de l'usage du langage, p.17

⁸² BRACOPS, M. Introduction à la pragmatique, *Les théories fondatrices : actes de langage, pragmatique cognitive, pragmatique intégrée*, p. 13

du sens des phrases identifié à leur contenu représentatif, et la pragmatique de leur utilisation par les sujets parlants. »⁸³

Les notions clés de la pragmatique sont donc l'acte -action-, le contexte -lieu, moment, identité des interlocuteurs- et la désambiguïsation -informations extralinguistiques nécessaires à la compréhension. La pragmatique borde donc « le langage comme phénomène à la fois discursif, communicatif et social » selon Francis Jacques (1979).

Ce courant tient compte des effets produits par le message. Elle s'intéresse aux conditions dans lesquelles l'énoncé est produit et ce qu'il va impliquer. Il relève de l'illocutoire (ce qui n'est pas dit). Il englobe le message et toute la valeur qu'il peut prendre. Il restitue l'énoncé dans le contexte. La pragmatique appelle ce dernier le co-texte, ce qui est dit avant ou après une unité (le signe) en situation, dans les conditions de la réalisation de l'énoncé (l'énonciation). L'énonciation tient compte du locuteur et de l'interlocuteur. Ce sont les conditions d'utilisation de l'énoncé qui intéressent la pragmatique.

2.2. Historique

C'est au début du XIX^{ème} siècle qu'émerge le courant pragmatique avec Peirce, en 1867. Il propose une théorie en rupture avec la théorie dyadique saussurienne -dichotomie saussurienne -du signe (signifiant/signifié, 1916) dans laquelle l'analyse est centrée sur le mot. Peirce avance donc la théorie triadique du signe : representamen/objet/interprétant, qui sera traduite par Deledalle en 1978 :⁸⁴

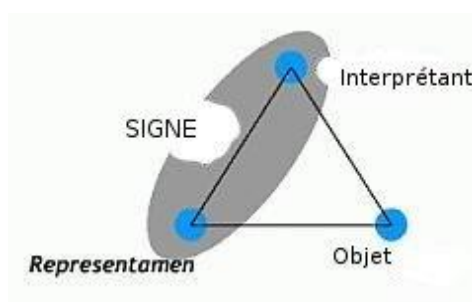


Figure 6 : Representamen, interprétant et objet⁸⁵

Le representamen est l'image sonore ou visuelle du signe (comme « grenade »). L'interprétant est le signe équivalent qui est créé chez celui à qui s'adresse le representamen (arme, fruit, ville). L'objet est ce qui correspond au signe (par exemple la

⁸³ TRESOR DE LA LANGUE FRANCAISE INFORMATISE (TLFi), disponible sur : atilf.atilf.fr/tlf.htm

⁸⁴ DARDIER, V. Pragmatique et pathologies, Comment étudier les troubles de l'usage du langage, p.44

⁸⁵ BERTHELIN, J-B. Hypertexte universitaire : des principes aux applications quotidiennes

ville de Grenade). L'interprétant varie donc selon les personnes et leurs centres d'intérêt. La définition triadique du signe permet de rendre compte de la polysémie des mots.

Morris, en référence à Peirce, en 1955, distinguera différents niveaux dans le langage :

La syntaxe : L'étude des règles de combinaison des signes.

La sémantique : L'étude des règles d'attribution d'une signification aux signes.

La pragmatique : L'étude des règles d'utilisation des signes par les sujets.

Il définira la pragmatique comme étant l'analyse de la relation existant entre les signes et les interprètes.⁸⁶

2.3. L'opposition constatif/performatif

Le concept d'acte de parole a été proposé par John Langshaw Austin en 1962 et développé par John. R. Searle en 1969, tous deux, philosophes du langage.

ACTE CONSTATIF

Il s'agit de la description par un énoncé assertif type : « Il fait beau ». Austin conteste le fait que le but du langage serait donc de décrire la réalité car les phrases déclaratives peuvent être vraies ou fausses.

ACTE PERFORMATIF

Austin, en opposition aux phrases constatives, parle donc des phrases qui agiraient sur le monde et le modèleraient : les performatives.

« Quand dire c'est faire » : les performatives servent à accomplir des actes qui font référence à une convention humaine ; il s'agit d'actes institués avec un énonciateur investi d'un pouvoir (mariage, baptême, présidence d'une assemblée), comme par exemple⁸⁷ :

« Je te baptise ».

« Je vous déclare unis par les liens du mariage ».

« Je déclare la séance ouverte ».

Ou lors d'une affirmation : « Je prétends qu'il ment ».

⁸⁶ DARDIER, V. Supra, p.45

⁸⁷ SUR LES SENTIERS DE LA LINGUISTIQUE, disponible sur : linguistes.com

D'une promesse : « Je te promets de venir ».

Austin affine sa description du performatif en le définissant en terme de succès (réalisation de l'action : bonheur) ou en terme d'échec (non réussite de l'acte : malheur).

Il poursuit en faisant la distinction entre le performatif explicite et implicite. La phrase performative explicite désigne explicitement l'acte qu'elle sert à accomplir : « Je te promets d'arrêter de fumer ». La performative implicite fait référence à une convention mais ne désigne pas explicitement l'acte qu'elle sert à accomplir ; « Je vais arrêter de fumer ». Il est important de préciser que les performatifs varient selon le contexte.

Cependant, Austin conclut que chaque description de la réalité est une affirmation de la vérité de celui qui l'exprime et dès lors, tout constatif est pour lui un performatif. L'opposition entre les deux ne se justifie plus.⁸⁸

2.4. Les actes de langage

Austin réoriente sa pensée en la centrant sur le langage comme moyen d'agir. Pour toute production langagière, il convient de distinguer trois actes :

ACTE LOCUTOIRE :

C'est la production d'un énoncé selon un certain nombre de règles linguistiques, le fait de dire quelque chose. Ce que je dis est une constatation mais en constatant j'agis sur le récepteur qui va décoder et interpréter mon message.

FORCE ILLOCUTOIRE :

Il s'agit de l'intention de l'énonciateur en ce qui concerne le type d'information contenue dans l'énoncé. Ce qui est contenu dans ce qui est dit acte que l'on accomplit en disant quelque chose : proférer une assertion, donner un ordre, faire une promesse, poser une question, etc. Selon Austin, il s'agit de l'acte de langage essentiel. Il est évalué en terme de succès ou d'échec car c'est la compréhension par le récepteur du sens et de la valeur du message qui conditionne la réussite de l'acte.

EFFET PERLOCUTOIRE

C'est l'effet produit par la production de l'énoncé sur le co-énonciateur ou sur ses actes. L'interprétation que pourra faire l'interlocuteur du message et la réponse du sujet à la demande. Acte que l'on accomplit par le fait de dire quelque chose (changer de sujet de conversation, relancer la conversation, obliger l'interlocuteur à reconnaître son erreur, etc.) Par exemple, à l'énonciation de : « Il fait froid ici », le co-énonciateur se lève et ferme la fenêtre.

⁸⁸ BRACOPS, M. Introduction à la pragmatique, *Les théories fondatrices : actes de langage, pragmatique cognitive, pragmatique intégrée*, p 39

Pour Austin, toute phrase énoncée correspond à l'exécution d'un acte locutoire, illocutoire, et parfois à celle d'un acte perlocutoire.

L'acte illocutoire permet d'assigner un rôle au locuteur et à l'interlocuteur. C'est un acte d'usage conventionnel, qui accomplit un acte social au sein de l'institution que représente le langage.

Searle, en 1979, propose une classification de la valeur illocutoire des énoncés après qu'Austin ait décrit une classification des verbes en 1962. Selon Searle, quand l'acte illocutoire devient une unité d'analyse, il est possible de différencier 5 formes d'utilisation du langage.

Cinq catégories d'actes illocutoires :

-*Les assertifs* : engagent la responsabilité du locuteur sur la véracité d'un état de chose ou d'une proposition exprimée ; « Lucas est à l'école ».

-*Les directifs* : correspondent à des tentatives du locuteur de faire faire quelque chose au récepteur. (Demandes, questions, conseils, ordres).

-*Les promissifs* : expriment la responsabilité du locuteur à avoir une conduite future. (Promesses, menaces, acceptations, serments).

Les expressifs : permettent au locuteur d'exprimer un état psychologique en accord avec un état du monde. (Excuses, remerciements, félicitations).

-*Les déclarations* : impliquent par leur accomplissement une adaptation du contenu propositionnel avec la réalité du monde. (Bénédictions etc.)

Searle, en 1969 reformule les principes d'Austin et élabore une théorie du langage fondée sur l'action.⁸⁹ Prenant en compte le fait que le locuteur ne se contente pas de produire des actes locutoires, il aborde la question du langage indirect. Selon lui, un acte illocutoire peut être accompli de manière indirecte par la réalisation d'un autre acte illocutoire.

2.5. L'interprétation des actes de langage indirects

Les actes de langage indirects sont ceux par lesquels l'individu exprime son intention de manière indirecte. En d'autres termes : le locuteur s'exprime indirectement, ou : « Quand dire, c'est faire plusieurs choses à la fois (informer d'un fait et susciter une

⁸⁹ DARDIER, V. Pragmatique et pathologie, p.49

conduite) ; et plus précisément dans ces exemples : Quand dire, c'est faire une chose sous les apparences d'une autre ». ⁹⁰

L'exemple le plus courant est celui de l'injonction présentée sous la forme d'une question ; « Avez-vous l'heure ? » est le plus souvent interprété comme une demande pour avoir l'heure et non pas comme une question. Searle s'interroge sur le processus permettant à l'interlocuteur de ne pas focaliser sur le sens littéral de la phrase afin d'en saisir le sens illocutoire de l'énoncé produit.

Pour Bernicot en 1992⁹¹, il existe trois niveaux afin de passer du sens littéral au sens illocutoire :

- l'auditeur interprète l'énoncé de façon littérale.

- l'auditeur décide que cette interprétation initiale est inadéquate dans le contexte dans lequel l'énoncé a été produit.

- l'auditeur fait une autre interprétation qui est plus compatible avec le contexte.

Lycan (1984)⁹², a distingué trois types d'actes de langage indirects allant de l'indirection la plus faible -possible- à l'indirection la plus forte -manifeste- :

L'indirection possible : concerne les phrases qui peuvent s'employer de manière indirecte mais aussi de façon directe. Par exemple, « Il fait froid ici » désigne soit un constat soit une requête selon le contexte.

L'indirection probable : concerne les phrases qui s'utilisent généralement de façon indirecte. « Veux-tu t'asseoir ? » peut équivaleoir en réalité à un ordre.

L'indirection manifeste : concerne les phrases qui s'utilisent toujours de façon indirecte. « Veux-tu bien t'asseoir » ; il s'agit toujours d'un ordre.

On distingue parmi les actes de langage indirects, les conventionnels et les non conventionnels. Un acte de langage indirect conventionnel fréquent par exemple est la formulation détournée d'une requête. « Tu peux mentir à ta mère ? = Mens à ta mère ».

La métaphore : fait partie des actes de langage indirects : le locuteur qui utilise une métaphore exprime son intention de façon indirecte, il dit une chose pour en dire une

⁹⁰ KERBRAT-ORECCHIONI, C. Les actes de langage dans le discours, *Théorie et fonctionnement*, p.33

⁹¹ DARDIER, V. *Supra*, p.51

⁹² BRACOPS, Introduction à la pragmatique, *Les théories fondatrices : actes de langage, pragmatique cognitive, pragmatique intégrée*, p. 60

autre. Elle correspond à un acte primaire d'assertion littérale doublé à un acte secondaire d'assertion métaphorique. La métaphore est une figure qui consiste à fournir à un terme un nouveau sens en l'appliquant à un nouvel objet ou à une nouvelle idée. Il s'agit de la figure de la ressemblance. « Ton frère est un clown », « Cette femme est un vrai glaçon ».

2.6. L'implicite

Souvent, la transposition littérale du message est insuffisante pour accéder au « vouloir dire » de l'émetteur. Pour Grice « parler implicitement, c'est amener quelqu'un à penser quelque chose ». Qu'il oppose au fait de « dire quelque chose ». La véritable signification du message dépasse alors le décodage strict et la prise en compte des informations contextuelles et non verbales sont nécessaires -intonation, mimiques, gestuelle-. Les processus nécessaires, afin de saisir le sens communiqué, s'apparentent à un véritable calcul qui fait appel à des ressources cognitives complexes.

Grice distingue deux types d'implications : les conventionnelles et les non conventionnelles -qui peuvent être aussi conversationnelles ou non-.

L'implication conventionnelle est facilement décodable par le sens conventionnel des mots utilisés et la forme de la phrase. Des connecteurs logiques ; conjonctions sont souvent utilisées comme par exemple dans « Pierre est français, il est donc chauvin ».

L'implication non conventionnelle nécessite un raisonnement de la part du récepteur. L'émetteur a recours à un moyen non conventionnel, conversationnel ou discursif -comme dans les actes de langage indirects-. On y retrouve l'implication conversationnelle généralisée, qui est automatiquement déclenchée par l'utilisation de certaines formes linguistiques dans l'énoncé -« Veux-tu fermer la fenêtre ? »- ou l'implication conversationnelle particulière, établie par la relation entre l'énoncé et les éléments contextuels liés à la situation de communication : « Il fait froid ici ».

2.7. Les lois du discours

Grice part du postulat que, dans une conversation, tous les intervenants tendent vers un but commun. Il parle du principe de coopération : « chacun des interlocuteurs s'efforce de contribuer à la conversation de façon rationnelle et coopérative afin de faciliter l'interprétation des énoncés ». ⁹³ Toutefois, l'interlocuteur a la possibilité de refuser d'être coopérant.

Les 4 maximes conversationnelles de Grice partent de 4 grandes conventions et régissent les rapports entre les intervenants lors d'une conversation :

L'informativité / La maxime de quantité : chaque intervenant doit donner autant d'informations que nécessaires et pas plus.

⁹³ BRACOPS, M. Supra, p 77

La sincérité / La maxime de qualité : Toute intervention doit répondre de la véracité et du bien-fondé. On ne doit pas dire ce qu'on croit faux.

L'intérêt / La maxime de pertinence : Chaque intervenant doit être adapté à la situation et parler à propos. Être en relation avec ses propres énoncés précédents et ceux des autres.

L'exhaustivité / La maxime de manière : Chaque individu doit s'exprimer clairement sans ambiguïté, avec concision et en respectant l'ordre propice à la compréhension.

Il est plus important de respecter certaines maximes que d'autres.

Le principe de coopération et les maximes conversationnelles se retrouvent dans d'autres contextes que les situations conversationnelles purement linguistiques. Ainsi, ils s'appliquent dans d'autres transactions coopératives dès lors que les participants ont un but commun, comme par exemple lors d'un déménagement.

Le non-respect d'une maxime conversationnelle n'entraîne pas forcément un échec de la communication mais également une possibilité aux intervenants de se comprendre en exploitant cette maxime.⁹⁴

L'exploitation des maximes conversationnelles par les interlocuteurs fait intervenir l'implicite ; les phrases tautologiques, l'ironie, la métaphore, la litote, l'hyperbole, etc. Il s'agit d'une fausse violation, tout en respectant le principe de coopération et ce choix déclenche une implicitation conversationnelle.

2.8. Les processus inférentiels

L'inférence est une procédure permettant aux interlocuteurs de se comprendre verbalement, même si toute l'information n'est pas explicitée. En logique, c'est le processus qui, à partir d'un certain nombre d'informations connues -prémisses- permet d'en dériver de nouvelles. Les processus inférentiels⁹⁵ font intervenir la réflexion, le raisonnement et la faculté de déduction de l'individu. Tout comme pour une résolution de problèmes. Pour comprendre une phrase, il faut disposer d'un certain nombre de connaissances préalables qui n'ont rien de linguistiques. « Elles ne font l'objet d'aucune association conventionnelle préalable à l'interprétation de la phrase ». En effet, le locuteur peut vouloir dire des choses différentes en employant la même phrase comme par exemple dans « Tu sais quelle heure il est ? » ; il peut s'agir d'une simple question, d'une mise en garde, d'un reproche, etc. Ces connaissances se basent donc sur la perception de l'environnement, du contexte et la situation d'énonciation, et sur les connaissances encyclopédiques. Le processus inférentiel permet donc l'interprétation d'une phrase, et cela relève de la pragmatique qui analyse l'usage du langage. L'inférence

⁹⁴ BRACOFS, Supra, p.84

⁹⁵ Ibid. p.18

permet donc d'ajouter des éléments de contexte nécessaires à la compréhension de ce qui voulait être dit. Il s'agit donc essentiellement d'inférence sur les intentions de l'interlocuteur, faute de quoi l'on en reste au sens littéral.

3. La pragmatique cognitive

La théorie de Sperber et Wilson publiée en 1986 s'inscrit dans la tradition Griceenne. Ils insistent sur la faculté humaine d'avoir des états mentaux et d'en attribuer à autrui, de se les représenter, d'en tirer des conséquences et donc de pouvoir « inférer ». ⁹⁶ Ils considèrent également que les énoncés doivent rendre compte de « tous les contenus communiqués » par le locuteur. Ils fondent donc *le principe de pertinence* tiré de la maxime conversationnelle du même nom, de Grice. Selon eux, les échanges communicationnels langagiers et non langagiers mettent en jeu les mêmes processus et doivent ainsi être analysables de la même façon.

Pour la pragmatique cognitive, le but de tout système cognitif est de se construire une représentation du monde et de l'améliorer. La fonction première du langage serait alors de représenter de l'information et de permettre aux individus d'augmenter leur stock de connaissances par la communication. La théorie est une théorie vériconditionnelle ; les informations communiquées doivent être authentiques.

3.1. La communication ostensive-inférentielle

Sperber et Wilson attribuent au locuteur deux intentions : une intention informative -amener l'information d'une connaissance donnée- et une intention communicative -faire connaître l'intention informative-. Ils ajoutent la notion de communication ostensive-inférentielle ⁹⁷ :

Nous parlons de communication ostensive-inférentielle lorsqu'un individu fait connaître à son interlocuteur son intention de lui amener l'information d'une connaissance nouvelle, et cette notion s'applique à la communication en général -et non uniquement au langage-.

Par exemple, lors d'un repas, un convive tend son assiette vide vers le plat en lançant un regard intéressé ; à partir de ces informations gestuelles et de ses propres habitudes/connaissances, l'hôte conclura par inférence que cet invité désire être resservi.

Il faut donc prendre en compte l'importance des unités non verbales (gestuelles, mimiques, regards, etc.) Le rôle du non-verbal est particulièrement important dans les actes de langage indirects notamment.

⁹⁶ BRACOPS, p.99

⁹⁷ Ibid. p.100

3.2. Le principe de pertinence⁹⁸

De la notion de communication ostensive-inférentielle est tirée *La théorie de la pertinence*. Tout acte de communication ostensive-inférentielle suscite chez son destinataire l'attente de la pertinence de cet acte. Il en est de même pour les énoncés.

Dans l'exemple précédent, avant que l'invité n'approche son assiette du plat, l'attention de l'hôte n'est pas sollicitée par celle-ci. Une fois le geste -accompagné du regard- posé, l'assiette devient au contraire porteuse de signification, pertinente : l'hôte cherche à comprendre ce que veut lui communiquer son invité et en tire la conclusion qu'il souhaite être resservi. Le principe de pertinence a fonctionné.

Ce principe sert de base au processus inférentiel d'interprétation des énoncés que l'individu utilise inconsciemment. Le locuteur quant à lui, choisit pour son énoncé la forme qui sert le mieux le principe de pertinence.

La notion de pertinence est cependant indissociable de celle de rendement. La conclusion du raisonnement inférentiel peut produire trois types d'effets cognitifs :

- l'acquisition d'une nouvelle information.
- le changement de la force de conviction avec laquelle une croyance est entretenue.
- l'éradication d'une croyance.

Les notions d'effort et d'effet découlent ainsi de la théorie de la pertinence : moins un énoncé demande d'efforts pour être interprété, plus il est pertinent, et plus il est pertinent, plus il fournit d'effet. Effort et effets doivent être inversement proportionnels avec un effet maximal pour que l'énoncé soit pertinent. L'évaluation de la pertinence d'un énoncé varie selon l'individu, la situation et le temps.

3.3. L'interprétation des énoncés⁹⁹

Pour Sperber et Wilson, qui ont donc une vision cognitiviste, l'interprétation des énoncés met en œuvre deux processus : d'abord les processus codiques pris en charge par l'analyse linguistique, puis les processus inférentiels pris en charge par l'analyse pragmatique. Les processus inférentiels sont des processus généraux, universels et non spécifiques à l'interprétation du langage.

Pour Sperber et Wilson, le domaine de l'analyse linguistique est très réduit dans l'interprétation des énoncés alors que le champ d'action de la pragmatique est très vaste.

⁹⁸ BRACOFS, p.102

⁹⁹ Ibid. p.107

L'énoncé subit donc une première interprétation, linguistique et codique qui en livre la forme logique ; l'énumération de ce qu'a dit l'énoncé.

Exemple : « Je ne resterai pas longtemps »

[1^{ère} personne du singulier, négation, « rester » au futur, longtemps]

Forme logique : [Le locuteur ne restera pas longtemps]

Les auteurs ajoutent que la notion de vérité est importante pour l'interprétation des énoncés. Or, la forme logique ne peut juger de la vérité ou de la fausseté d'un énoncé. Les explicitations ; processus pragmatiques d'enrichissement de l'énoncé sont très utiles pour ceci selon eux.

Les explicitations : ce qui est dit ou manifesté dans l'énoncé.¹⁰⁰

-De premier ordre : se réalise grâce à des processus de désambiguïsation lexicale, syntaxique et pragmatique. Cela permet d'accéder à l'interprétation de ce que dit l'énoncé.

>La désambiguïsation lexicale consiste à attribuer à certains termes polysémiques le sens choisi par le locuteur. Exemple : « Tiens voilà l'homme à la fraise ! » (Dentiste, fruit, nez etc.) L'interlocuteur pourra comprendre la phrase en fonction du contexte.

>La désambiguïsation syntaxique intervient quand la morphologie seule ne permet pas de décider s'il s'agit d'un adjectif ou d'un substantif, par exemple ; « La petite brise la glace » varie selon le contexte, le sujet n'effectuera pas la même action. (Briser la glace ou être glacée par la brise).

>La désambiguïsation pragmatique permet d'attribuer aux termes de l'énoncé les référents adéquats. Souvent, l'on a recours à des informations liées à la situation d'énonciation. Exemple : « Le professeur a rencontré l'étudiant parce qu'il était en retard » ; « il » peut être l'étudiant ou le professeur selon le contexte.

-D'ordre supérieur : se réalise par la prise en compte de l'attitude propositionnelle du locuteur, de ses états mentaux, de ses intentions et de son but illocutoire au moment où il parle.

Exemple : « Je ne resterai pas longtemps »

[1^{ère} personne du singulier, négation, « rester » au futur, longtemps]

Forme logique : [Le locuteur ne restera pas longtemps]

¹⁰⁰ BRACOPS, Supra, p.110

Explicitation d'ordre supérieur : assertion (négative)

Les prémisses implicites ou implicitation de l'énoncé

Elles appartiennent également au domaine de la pragmatique. Elles relèvent de ce qui est communiqué par l'énoncé, à l'ensemble des hypothèses qu'il est nécessaire de poser pour obtenir une interprétation cohérente et pertinente.

Dans un premier temps, grâce à la forme logique et propositionnelle de l'énoncé, nous avons accès à des informations qui vont servir de base aux processus inférentiels : ces premières prémisses renvoient aux connaissances encyclopédiques. « Tu veux une tisane ? » ; « Non, je n'aime pas la camomille ». On peut imaginer dans cette situation que le récepteur sait que l'émetteur n'a chez lui que de la camomille, dans ce cas la prémisses implicite est « Il me propose une tisane à la camomille ».

À ces premières prémisses viennent s'ajouter des prémisses supplémentaires composées de données de la situation de communication, de l'énonciation, ou de l'interprétation des énoncés précédents. « Tu veux un whisky ? » -« Attention, Jacques pourrait t'entendre ! » Ici, la réponse du deuxième locuteur a pour prémisses implicites « Il ne faut pas que Jacques sache que l'on pourrait boire du whisky » ou « Il faut éviter que Jacques entende parler de whisky/qu'il soit tenté d'en boire ». Cette prémisses n'est disponible que grâce à la situation de communication.

Ces prémisses supplémentaires composent ce que Sperber et Wilson appellent le contexte de l'énoncé. Chaque individu aurait son propre environnement cognitif et le contexte d'un énoncé est constitué d'une partie de cet énoncé. Le principe de pertinence borne le contexte. Cet environnement déclenche le principe de manifesteté mutuelle, c'est-à-dire, ce qui est manifeste aux deux intervenants dans la situation de communication.

La désambiguïsation montre l'importance des informations qui relèvent de l'environnement cognitif mutuel. Les informations extralinguistiques y sont équivalentes aux informations linguistiques.

Le système d'inférence de Sperber et Wilson n'est pas démonstratif, de plus, il garantit que la conclusion n'aura pas un degré de vérité inférieur à celui des prémisses, cependant, il ne peut garantir la vérité des prémisses. En effet, les hypothèses de l'interlocuteur pour l'interprétation de l'énoncé ne sont pas démontrables et les prémisses relèvent du domaine de la croyance.

Les conclusions implicites ou implications contextuelles de l'énoncé

Une fois les explicitations et les prémisses implicites posées, nous pouvons inférer et passer des prémisses à la conclusion. Avec la seconde interprétation pragmatique et inférentielle, le raisonnement déductif aboutit à la ou les conclusions implicites.

« Tu veux une mousse au chocolat ? » -« Non je ne veux pas de dessert ».

1^{ère} explicitation : réponse de l'interlocuteur « il ne veut pas dessert »

Explicitation d'ordre supérieur : « Le locuteur croit qu'il ne veut pas de dessert »

Prémisse implicite : « Une mousse au chocolat est un dessert »

Conclusion implicite : « Le locuteur ne veut pas de mousse au chocolat ».

3.4. Le discours non littéral¹⁰¹

Lorsqu'un énoncé présente une part d'implicite, il relève du discours non littéral :

>Les actes de langage indirects

Elles produisent un énoncé qui exprime une proposition voisine de celle qui représente la pensée du locuteur, mais qui offre une ressemblance suffisante pour avoir avec elle une implication contextuelle commune. La paraphrase littérale est toujours possible mais elle est moins pertinente. « Il fait froid ici » = « Ferme la fenêtre ! »

>Le discours approximatif

Pour des raisons économiques, l'énoncé exprime parfois une proposition inexacte, mais qui offre assez d'implications contextuelles communes avec la pensée reflétée. « Je suis là » = « Je suis dans la salle de bain mais j'arrive tout de suite ! » La paraphrase littérale est possible mais l'énoncé ne serait absolument pas pertinent.

>Le discours figuratif

Les figures rhétoriques sont l'exploitation du discours figuratif. Leur interprétation ne se limite pas à l'implicite mais mettent en jeu des facteurs psychologiques. Il ne s'agit pas uniquement de la violation de la maxime de qualité. Pour fonctionner, les figures nécessitent « l'évocation d'un univers indéfini d'hypothèses et d'images ». ¹⁰² Il s'agit encore une fois de produire l'énoncé le plus pertinent possible, le fonctionnement est le même que celui de l'acte de langage indirect et de l'énoncé approximatif ; fournir un énoncé non littéral qui exprime une proposition voisine de celle représentant la pensée du locuteur, et qui présente suffisamment d'implications contextuelles communes avec celle-ci.

¹⁰¹ BRACOPS, p.128

¹⁰² Ibid. p.132

-L'ironie : Une distinction est faite entre l'emploi et la mention.

« L'emploi d'une expression consiste à désigner ce que cette expression désigne »¹⁰³ ; « Jean-Marie est un cornichon, c'est bien triste ».

La mention d'une expression consiste à désigner cette expression, à en faire un usage métalinguistique ; Qui m'a appelé « cornichon ? » Ne dis pas « c'est bien triste », réagis ! « *Manu militari* » est une expression latine.

Le mécanisme de l'ironie relèverait de la mention de proposition, qui englobe le style indirect libre (« Luc devait-il partir ? Devait-il rester ? Le doute l'assaillait »).

Il s'agit le plus souvent de mention implicite. Cela se déclenche comme un phénomène d'écho qui signale que le locuteur répercute une proposition antérieure en marquant qu'il la désapprouve parce qu'elle manque de pertinence. Il peut arriver que l'écho soit seulement évoqué. « L'énoncé ironique est donc l'écho plus ou moins lointain de pensées ou de propos, réels ou imaginaires, attribués ou non à des individus définis ».¹⁰⁴ Quant à l'interlocuteur, il doit reconnaître le caractère de mention-écho et l'attitude du locuteur vis-à-vis de la proposition mentionnée.

-La métaphore : est la figure centrale du discours figuratif et est très fréquente dans notre langage quotidien. Contrairement aux théories classiques, Sperber et Wilson pensent qu'un énoncé métaphorique n'exprime pas nécessairement une proposition fautive, comme par exemple dans « Aucun savant n'est une encyclopédie ». Néanmoins, un certain nombre d'énoncés métaphoriques sont faux ; « La voiture de Serge est une poubelle ». Cette fausseté pose un problème en rapport avec la théorie de la pertinence, et le fait qu'un raisonnement déductif ne peut se fonder sur des prémisses contradictoires. L'interlocuteur en vient donc à faire des suppositions ; il tire les implications de l'énoncé par rapport au contexte sans être confronté à une contradiction interne, il interprète l'énoncé métaphorique. La métaphore est instable et créative, elle varie selon le locuteur, l'interlocuteur, leurs connaissances et le contexte. Il est, de plus, impossible de paraphraser littéralement le contenu métaphorique, c'est pour cela que le locuteur utilise la métaphore, en raison de la trop grande complexité de la pensée qu'il veut exprimer. Il respecterait ainsi le principe de pertinence en réalité.

>Le discours de fiction est un discours à la fois non littéral et non sérieux. Il livre la représentation non littérale d'une pensée complexe, laquelle consiste en la vision du monde de l'auteur. « Les martiens mesurent 2 mètres de haut et sont verts avec de grandes antennes ». L'énoncé fictif ressemble à l'énoncé approximatif ; le locuteur choisit d'exprimer une proposition inexacte mais qui offre suffisamment d'implications contextuelles communes avec la pensée représentée. L'énoncé fictif ressemble en outre à l'énoncé métaphorique : il fait jouer également le mécanisme de supposition, et, le locuteur ne peut exprimer sa pensée de façon littérale.

¹⁰³ Ibid.

¹⁰⁴ BRACOPS, p.134

4. La théorie de l'esprit

« La théorie de l'esprit correspond à la capacité à inférer des états mentaux à autrui, comme des croyances, des désirs, ou des intentions. Elle permet ainsi d'interpréter, de prédire et d'anticiper les comportements et s'avère indispensable à la régulation des interactions sociales ». ¹⁰⁵

Le concept de théorie de l'esprit (ToM), consiste à pouvoir attribuer des états mentaux à autrui. Le principe étant celui de l'attribution ou de l'inférence, les états affectifs ou cognitifs d'autres personnes sont déduits à partir de leurs expressions émotionnelles, de leurs attitudes ou de leur connaissance supposée de la réalité. Elle est donc indispensable au bon déroulement des interactions sociales.

Le terme « théorie de l'esprit » apparaît pour la première fois en sciences cognitives en 1978, avec une étude de David Premack. Il met en évidence les prémices de la théorie de l'esprit avec ses essais sur des chimpanzés. Ils auraient la capacité d'attribuer des états mentaux simples à leurs congénères –théorie de premier ordre-, mais pas des méta-représentations -ce qu'on appelle la théorie de l'esprit de second ordre- ; la capacité à se demander par exemple si tel chimpanzé essaie d'attirer l'attention sur l'autre.

La ToM, telle qu'elle est vue par la neuropsychologie est une capacité de métacognition : avoir conscience et se représenter l'état mental d'une autre personne revient à construire une métareprésentation. Alors que la représentation renvoie à une perception directe de l'environnement, la métareprésentation est une représentation d'une représentation. Elle suppose un circuit relationnel, impliquant une reconnaissance cognitive et/ou émotionnelle de soi-même et d'autrui actualisée dans l'échange. De nature cognitive ou affective, de premier ou de deuxième ordre, elle implique des processus de décodage ou de raisonnement sur des états mentaux. ¹⁰⁶

¹⁰⁵ DUVAL C, PIOLINO P, BEJANIN A, et al. La théorie de l'esprit : aspects conceptuels, évaluation et effets de l'âge, p.41

¹⁰⁶ Ibid. p.43

Différents niveaux sont distingués selon que l'articulation se fait entre réalité physique (représentation) et réalité mentale de cette réalité (métareprésentation), ou entre une réalité mentale propre à un individu et celle d'autrui, il y en a trois :

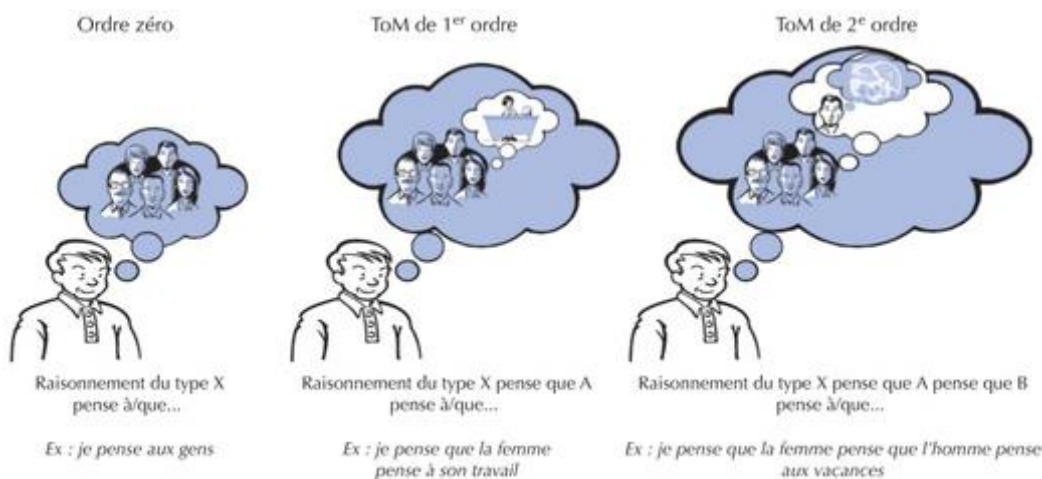


Figure 7 : Illustration des niveaux cognitifs de la ToM¹⁰⁷

Les états mentaux font la différence entre le langage humain et le langage animal. La TOM rejoint la pragmatique puisque nous savons qu'au-delà des aspects élémentaires du langage verbal, celui-ci véhicule des informations dites non-verbales qui modulent la teneur du discours et auquel nous pouvons accéder grâce à cette capacité de décryptage des intentions et des croyances.

5. Théorie de l'esprit et langage

Les relations entre ces deux systèmes cognitifs ont été la cible de nombreuses recherches. Celles portant sur le développement cognitif de l'enfant ont souligné une relation entre le développement du langage et l'acquisition de la ToM.¹⁰⁸ Dans leur revue, Apperly, Samson et Humphreys¹⁰⁹ soulignent que « les performances des enfants aux tâches de fausses croyances sont associées au développement de la sémantique du langage et qu'un retard d'acquisition du langage peut s'associer à un retard dans le développement de la ToM ». Bien qu'il existe des données contradictoires, il est admis que le langage et la ToM entretiennent une relation d'interactions bidirectionnelles. Chez l'adulte, des études ont été réalisées également, montrant l'interaction entre le langage et la théorie de l'esprit. Enfin, peu d'études ont investi la question chez des patients présentant des

¹⁰⁷ DUVAL C, PIOLINO P, BEJANIN A, et al. Supra, p. 44

¹⁰⁸ THOMMEN, E. Quelles relations entre l'émergence du langage et le développement des théories de l'esprit? p. 21-33.

¹⁰⁹ Op. cit. p.46

troubles du langage, à cause de la difficulté de les évaluer avec un matériel nécessitant souvent une verbalisation. Cependant, les quelques cas décrits dans la littérature semblent montrer qu'un trouble de la pragmatique du langage contribue au déficit dans des tâches de raisonnement sur les états mentaux alors que ces dernières seraient réussies en cas de trouble du langage portant sur la grammaire et la sémantique.

La théorie de l'esprit joue un rôle important pour établir une communication efficace et adaptée car il est nécessaire de tenir compte des états mentaux de l'interlocuteur pour produire et comprendre des énoncés. Astington et Edward (2010) affirment qu'un enfant avec une théorie de l'esprit plus développée sera un meilleur communicateur et pourra régler des conflits avec ses amis. Ricard, Deleau et al. (1999) attestent d'une relation entre croyance et pragmatique. Elles entretiennent en effet des relations de constructions réciproques au cours du développement.¹¹⁰ La compréhension des actes de langage indirects « Peux-tu me donner l'heure ? » n'est possible que si les interlocuteurs partagent une connaissance de l'intention de communication. Il ne suffit pas de décoder linguistiquement un énoncé pour le comprendre, il y a un ensemble de déductions non spécifiques au langage mais à la pragmatique et à la théorie de l'esprit. De plus, nous pouvons utiliser l'humour uniquement si nous considérons l'interlocuteur comme doué d'une théorie de l'esprit.

La théorie de l'esprit est donc intriquée à la pragmatique étant donné qu'elle est nécessaire au bon déroulement de la communication. Les troubles de la théorie de l'esprit chez des patients schizophrènes notamment, pourraient expliquer les troubles répercutés sur la pragmatique et la communication, comme par exemple les fausses croyances ou les difficultés de reconnaissance des émotions faciales.

6. La pragmatique du langage dans la pathologie

L'utilisation des concepts issus des théories pragmatiques dans l'étude des troubles de la communication connaît une véritable expansion depuis quelques années (Bernicot et Trognon, 2002).¹¹¹ Il s'agit de traiter les troubles de la communication liés à l'aspect pragmatique du langage. Dans certaines pathologies, les personnes peuvent présenter des troubles spécifiques de l'usage du langage, elles ont alors un fonctionnement langagier normal du point de vue formel -pas ou peu de problèmes phonologiques ou syntaxiques- mais font une mauvaise application des règles relatives aux usages du langage.¹¹² Ce n'est pas la compétence linguistique du langage ni ses connaissances qui sont atteintes alors, mais sa logique, son raisonnement : son mécanisme cognitif. Ces patients respectent difficilement les lois du discours notamment et enfreignent les règles de bases de la communication. On parle alors de trouble extra-linguistique en l'occurrence.

¹¹⁰ GARRIGUES, E. GOBILLOT, C. Traduction et adaptation du Faux Pas Test et faits cliniques, p. 16

¹¹¹ DARDIER, V. Pragmatique et pathologies, Comment étudier les troubles de l'usage du langage, p.101

¹¹² Ibid.

Il existe des travaux associant l'approche pragmatique et l'étude des troubles non aphasiques consécutifs aux lésions cérébrales, comme les traumatismes crâniens par exemple, les lésions droites et les lésions frontales.¹¹³

D'autres encore analysent de la même manière les troubles atypiques du langage présentés par des enfants souffrant de dysphasie ou de trouble envahissant du développement, d'hyperactivité, ou encore la dystrophie musculaire ou la spina bifida.

Enfin, les troubles psychiatriques sont analysés aussi, tel le discours de patients psychotiques comme les schizophrènes, les patients souffrant de paranoïa, de trouble bipolaire¹¹⁴, plus récemment de dépression¹¹⁵-c'est le sujet de ce mémoire-, ou de démences -comme la démence de type Alzheimer-.

6.1. Pragmatique et troubles neurologiques

La compétence pragmatique fait intervenir de nombreux processus cognitifs telles que la mémoire, l'attention, l'inhibition, la flexibilité mentale, les fonctions exécutives, l'inférence. Beaucoup de ces processus sont atteints lorsque l'on note des troubles de la pragmatique.

À la suite de *traumatismes crâniens cérébraux graves* notamment, les troubles neuropsychologiques sont importants et les plus invalidants concernent le comportement social.¹¹⁶ Selon le lieu et l'étendue des lésions, il persiste souvent des perturbations de l'organisation du discours narratif et conversationnel, tant en expression qu'en compréhension. Les patients souffrent de troubles exécutifs, mnésiques, attentionnels. En outre, ils présentent des troubles du récit avec des liens de cohésion qualitativement et quantitativement réduits, la cohérence globale est perturbée, et les changements de thème ainsi que les initiations verbales sont rares.

Dans *les lésions frontales*, nous pouvons retrouver une certaine symptomatologie. Dans les lésions frontales gauches, nous sommes susceptibles de trouver des troubles dans l'initiation du discours et une simplification des énoncés. L'hémisphère gauche étant classiquement considéré comme celui du langage -il gère le langage, le calcul, le temps, la pensée analytique, les savoir-faire, les procédures ; il est le siège des affects positifs-.

En revanche, dans les lésions frontales droites, nous trouverons des troubles prosodiques (intonation, rythme, ton), la tendance à produire des digressions (changements de thèmes inopportuns), et des persévérations. L'hémisphère droit gèrerait l'espace, l'intelligence globale, l'intuition, le sens artistique et chaque information nouvelle ; il serait le siège des affects négatifs. Le site et la taille des lésions auraient donc une influence sur les troubles. Chez les *cérébrolésés droit*, nous observerions des troubles

¹¹³ DARDIER, V. Supra, p.104

¹¹⁴ SAINT PIERRE, E. Pragmatique du langage et troubles bipolaires, Etude de la pragmatique du langage des patients bipolaires pendant la période d'inter-crise, 138 p.

¹¹⁵ IAKIMOVA, G. PASSERIEUX, C. HARDY-BAYLE, M-C, La compréhension des métaphores dans la schizophrénie et la dépression. Une approche expérimentale

¹¹⁶ BERNICOT, J. TROGNON, A. GUIDETTI, M. et al. Pragmatique et psychologie, p.281

de l'interprétation des actes de langage indirects, de l'appréciation de l'ironie et de la prise en compte du contexte.

Dans *la maladie d'Alzheimer*, par exemple, les fonctions cognitives et supérieures sont touchées dont le langage. La pragmatique du langage n'est pas épargnée non plus, ainsi que l'inhibition, le contrôle, la mémoire, l'attention, la supervision, etc.¹¹⁷ Nous y observons souvent un trouble du discours avec une incohérence globale, des difficultés de prise en compte du contexte et des inférences.

6.2. Pragmatique et troubles psychiatriques

Le langage dans *la schizophrénie* par exemple, est notamment un sujet abondamment étudié ces dernières années. Nous y retrouvons des déficits syntaxiques -réceptifs et expressifs-, des déficits lexico-sémantiques -fluence verbale et jugement sémantique-, des troubles de la pragmatique -prosodie, traitement du contexte, du discours non littéral, la compréhension des métaphores et de l'ironie, etc.- et de la théorie de l'esprit.¹¹⁸

Les troubles du langage et des interactions sociales dans *l'autisme* sont également approchés dans le cadre de la pragmatique. Beaucoup d'études ont été menées dans le but de comprendre les troubles de compréhension, notamment des inférences et des demandes, et de production. Plus récemment, le langage des patients *bipolaires* servent aussi de sujets d'étude dans le cas de la théorie de l'esprit et de la pragmatique.¹¹⁹

Enfin, le courant s'intéresse seulement depuis peu aux déficits pouvant être rencontrés chez des patients atteints de *dépression*,¹²⁰ et c'est ce que nous poursuivrons plus spécifiquement dans cette étude.

7. Les troubles de la pragmatique du langage dans la dépression

Nous avons souvent l'image, de la part d'un sujet dépressif, d'une mimique figée -amimie-, d'un visage éteint et d'une parole lente entrecoupée de silences -hypospontanéité-. On parle d'ailleurs, classiquement, de l'oméga mélancolique chez le dépressif ; la forme en « oméga » qui apparaît sur le front du patient accablé par la tristesse.

¹¹⁷ SAINT PIERRE, E. Supra, p.88

¹¹⁸ ROUBAUD, F. Théorie de l'esprit et troubles de la communication dans la schizophrénie, 113 p.

¹¹⁹ SAINT PIERRE, E. Loc. cit.

¹²⁰ LE BAR. M, MAHOUE. C. Schizophrénie et orthophonie : Évaluation des compétences pragmatiques, par le protocole MEC, de patients adultes schizophrènes. Comparaison avec des patients présentant d'autres pathologies psychiatriques

Certains auteurs parlent de la dépression comme d'une pathologie de l'interaction : il y a en effet des caractéristiques et des symptômes interactionnels et communicationnels importants associés à la pathologie à la fois en production -expression- et en réception -compréhension-.

7.1. Expression

7.1.1. Hypospontanéité

Les réponses à l'interlocuteur lors d'une conversation avec un patient dépressif sont effectivement pauvres. Elles sont rares, hésitantes, et parfois à peine audibles. Le ralentissement du débit verbal et l'augmentation du temps de latence des réponses participent à cette impression de quasi-mutisme, voire de mutisme réellement présent dans les cas les plus sévères.¹²¹

Ces données peuvent être expliquées par le ralentissement idéique -intellectuel-, ainsi que du flux associatif. La pensée se traîne notamment à cause des ruminations mentales improductives, et des thèmes répétitifs. On parle de monodéisme ; le patient se concentre et parle souvent du même thème. Les troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire en sont aussi leurs conséquences sur cette hypospontanéité.

La bradypsychie -lenteur d'idéation- joue un rôle dans l'impression d'écoulement lent du temps que ressentent les patients. De plus, le sujet dépressif, qui est souvent aboulique -absence de volonté- se trouve confronté à l'indécision et aux difficultés d'initiation, qui se retrouvent dans le langage.

7.1.2. Dysprosodie

La prosodie est l'étude des phénomènes de l'accentuation et de l'intonation (variation de hauteur, de durée et d'intensité) permettant de véhiculer de l'information liée au sens telle que la mise en relief, mais aussi l'assertion, l'interrogation, l'injonction, l'exclamation.¹²²

La prosodie contribue à l'expression des affects.¹²³ Effectivement, un ton, une intonation transmet une humeur et un affect particuliers. Cela correspond notamment à la fonction phatique du langage telle qu'elle est définie par Jakobson en 1973 : elle sert à établir, maintenir ou interrompre le contact physique et psychologique avec le récepteur.

¹²¹ WIDLOCHER. D, Les logiques de la dépression, p.29

¹²² SUR LES SENTIERS DE LA LINGUISTIQUE, La prosodie, disponible sur : <http://www.linguistes.com/phonetique/prosodie.html>

¹²³ DEVEVEY, A. KUNZ, L, Les troubles spécifiques du langage : pathologies ou variations ? *Modes d'interventions*, p.71

Dans la dépression, elle est monotone. La voix apparaît souvent sans modulation, avec une intonation neutre et terne. Elle est monocorde et faible. Le timbre est lui-même éteint. Les propos sont brefs, rares, entrecoupés de pauses. On parle alors de dysprosodie.

7.2. Compréhension

7.2.1. La compréhension des métaphores

Dans une étude parue dans l'Encéphale, effectuée par G. Iakimova, C. Passerieux et M-C. Hardy-Baylé, a été testé le traitement du langage non littéral à travers la compréhension des métaphores. Les chercheurs testaient la compréhension des métaphores au niveau des éléments concrets et littéraux en comparant avec un groupe de patients schizophrènes, afin d'étudier la spécificité des troubles de l'accès au sens figuré.¹²⁴ L'expérience s'est déroulée sous la forme d'un questionnaire à choix multiples afin de tester la concrétude liée à un mot individuel d'expressions comme par exemple « Il connaît les ficelles du métier » ou encore « Ce milieu est un panier de crabes ».

L'épreuve comportait donc dix expressions métaphoriques pour lesquelles les participants devaient choisir entre quatre réponses : une réponse figurée (« magouille »), une réponse littérale (« vivier »), une réponse concrète (« crustacé ») et une réponse au hasard (« journal »). L'expérience montrait que les deux populations présentaient des biais d'interprétations en faveur du sens littéral et concret par rapport à la population contrôle. Cependant, les patients dépressifs ont de meilleures performances que les patients schizophrènes et « les déprimés qui commettent des erreurs ont une symptomatologie dépressive et un ralentissement psychomoteur plus sévères que ceux qui n'ont jamais connu d'erreurs ».

7.2.2. La compréhension de l'intentionnalité d'autrui

Lorsque nous parlons, les mots que nous prononçons sont souvent accompagnés de mimiques et de gestes faisant de la communication un « tout intégré. » (Winkin, 1981).¹²⁵

La capacité à discriminer les expressions faciales est importante pour pouvoir adéquatement interagir avec les autres et interpréter leurs intentions correctement.

Le visage transmet des informations tels que l'identité, le genre, l'âge, les émotions, et les intentions d'autrui. L'amimie, les expressions faciales moins animées -sauf quand il s'agit d'exprimer de la tristesse-, le fait qu'il y ait moins de contacts oculaires avec la tête plus souvent baissée, et moins de gestes accompagnant la parole compliquent les échanges et le maintien des relations affectives, familiales et amicales.

¹²⁴ IAKIMOVA, G. PASSERIEUX, C. HARDY-BAYLE, M-C. La compréhension des métaphores dans la schizophrénie et la dépression. Une approche expérimentale

¹²⁵ BERNICOT, J. et al. Pragmatique et psychologie

De plus, de récentes recherches et conférences¹²⁶ ont avancé, en parallèle avec l'étude sur les neurones miroirs, le fait qu'un patient qui n'est plus capable d'exprimer des émotions, ne soit plus capable dans le même temps de les reconnaître chez l'autre. Le traitement de la compréhension des visages et des expressions faciales est donc rendu possible par la capacité du patient lui-même à en produire. Production et réception ne peuvent fonctionner indépendamment et se nourrissent l'un l'autre. De fait, cela explique en partie les difficultés de compréhension de l'intentionnalité chez les patients dépressifs.

8. La place des interactions dans la dépression

Il est évident qu'un environnement chaleureux et positif est, pour tout sujet, un facteur de protection. Préserver son réseau relationnel est donc essentiel lorsqu'on souffre d'un état dépressif. Ce n'est pas forcément simple à mettre en œuvre. Nous savons que la qualité et la quantité des interactions sociales sont atteintes dans la dépression.

8.1. Qu'est-ce que le soutien social ?

Il est difficile de pouvoir définir, expliciter et évaluer les données d'un apport et d'un support humain en terme quantitatif et surtout qualitatif. Cependant, différents auteurs s'accordent sur les effets protecteurs des ressources psychosociales face à une dépression. Les ressources psychosociales recouvreraient à la fois les ressources psychologiques personnelles et le soutien social.¹²⁷

Le soutien social se manifeste spontanément entre les individus par exemple sous forme de parentalité ou d'amitié. Sur le plan individuel il fait référence à la théorie de l'attachement, et sur le plan du groupe, il a donné lieu à l'émergence de programmes de soutien instrumental (assistante sociale) et émotionnel (groupes de soutien).

Le soutien social est considéré comme un facteur protecteur face au stress, favorisant la santé et le bien-être, facteur essentiel à l'adaptation humaine. Au Canada, il est d'ailleurs considéré comme un indicateur de la santé des Canadiens.¹²⁸ En 1976, Cobb définissait le soutien social comme « la conscience d'appartenir à une communauté cohérente socialement, d'être aimé et estimé ».¹²⁹

¹²⁶ COHEN, D. Les nouvelles technologies au service des pathologies mentales

¹²⁷ ALTINTAS, E. GALLOUJ, K. GUERRIEN, A. Soutien social, dépression et estime de soi chez les personnes âgées : les résultats d'une analyse en cluster

¹²⁸ HUNT, E. COTE, G. Le rôle du soutien social dans la prédiction de la violence chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves, p. 595

¹²⁹ Ibid.

Bruchon-Schweitzer¹³⁰ recense trois concepts qui constituent le soutien social :

-le réseau social : nombre, fréquence, intensité des liens qu'un individu a établi avec un ou des tiers.

-le soutien social perçu : impact subjectif pour l'individu de l'aide apportée par l'entourage et la mesure subjective par celui-ci de la satisfaction de ses besoins et de ses attentes.

-le soutien social reçu : l'aide effective apportée à un individu par son entourage.

Il y aurait six dimensions du soutien social reçu :

-le soutien émotionnel : l'attachement à un ou des tiers est à l'origine d'un sentiment de sécurité.

-l'intégration sociale : qui décrit un sentiment d'appartenance à un groupe.

-le soutien d'estime : tributaire de la reconnaissance, par un tiers, de sa compétence, de sa valeur et de ses habiletés.

-l'aide tangible et matérielle.

-le soutien informatif.

-le besoin de se sentir utile et nécessaire.

Selon Cohen et al. Le soutien social pourrait être structuré à l'aide des fonctions comme suit :

-fonction émotionnelle (confidences, réassurance, attachement, intimité, etc.).

-fonction instrumentale (soutien tangible, pratique, matériel).

-fonction informationnelle (guider, conseiller, évaluer, informer, résoudre des problèmes).

-fonction de compagnie (sentiment d'appartenance, socialisation, intégration).

-fonction de validation (rétroaction, comparaison avec les autres).

Le soutien social limiterait l'impact du stress sur la santé, agissant sur les perceptions, les émotions et les processus physiologiques de l'individu. De nombreux

¹³⁰ ALTINTAS, E. GALLOUJ, K. GUERRIEN, A. Op. cit. p.257

auteurs rapportent l'association entre un faible niveau de soutien social et une symptomatologie dépressive élevée. Le réseau social, de plus, est associé à une meilleure qualité de vie des personnes atteintes de maladie mentale ; Bengtsson-Tops et Hansson, rapportent aussi une association positive entre la satisfaction des contacts sociaux et la qualité de vie chez les personnes souffrant de schizophrénie par exemple. Le nombre de personnes qui consultent pour un problème de santé mentale augmente de 30% si la personne vit seule et de 80% si la personne perçoit un soutien social faible.

8.2. Perturbation du soutien social dans la dépression

Les personnes dépressives seraient caractérisées par de moins bonnes compétences sociales (Segrin, 2000)¹³¹. Elles auraient donc des aptitudes moindres à communiquer, des relations affectives moins stables (plus de divorces) à cause de déficits affectant les processus de bases permettant d'établir de bonnes relations interpersonnelles. De plus, la manière dont les relations interpersonnelles sont vécues et ressenties pourrait également constituer un facteur de vulnérabilité à la dépression.

De même, être capable de se souvenir de l'expression faciale d'autrui lors d'interactions passées permet de maintenir une continuité dans la relation. De fait, les troubles mnésiques du patient dépressif participent à ses difficultés relationnelles.

Les biais mnésiques participent donc à cela ; le fait d'avoir de meilleures performances mnésiques pour des visages avec des expressions négatives pourrait influencer les habiletés sociales des personnes dépressives dans le sens où elles pourraient moins s'engager dans de futures interactions ; les situations sociales pourraient par exemple leur paraître plus stressantes et/ou plus menaçantes en raison des biais de mémoire qui favorisent le rappel d'aspects négatifs. Les personnes dépressives reconnaissent plus de visages tristes que de visages joyeux ou neutres. Les relations en sont bien sûr affectées.

Les relations sociales représentent les interventions interpersonnelles et familiales. Chez le patient dépressif, nous notons souvent une différence entre la structure et le contenu des relations sociales souhaitées et réelles, une absence de soutien social ainsi qu'une incapacité à interagir de façon appropriée avec autrui. De plus, nous savons que la dépression a un impact souvent négatif sur l'entourage du patient, et notamment la famille et le couple.

¹³¹ VAN DER LINDEN .M, CESCHI .G, Traité de psychopathologie cognitive. Tome II, États psychopathologiques, p.170

8.3. Cercle vicieux affectant le soutien social et la pathologie

Le manque de soutien social (famille, amis, confidents, collègues...) a des effets négatifs sur la dépression, de même qu'il peut l'entraîner puisque nous savons que la solitude et l'isolement déclenchent plus souvent un épisode dépressif majeur.

De plus, les difficultés communicationnelles et de l'interaction vues plus haut, entraînent une moins grande quantité et qualité de relations interpersonnelles, et la dépression joue directement sur ses variables.

Nous sommes face à un cercle vicieux entre la dépression, le retrait social qu'elle implique, l'isolement et l'aggravation de ses symptômes et, dans le même temps, l'isolement, le manque de soutien social qui déclenchent la dépression, et qui en aggravent la sévérité. Nous avons vu quels sont les facteurs qui viennent nourrir ce cercle vicieux, qui entrent en jeu dans le développement et le maintien de la pathologie.

9. Interaction et communication

L'interaction est vue selon le Trésor de la langue Française informatisé, comme l'action réciproque qu'exercent entre eux des êtres, des personnes et des groupes.

D'après le dictionnaire Larousse et le Trésor de la langue française informatisé, le terme communication vient du latin « *communicare* » qui signifie « rendre commun, faire part, transmettre, partager ». La communication verbale peut donc être considérée comme un processus complexe, régi par des règles, visant à rendre communes des informations et des connaissances.

« La communication est l'ensemble des situations, des comportements et des processus, à travers lesquels s'établissent et s'organisent les relations intersubjectives et sociales, au cours desquelles des informations sont transmises et échangées entre les protagonistes dans un contexte social donné ». ¹³²

Par ailleurs, les interactions sont favorisées par des situations communicationnelles correctes où l'information circule grâce au langage. Ces notions sont intriquées et sont interdépendantes les unes des autres. Il est important de s'assurer de leur bon fonctionnement.

La pragmatique du langage est directement issue de la dynamique communicationnelle. Les échanges entre locuteur et interlocuteur, mis en avant, et leurs interactions sont étudiées au plus près en tant « qu'action qui dit ». C'est donc le courant le plus à même de rendre compte de situations de communication.

Ce courant, comme vu précédemment, aborde donc « le langage comme phénomène à la fois discursif, communicatif et social ». C'est donc à la lumière de la pragmatique linguistique et cognitive que peuvent être étudiés ici les troubles communicationnels retrouvés dans la dépression.

¹³² ROUBAUD, F, Théorie de l'esprit et troubles de la communication dans la schizophrénie, 113 p.

Chapitre II
PARTIE PRATIQUE

« J'ai voulu dire ce que j'y ai dit, ni plus, ni moins ! »

Arthur Rimbaud

METHODE

I. Cadre de référence

1. Problématique de l'étude

La dépression, nous l'avons vu, est une affection largement répandue au niveau mondial. Elle a des conséquences sociales et professionnelles non négligeables et cela même après guérison. La réinsertion professionnelle et sociale est donc un enjeu de taille pour les personnes atteinte de dépression, que ce soit après rémission ou après guérison.

Peu d'études ont été fournies pour l'instant dans ce domaine ; en ce qui concerne les troubles de la communication dans la dépression, que ce soit en réception ou en production. De plus, l'affection ne relève pas a priori d'une indication orthophonique. Cependant, nous sommes confrontés dans notre pratique à cette pathologie, notamment lorsqu'elle est secondaire à une affection médicale telles qu'une aphasie, une maladie neurologique ou une autre pathologie pour laquelle nous avons à accompagner le patient. Toutefois, les troubles du langage présents dans ces pathologies nous empêchent d'étudier cette population dans ce mémoire, de plus, la pathologie qui nous intéresse est la dépression primaire, voilà pourquoi nous basons notre étude sur des patients autres, car le type de dépression secondaire ne fait pas l'objet de notre étude.

Les difficultés, souvent relatées, dans les relations interpersonnelles et les relations en général peuvent être intéressantes à creuser pour nous en tant que spécialistes du langage et de la communication. Pouvoir comprendre cette souffrance, l'entendre et la dépasser peut être intéressant et cela peut se faire en étant mieux renseigné sur la maladie. Découvrir quels sont les troubles cognitifs qui entrent en jeu et qui ont un impact sur la communication et sur la maladie elle-même est également un enjeu. C'est aussi tout l'intérêt des nouvelles études récentes en orthophonie ; en 2011, un mémoire a été réalisé à l'Institut d'orthophonie Gabriel Decroix de Lille sur l'évaluation des compétences pragmatiques par le protocole MEC de patients schizophrènes et dépressifs et leur comparaison.¹³³Cela a notamment montré que les patients dépressifs réussissaient moins bien que les sujets témoins aux épreuves de pragmatique du MEC. Il nous intéresse donc ici d'évaluer les comportements langagiers spécifiques aux patients dépressifs et leur impact sur les patients, leur vie quotidienne et sur leurs interactions.

Nous savons qu'il existe des troubles de la communication dans la dépression, notamment instrumentaux, nous testerons ici particulièrement la pragmatique du langage sur le versant réception, et notamment dans le langage direct et indirect, ainsi que l'implicite. Nous chercherons à observer quels sont les impacts de la maladie sur ceux-ci. Au vu des difficultés que peuvent vivre les patients en crise au niveau communicationnel, et ce même après rémission, nous avons choisi de cibler notre étude sur les patients en rémission, car obtenir une attention, une motivation et une parole nous semblait

¹³³ LE BAR. M, MAHOUE. C, Schizophrénie et orthophonie : Évaluation des compétences pragmatiques, par le protocole MEC, de patients adultes schizophrènes. Comparaison avec des patients présentant d'autres pathologies psychiatriques

logiquement plus accessible à ceux-ci. De plus, nous savons que même après rémission, les patients gardent un état « sub-syndromique », des difficultés d'ordre social, et ce sont les séquelles des troubles de la pragmatique du langage qui nous intéressent ici, et dans quelle mesure ils peuvent participer aux récidives voire au maintien de la pathologie.

Nous observerons ensuite dans la mesure du possible, la différence de sévérité des troubles selon le nombre de rechutes et d'épisodes, et réfléchirons au rôle de ces troubles dans le cercle vicieux présenté plus haut.

Comme il n'existe pas de test étalonné en orthophonie pour les troubles dépressifs, nous avons décidé de nous appuyer sur des tests fiables étalonnés et utilisés pour d'autres pathologies, essentiellement neurologiques.

Nous avons choisi d'utiliser les épreuves d'interprétation d'actes de langage indirects de la MEC¹³⁴ et le test de la Gestion de l'implicite qui jugent tous deux de la réception à partir d'un matériel verbal.

Nous avons pu comparer nos résultats avec l'étalonnage du test, ainsi qu'à une population témoin de sujets tout-venants, appariés en âge et en sexe.

L'épreuve du protocole MEC a été choisie car elle a déjà été utilisée dans des mémoires évaluant la pragmatique et La Gestion de l'implicite a quant à elle, semblé intéressante pour sa complémentarité dans le domaine. Ce test s'effectue sans lecture de l'investigateur, et donc sans aide apportée par l'intonation ou la prosodie de celui-ci – contrairement au protocole MEC-. Elles explorent toutes deux une partie du versant réception de la pragmatique du langage.

2. Objectifs et hypothèses

Les objectifs de l'étude sont :

- De subjectiver les troubles de la pragmatique du langage présents chez les patients dépressifs par rapport aux sujets témoins
- De quantifier ces difficultés après rémission, et de noter une potentielle différence de sévérité selon le nombre d'épisodes.
- Réfléchir sur le rôle de ces troubles dans le développement et le maintien des troubles dépressifs

¹³⁴ COTE, H. JOANETTE, Y. SKA, B, *Protocole MEC*

II. Le protocole : support et analyse

1. Epreuve d'interprétation d'actes de langage indirects (MEC)

Le protocole MEC (Joanette et coll, 2005) est une batterie d'évaluation orthophonique destinée aux adultes cérébrolésés droits. Elle évalue les habiletés communicationnelles en tenant compte des versants prosodiques, lexicosémantiques, discursifs et pragmatiques du langage. Bien que principalement destiné aux cérébrolésés droits, il est précisé dans le protocole que le MEC peut être utilisé auprès de tout adulte présentant des troubles acquis de la communication verbale, ce qui nous permet d'y inclure les personnes atteintes ou ayant été atteintes de dépression. Le MEC a été normalisé auprès d'une population contrôle et validé auprès de personnes présentant une lésion droite.

Comme expliqué précédemment dans notre partie théorique, les actes de langage indirects sont ceux par lesquels l'individu exprime son intention de manière indirecte. Tout comme dans l'injonction présentée sous la forme d'une question (« Vous avez l'heure ? »), le sens du message n'est pas littéral et l'interlocuteur doit saisir le sens illocutoire de l'énoncé produit –ce qui n'est pas dit, l'intention du locuteur-. Afin d'y arriver, il est nécessaire de tenir compte des informations contextuelles et non verbales, et de posséder un savoir encyclopédique de base. Les processus nécessaires à ce décodage font appel à des ressources cognitives complexes. C'est donc également le point de vue Griceen ; « les processus inférentiels font intervenir la réflexion, le raisonnement et la faculté de déduction de l'individu. Tout comme pour une résolution de problèmes. Pour comprendre une phrase il faut disposer d'un certain nombre de connaissances préalables qui n'ont rien de linguistiques ». Ces connaissances sont basées sur la perception de l'environnement, du contexte et la situation d'énonciation, et sur les connaissances encyclopédiques. Il s'agit également de pouvoir inhiber les réponses erronées.

Le processus inférentiel permet donc l'interprétation d'une phrase, et relève de la pragmatique du langage. Il s'agit donc d'inférence sur les intentions de l'interlocuteur, faute de quoi l'on en reste au sens littéral.

L'épreuve que nous proposons ici teste principalement la compréhension et permet donc d'observer le résultat du processus qui sous-tend l'interprétation. Le contexte d'énonciation tend donc à être le plus précis possible.

2. La gestion de l'implicite

Pour Grice, « parler implicitement c'est amener quelqu'un à penser quelque chose », qu'il oppose au fait de « dire quelque chose ». Le protocole de la gestion de l'implicite (Annick Duchêne May-Carle, 2000), a été élaboré pour tester les capacités de gestion des inférences sur le versant de la réception à partir d'un matériel verbal écrit. En effet, étant donné les multiples facteurs para-verbaux intervenant dans la communication orale (mimiques, prosodie notamment), nous avons opté, en un second temps, pour ce protocole écrit que les sujets peuvent lire eux-mêmes. Cela permet donc de compléter la première épreuve qui se faisait à l'oral, et qui était lue aux patients directement. Il s'agit donc ici de

comprendre la véritable intention de l'auteur et donc de « lire entre les lignes » puisque l'espace du non-dit est fondamental dans la communication humaine. L'exercice, est, de plus, plus sophistiqué et plus diversifié dans les types de questions et de calcul interprétatif qu'il requiert.

Il est évident qu'il existe un réel contraste entre les sujets en situation naturelle de communication et leurs performances lors d'une épreuve de bilan. Il est vrai que les jugements sur les échanges verbaux spontanés restent subjectifs et difficiles à mettre en place. Ce test prétend se rapprocher le plus possible de situation de communication « naturelles ».

Il a été élaboré à partir de l'idée que certains sujets, sans être aphasiques, présentent des troubles de la communication. Il s'adresse donc, en plus des sujets à pathologie neurologique, à des sujets qui ne présentent aucun syndrome neurologique répertorié mais qui ont une plainte concernant leurs capacités cognitives et/ou de communication. C'est le cas des patients présentant ou ayant présenté des troubles dépressifs. La Gestion de l'implicite a été normalisée auprès d'une population témoin et le protocole a été validé.

III. La population : caractéristiques et recrutement

La population testée se divise en deux groupes. Le premier groupe est formé de 9 patients, dont 7 femmes et 2 hommes, ayant subi un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs, et actuellement en rémission. L'autre population est constituée de 9 sujets n'ayant jamais subi d'épisode dépressif majeur ; ce sont des sujets tout-venants appariés en âge et en sexe qui composent le groupe témoin. Nous avons choisi de ne pas recruter de sujets qui ont plus de 65 ans pour éviter les biais liés au vieillissement ou à un début de démence. Nous nous focalisons également sur des sujets de langue française afin d'éviter les biais linguistiques et culturels.

1. Groupe de patients

1.1. Critères d'inclusion

Les sujets :

- sont majeurs et consentants
- sont en **rémission** d'un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs depuis au moins trois mois, certifié par un psychiatre et selon les critères du DSM IV
- ont entre 25 et 65 ans
- ont un niveau culturel minimal équivalent au brevet des collèges (BEPC)
- ont pour langue maternelle le français

1.2. Critères d'exclusion

Les sujets :

- ne présentent pas d'affection médicale avérée
- ne présentent pas de pathologie neurologique ou psychiatrique associée (pas de trouble bipolaire)
- n'ont pas vécu un syndrome de stress post-traumatique
- ne sont pas des personnes dont la langue maternelle est différente du français
- ne sont pas concernés par l'illettrisme (supports écrits)

2. Groupe contrôle

2.1. Critères d'inclusion

Les sujets :

- sont appariés au groupe des patients en âge et en sexe
- sont majeurs et consentants
- ont un niveau culturel minimal équivalent au brevet des collèges (BEPC)
- ont pour langue maternelle le français

2.2. Critères d'exclusion

Les sujets :

- n'ont pas vécu d'épisode dépressif majeur (EDM)
- ne présentent pas d'affection médicale avérée
- ne présentent pas de pathologie neurologique ou psychiatrique
- ne sont pas des personnes dont la langue maternelle est différente du français
- ne sont pas concernés par l'illettrisme (supports écrits)

La moyenne d'âge est de 47,7 ans. (écart-type = 11,076)

IV. Procédure

Le recrutement des patients a été rendu possible à l'aide des psychiatres du Pavillon M de l'hôpital Pasteur de Nice (CHU), ainsi qu'à l'aide de psychiatres libéraux. La difficulté dans la population ciblée était de recruter en ambulatoire, car la population choisie était en rémission et non plus en hospitalisation. Cela rendait la recherche plus délicate. L'état de santé et la rémission du sujet étaient assurés par le psychiatre en charge du patient. Pour le groupe contrôle, le recrutement s'est réalisé dans la communauté ; l'entourage professionnel et personnel, et celui-ci a été délicat également.

Avec l'accord des sujets, les rencontres se sont déroulées dans des endroits calmes et fermés, et à l'hôpital ou à domicile -dans les cas où le déplacement du patient était impossible-. Les mêmes informations ont été données à chaque sujet et l'examineur a été systématiquement le même afin de standardiser et garantir la fiabilité des épreuves.

Les épreuves se sont déroulées pour chaque patient et témoin dans le même ordre avec les mêmes consignes. Le tout durant entre 30 et 45 minutes. La démarche était de ne présenter que très peu d'épreuves, en peu de temps, en raison de la fatigabilité et la faible disponibilité présumée des sujets. C'est pourquoi notre choix s'est porté sur deux épreuves réalisées en 45 minutes maximum.

V. Déroulement de l'étude

Le début de l'entretien commence par une appréciation qualitative par l'examineur, lors d'une présentation des épreuves et l'anamnèse du patient. Le sujet est amené, après les explications du déroulement des épreuves, à se raconter brièvement, et à donner son point de vue quant à la satisfaction que lui apportent ses relations interpersonnelles et la qualité de ses échanges.

La première épreuve demande l'interprétation d'actes de langage directs et indirects.

1. Interprétation d'actes de langage indirect

L'objectif est d'évaluer la capacité à comprendre des actes de langage indirects en tenant compte du contexte situationnel. Il y a vingt situations de communication présentées au sujet sous forme de courts textes à interpréter. Dix phrases ont des sous-entendus et dix autres n'en ont pas. Le sujet doit alors repérer les phrases avec ou sans sous-entendus et distinguer les actes directs (situations d) des actes indirects (situations i).

➤ *Exemple d'acte de langage indirect :*

(L'intention de la personne n'est pas explicitement énoncée mais peut être inférée en tenant compte du contexte).

« Robert s'assoit au salon pour regarder la télévision. Il dit à sa femme qui est encore à la cuisine : « Chérie, mes lunettes sont sur la table ». D'après vous, que veut dire Robert ? »

(Ici cela signifie « Peux-tu me les amener ? »)

➤ *Exemple d'acte de langage direct :*

(Où la personne signifie textuellement ce qui a été dit)

« M. Lavoie est au salon lorsque le téléphone se met à sonner. Il dit à sa femme : « Je le prends ». D'après vous, que veut dire M. Lavoie ? »

(Ici cela signifie qu'il répond au téléphone)

Les textes sont donc lus, et le sujet doit expliquer spontanément ce qu'il a compris de ce que la personne a voulu dire dans l'échange présenté. Les situations « d » agissent comme distracteurs. Les situations « d » et « i » sont présentées dans un ordre pseudo-aléatoire.

Ensuite, deux choix de réponses lui sont proposés, et il doit choisir lequel explique le mieux ce que la personne a voulu dire :

« Robert s'assoit au salon pour regarder la télévision. Il dit à sa femme qui est encore à la cuisine : « Chérie, mes lunettes sont sur la table ». D'après vous, que veut dire Robert ? »

➤ *A) Veut-il lui dire où se trouvent ses lunettes ?*

(Interprétation littérale et directe)

➤ *B) Veut-il qu'elle lui apporte ses lunettes au salon ?*

(Interprétation indirecte qui tient compte du contexte pour les actes de langage indirect)

« M. Lavoie est au salon lorsque le téléphone se met à sonner. Il dit à sa femme : « Je le prends ». D'après vous, que veut dire M. Lavoie ? »

➤ *A) Veut-il dire qu'il va répondre ?*

➤ *B) Veut-il dire à sa femme qu'elle devrait répondre ?*

Si la réponse est erronée, l'examineur présente le choix de réponses, simultanément à l'oral et à l'écrit. L'examineur demande au sujet de dire lequel des deux choix explique le mieux ce que la phrase veut dire.

Si la réponse est juste, l'examineur peut passer à la situation suivante. Cependant il est toujours intéressant pour une analyse qualitative de proposer les deux choix de réponse. Ce que nous avons fait dans cette étude, systématiquement.

Après l'épreuve du protocole MEC, nous proposons au patient la deuxième épreuve : le test de la gestion de l'implicite. Ce protocole comprend deux parties ; la série A et la série B.

2. La gestion de l'implicite

- *La série A* constitue une épreuve préliminaire de vingt items. Elle vise à la fois à sélectionner les sujets pour la passation de la série B et à préparer ces mêmes sujets à l'évaluation plus sophistiquée de leurs compétences dans la gestion des inférences. En effet, la série A est composée d'items plus faciles que ceux de la série B. Chaque texte est suivi d'une seule question ouverte qui porte sur la compréhension de l'information implicite contenue dans l'énoncé. Cela habitue les sujets aux types de réflexions à fournir pour la suite. L'examineur juge lui-même la validité des réponses pour cette série, et les résultats ne sont pas analysés. Cela permet à ce dernier de juger subjectivement des capacités de gestion d'inférences et de la qualité de l'interprétation des sujets. On ne soumet pas à la série B un sujet qui ferait plus de 4 erreurs.

- *La série B* comprend vingt textes formés de deux, trois ou quatre propositions au plus, et suivis de trois questions. Chaque texte contient une ou plusieurs inférences qu'il conviendra de résoudre afin de pouvoir répondre aux questions. Ces textes décrivent des interactions verbales, définissent des situations, et ressemblent à des énoncés de problèmes. Les inférences sont de deux types ; soit purement logiques (déduction) soit interprétatives (contextualisation). Des questions font suite à la lecture du texte qui se fait par le patient lui-même. Il s'agit de questions fermées auxquelles le sujet peut répondre par « OUI », « NON » ou « JE NE PEUX PAS REpondre », représenté par « ? ».

Les questions posées sont de 5 types :

- portant sur les informations *explicités* inscrites dans le texte.
- des *distracteurs* –je ne peux pas répondre-.
- basées sur la *logique* -à partir des propositions formulées dans le texte-.
- basées sur des éléments liés au *contexte* de l'énoncé –les données pragmatiques doivent être prises en compte ; lois conversationnelles, statut des interlocuteurs, etc-.
- basées sur les facultés de logique et la capacité à contextualiser : calcul interprétatif

En tout, il y a donc 60 questions, dont 11 pour les explicites, 12 pour les logiques, 13 pour les distracteurs, 18 pour les pragmatiques et 6 « autres ».

➤ *Exemple de la série A :*

« Une violente tempête avait soufflé toute la nuit. Le châtelain appela le vitrier dès le lendemain. Que s'est-il passé ? »

➤ *Exemple de la série B :*

« Pierre dit : « Il faut beaucoup d'argent pour aller au Canada ; je ne peux pas y aller en ce moment ».

Pierre a-t-il beaucoup d'argent en ce moment ? (Autre) NON

Pierre a-t-il une sœur au Canada ? (Distracteur) JE NE PEUX PAS REpondre

Pierre a-t-il l'intention d'aller au Canada ? (Pragmatique) OUI

« Catherine dit : Pierre Durand est un enfant pénible, pourtant il est plus sage que son frère ».

Pierre a-t-il au moins un frère ? (Explicite) OUI

Le frère de Pierre est-il très sage ? (Logique) NON

Est-ce que Catherine trouve que les petits Durand sont des enfants modèles (Autre) NON

- Les différentes catégories de questions :

Ces éléments sont tirés du livret explicatif du test « Gestion de l'Implicite »

Explicites (11 questions)

Le sujet doit comprendre des paraphrases ou faire une traduction littérale de l'énoncé du texte. Il n'y a pas de raisonnement inférentiel à faire pour ce type de questions. Le sujet doit sélectionner l'information explicite et admettre qu'elle est formulée autrement. *Les Durand 1 : Présupposé simple*

Logiques stricts (12 questions)

Le sujet utilise le raisonnement formel. Le calcul logique repose sur la valeur de vérité des propositions de l'énoncé, le sujet doit en déduire la vérité des propositions contenues dans les questions. Les questions logiques n'admettent qu'une réponse et respectent la loi de coopération et de sincérité. *Les Durand 2 : comparaison terme à terme mais contradiction interne à l'énoncé « très pénible mais plus sage qu'un autre = pas très sage ».*

Distracteurs (13 questions)

Il s'agit des questions auxquelles le sujet répond « je ne peux pas répondre » ou « je ne sais pas, peut-être ». L'information demandée n'est pas contenue dans le texte, ni explicitement, ni implicitement. Les auteurs pointent le caractère légitimable des réponses « oui » ou « non ». Les distracteurs sont là pour éviter la binarité des questions mais également pour induire chez les sujets des explications plus ou moins plausibles. Cela peut révéler notamment le manque d'assurance et de détermination des sujets lecteurs. *Canada 2 : Pierre peut avoir envie d'aller au Canada parce que sa sœur y est.*

Pragmatiques (18 questions)

Pour répondre ici, le sujet doit se servir des connaissances portant sur les scripts habituels, les schémas d'actions logiques et cohérents, la contextualisation et le respect des règles discursives. *Canada 3 : Il s'agit d'interpréter une motivation personnelle au travers d'une formulation.*

Autres (6 questions)

Le calcul interprétatif requiert ici des stratégies cognitives plus complexes : elles nécessitent à la fois une bonne gestion des opérations logiques et une contextualisation pertinente. *Canada 1 : L'enchaînement discursif des deux propositions du texte implique une relation de cause à effet implicite. Il y a également une inférence logique à faire à partir de la condition nécessaire.*

Le sujet n'est pas chronométré durant ces épreuves et bénéficie du temps qu'il lui est nécessaire

Nous proposons ici un travail expérimental, le protocole est étalonné, mais pas pour les troubles dépressifs. Le nombre de sujets reste trop bas pour que les résultats soient particulièrement représentatifs et fiables. De plus, la réception seule est testée ici sur le plan verbal, et ce à l'écrit pendant la plus grande partie du temps. Ce travail est une ébauche pour une étude de plus grande envergure pouvant être reprise ou poursuivie plus tard.

RESULTATS

VI. Résultats

1. Interprétation d'actes de langage indirects

L'épreuve a été soumise à 18 personnes dont 9 sujets patients et 9 sujets témoins - 10 femmes et 4 hommes-. La notation s'est effectuée de manière précise selon les règles du protocole MEC :

L'examineur cote 0, 1 ou 2. On obtient un score total sur 40.

2 : réponse claire et adéquatement

1 : éléments de réponse, mais imprécisions, ajouts ou omissions

0 : réponse erronée ou absence de réponse

Un guide de cotation précis pour chaque item est fourni en Annexe I.

Trois tranches d'âges ont été définies par les auteurs du MEC, auxquelles nous avons rajouté la première et supprimé la dernière:

– 18-29 ans (2 personnes)

– 30-49 ans (6 personnes)

– 50-64 ans (10 personnes)

– 65-85 ans (0)

Une subdivision en deux niveaux d'éducation a été effectuée avec < à 11 ans (=fin de première en France) et > à 11 ans.

L'étude porte sur un petit nombre de sujets, certainement non exhaustif quant à la validité des résultats et à leur signification. Pour conserver l'anonymat des sujets nous proposons de nommer les sujets patients P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9 et les sujets témoins T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9.

Seules les « explications » sont analysées dans ce protocole. Elles seront jugées quantitativement et qualitativement. Il sera néanmoins intéressant pour nous de citer les « choix de réponses » dans une dimension qualitative.

1.1. Résultats quantitatifs

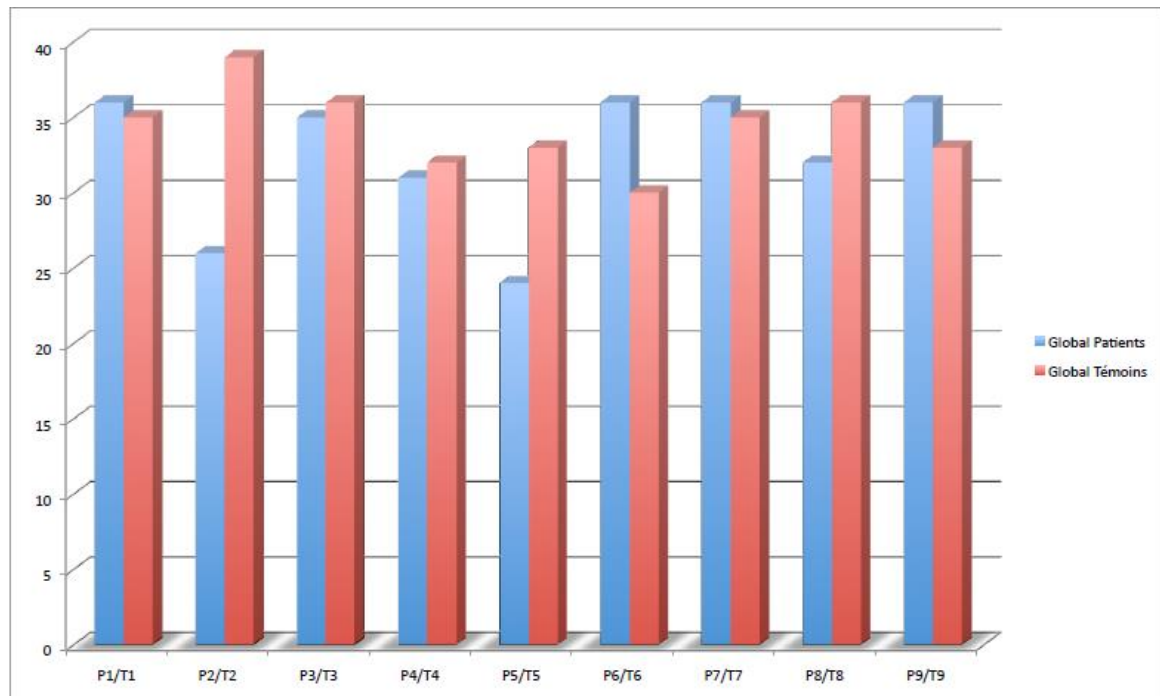
Patients					
Directes			Indirectes		
Explications	Choix de réponses		Explications	Choix de réponses	
P1	20/20	10/10	16/20	10/10	=36/40
P2	9/20	8/10	17/20	10/10	=26/40
P3	17/20	9/10	18/20	10/10	=35/40
P4	19/20	7/10	12/20	10/10	=31/40
P5	9/20	6/10	15/20	10/10	=24/40
P6	18/20	10/10	18/20	9/10	=36/40
P7	20/20	10/10	16/20	8/10	=36/40
P8	19/20	10/10	13/20	6/10	=32/40
P9	17/20	10/10	19/20	10/10	=36/40

Témoins					
Directes			Indirectes		
Explications	Choix de réponses		Explications	Choix de réponses	
T1	18/20	10/10	17/20	10/10	=35/40
T2	19/20	8/10	20/20	10/10	=39/40
T3	16/20	10/10	20/20	10/10	=36/40
T4	18/20	10/10	14/20	10/10	=32/40
T5	15/20	10/10	18/20	10/10	=33/40
T6	10/20	6/10	20/20	10/10	=30/40
T7	16/20	10/10	19/20	8/10	=35/40
T8	19/20	10/10	17/20	10/10	=36/40
T9	16/20	10/10	17/20	10/10	=33/40

	Global		Direct		Indirect	
	Patients	Témoins	Patients	Témoins	Patients	Témoins
Moyenne	32,44444	34,33333	16,44444	16,33333	16	18

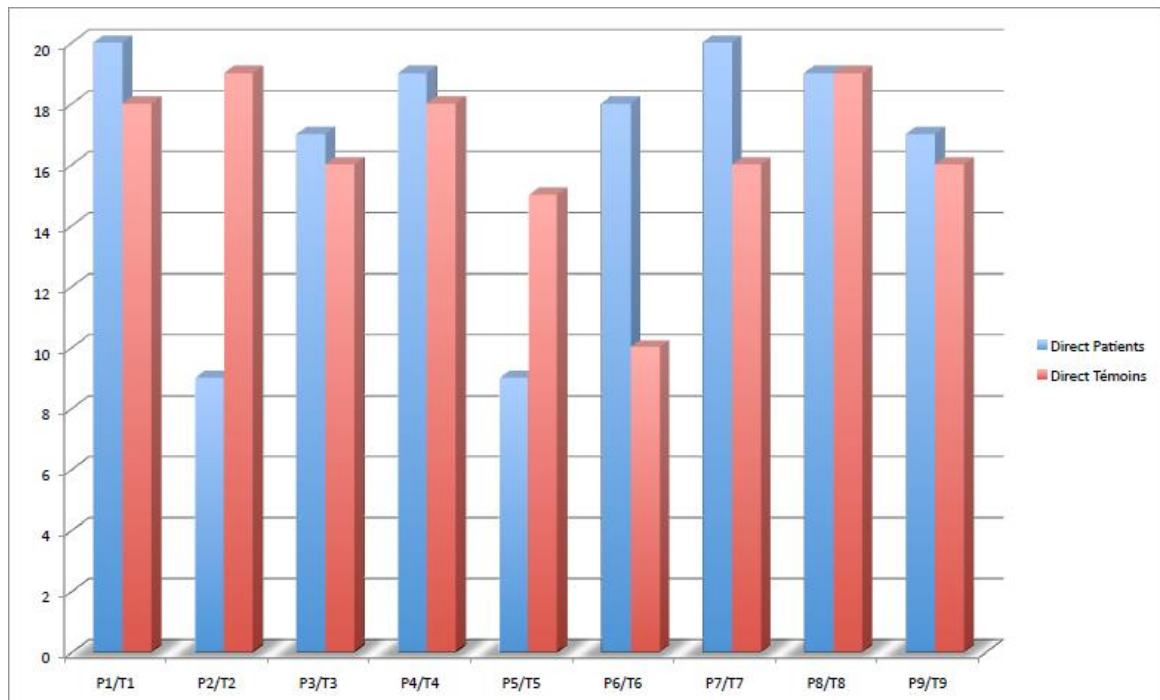
1.2. Comparaison des données

Comparaison du score global patient / témoin :



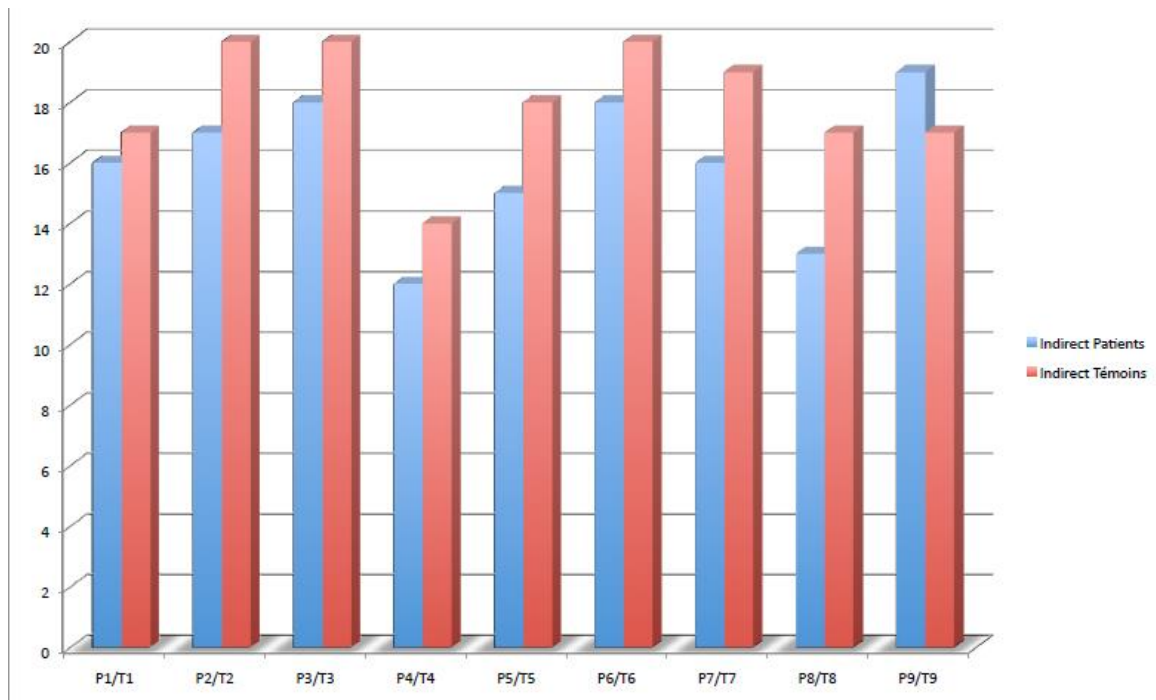
Les résultats ne sont pas homogènes ; tous les sujets patients n'ont pas des résultats plus faibles que les sujets témoins.

Comparaison du score aux phrases directes patient / témoin :



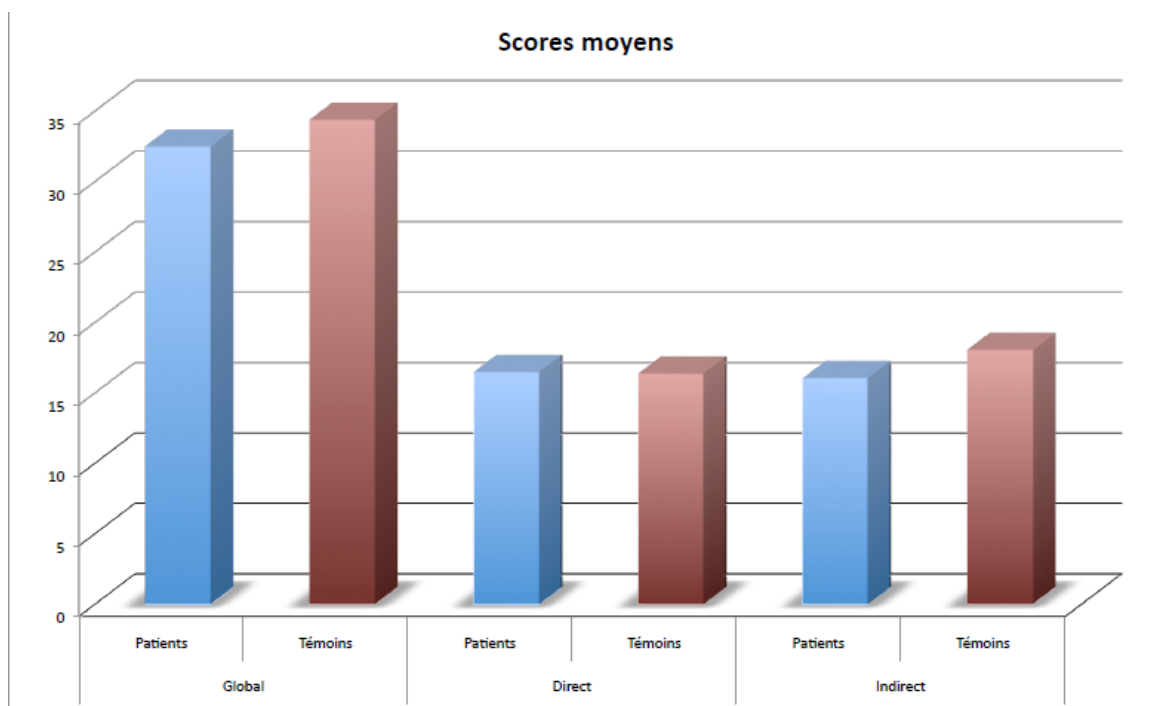
Les témoins ont des difficultés dans l'interprétation du langage direct, et ce plus souvent que les patients.

Comparaison du score aux phrases indirectes patient / témoin :



Les résultats sont presque à l'inverse de ceux correspondant aux phrases directes : les patients ont plus de difficultés dans l'interprétation du langage indirect que les témoins, qui réussissent mieux.

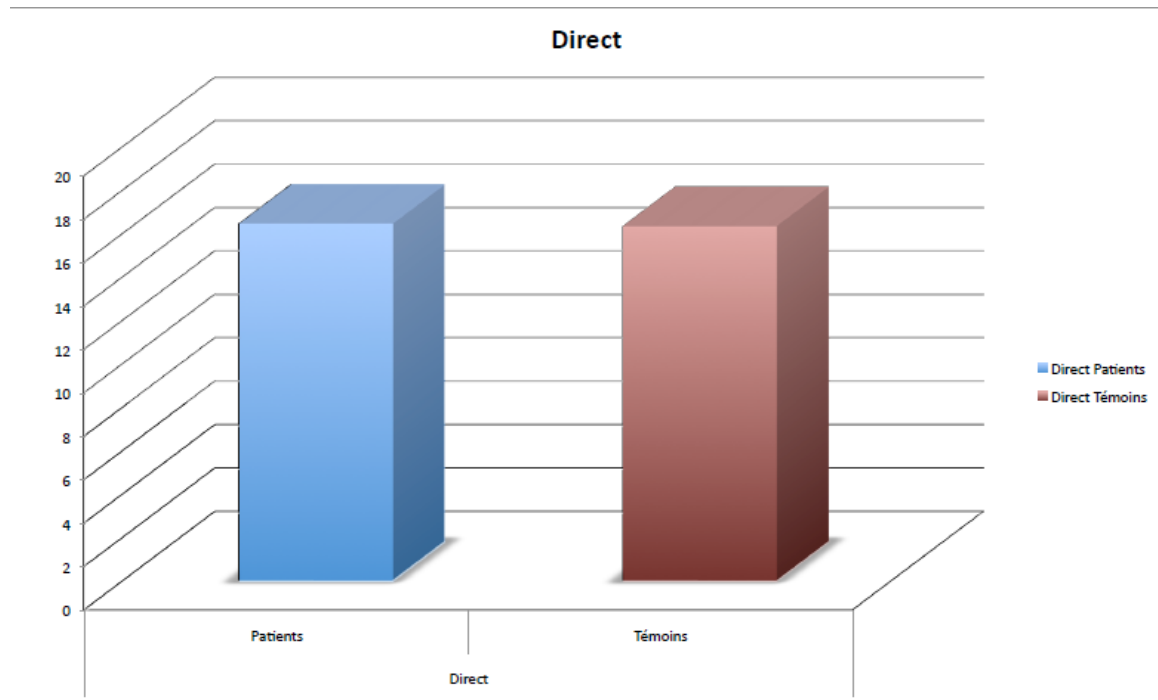
Comparaison des moyennes groupe patient / groupe témoin :



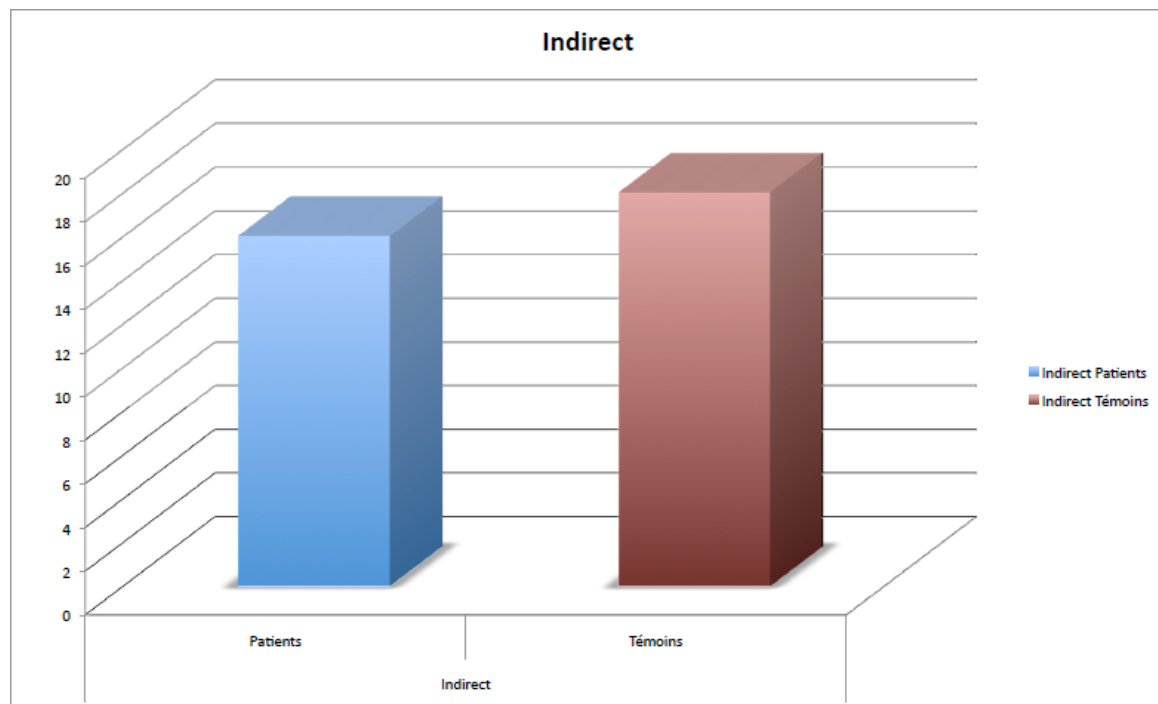
En moyenne, les témoins ont un meilleur score global que les patients. Le résultat est sensiblement le même pour les phrases directes, les phrases indirectes sont quant à elles mieux interprétées par les témoins, les patients faisant plus d'erreurs.

Ci-dessous, le détail :

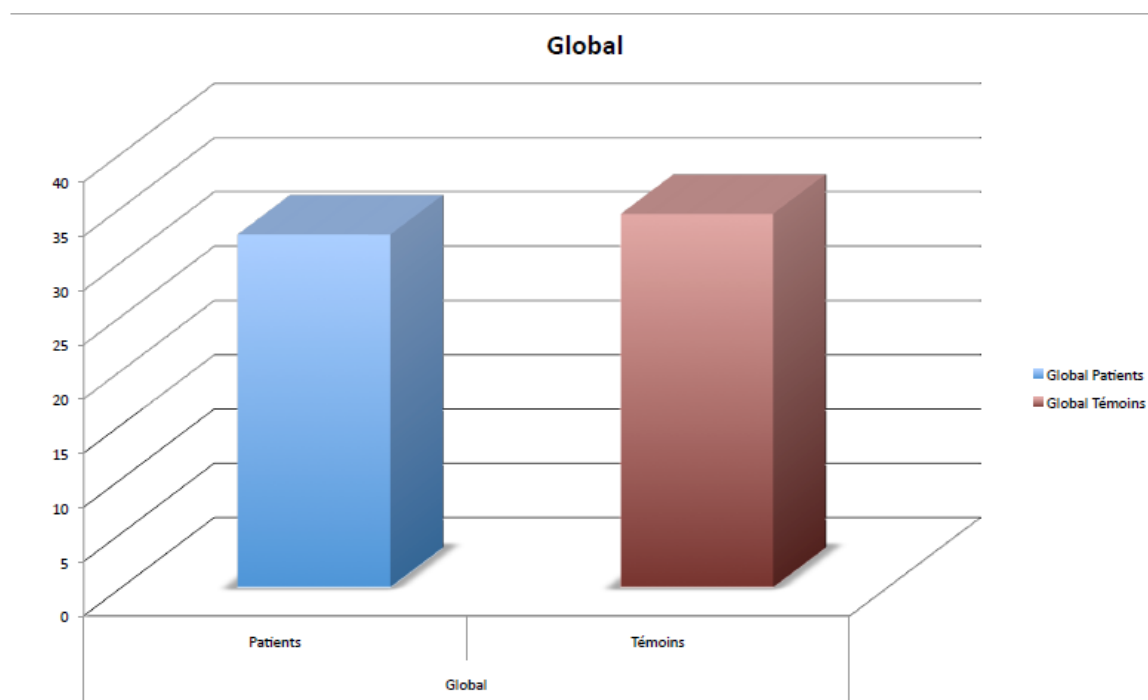
Comparaison des moyennes du score de l'interprétation des phrases directes groupe patient / groupe témoin :



Comparaison des moyennes du score de l'interprétation des phrases indirectes groupe patient / groupe témoin :



Comparaison des moyennes au score global groupe patient / groupe témoin :



Au regard de ces graphiques, nous pouvons en tirer plusieurs observations :

La différence entre les patients et les témoins n'est pas significative : les variables étant continues, les comparaisons ont été effectuées par le test U de Mann-Whitney (test non paramétrique) car les distributions n'étaient pas normales. Les tests ont été faits avec un seuil de signification de 5%. Les patients obtiennent un score moyen de 32,44 au test d'interprétation d'actes de langage direct et indirect, et les témoins, un score moyen de 34,33. Au test U de Mann-Whitney, cette différence n'apparaît pas significative.»

Par ailleurs, il y a plus d'erreurs pour l'interprétation des actes de langage direct que pour les actes de langage indirect, à la fois chez les patients que chez la population contrôle. Cela peut s'expliquer par une régularisation des sujets qui s'attendent à être jugés sur le langage indirect et provoquent alors des sur-interprétations.

Les patients réalisent plus d'erreurs dans les situations indirectes que les témoins, l'indirection y est assez souvent négligée.

Concernant les erreurs de manière générale, et le fait que la différence ne soit pas significative entre les populations, nous nous posons quelques questions :

- Les résultats ne sont pas ceux attendus et les témoins ont un score plus faible en interprétation directe ; le fait que ces sujets ne souffrent pas d'un certain

ralentissement cognitif –par rapport aux sujets patients- fait-il qu'ils puissent « cogiter » davantage et profiter d'une flexibilité mentale qui leur fasse douter plus souvent et donc se tromper plus facilement sur les explications en ajoutant des indirections ?

- Cela expliquerait-t-il aussi pourquoi l'indirection est moins bien interprétée chez les patients car ils régulariseraient moins et n'auraient pas cette stratégie, – la leur serait donc purement aléatoire, ou en tout cas plus biaisée- ?

La grille de cotation (Annexe I) utilisée ne nous semble pas assez précise et le test trop flou pour rendre compte des difficultés rencontrées, et des interprétations plausibles ou non. La population n'est évidemment pas celle ciblée par le protocole MEC. Les témoins rencontrent ici autant de difficultés, voire plus que les patients. Cela peut s'expliquer par la rigidité du test proposé. Il nous semble que l'on est face à des contextes qui peuvent dépendre de chaque conjecture individuelle, et par conséquent, difficiles à interpréter. Les erreurs elles-mêmes sont parfois difficiles à coter. La cotation nous semble ainsi assez subjective.

1.3. Analyse qualitative

Au vu des difficultés liées au test -complexité- et à sa cotation -sensibilité et imprécision-, nous avons pris le parti de nous intéresser aux résultats cotés 0 -les cotations 1 étant selon nous plus délicates à juger-.

Nous dressons donc à partir de ces erreurs, une typologie des interprétations rencontrées le plus souvent, parmi les patients et les témoins :

❖ GENERALISATION

1. d : M. Fortier arrive au travail un jour de canicule. Il dit à son patron: «Il fait frais ici, c'est confortable.» D'après vous, que veut dire M. Fortier? (2 erreurs sur cette phrase)

> Réponse donnée : « Il est content d'aller travailler » (0)

❖ CONTRESENS

1. d : M. Fortier arrive au travail un jour de canicule. Il dit à son patron: «Il fait frais ici, c'est confortable.» D'après vous, que veut dire M. Fortier ?

> Réponse donnée : « Il fait chaud » (0)

2. i : Philippe déménage samedi prochain. Il rencontre un bon ami dans la rue et, après lui avoir annoncé qu'il déménageait, lui dit: «As-tu des projets pour la fin de semaine?» D'après vous, que veut dire Philippe? (4 erreurs sur cette phrase)

> Réponse donnée « Il a envie de faire la fête en fin de semaine » (0)

> Réponse donnée : « Il veut lui proposer quelque chose d'autre que le déménagement pour la fin de semaine ».

❖ NEGLIGENCE DE L'INDIRECTION

2. i : *Philippe déménage samedi prochain. Il rencontre un bon ami dans la rue et, après lui avoir annoncé qu'il déménageait, lui dit: «As-tu des projets pour la fin de semaine?» D'après vous, que veut dire Philippe?* (4 erreurs sur cette phrase)

> Réponse donnée : « Il demande ce que fera son ami » REPONSE DIRECTE, EXPLICITE

> Réponse donnée : « Il lui propose de sortir ».

4. i : *Madeleine et son mari sortent de l'épicerie en prenant chacun quelques sacs. Madeleine dit à son mari: «Ce sac-là est vraiment lourd.» D'après vous, que veut dire Madeleine?*

> Réponse donnée : « Ce sac est lourd ». EXPLICITE, DIRECT

7. i : *Émile cohabite avec son frère. En revenant de l'épicerie, il dit à son frère: «Ça a coûté 68€» D'après vous, que veut dire Émile?*

> Réponse donnée : « Il l'informe de son achat ». EXPLICITE, DIRECT

> Réponse donnée : « Ca a couté 68^E ». EXPLICITE, DIRECT

12. i : *Louise regarde sa voiture stationnée dans la rue et dit à son mari: «Chéri, l'auto est sale.» D'après vous, que veut dire Louise?*

> Réponse donnée : « Elle fait un constat ».

> Réponse donnée : « Elle dit que la voiture est sale ».

11. i : *M. Tremblay est occupé au salon quand le téléphone se met à sonner. Il dit à sa femme: «Le téléphone sonne.» D'après vous, que veut dire M. Tremblay?*

> Réponse donnée : « Le téléphone sonne ».

17. i : *Mme Leblanc attend son fils qui se brosse les dents avant d'aller le reconduire à l'école. Elle lui dit: «François, c'est long.» D'après vous, que veut dire Mme Leblanc?*

> Réponse donnée : « Il met du temps ». (0)

❖ ABSENCE DE REPONSE

3. i : *Madeleine et son mari sortent de l'épicerie en prenant chacun quelques sacs. Madeleine dit à son mari: «Ce sac-là est vraiment lourd.» D'après vous, que veut dire Madeleine?*

> Réponse donnée : « Je sais pas ».

8. d : *M. Fleury travaille dans un bureau et fait imprimer un document. Il dit à sa secrétaire: «Cette imprimante est très performante.» D'après vous, que veut dire M. Fleury ?*

> Réponse donnée : « Je sais pas »

16. d : *Gérard cohabite avec son frère. En revenant de l'épicerie, il dit à son frère : «Il n'y avait presque personne à l'épicerie.» D'après vous, que veut dire Gérard?*

> Réponse donnée : « Je sais pas »

❖ AJOUT D'INDIRECTION

4. d : *Jacques s'assoit au salon pour regarder la télévision. Il dit à sa femme qui est assise près de lui: «Cette nouvelle télévision fonctionne très bien.» D'après vous, que veut dire Jacques?*

> Réponse donnée : « Il est ironique en disant que sa femme regarde trop la télé ». (0)
EXTRAPOLATION INADAPTEE

8. d : *M. Fleury travaille dans un bureau et fait imprimer un document. Il dit à sa secrétaire: «Cette imprimante est très performante.» D'après vous, que veut dire M. Fleury ?*

> Réponse donnée : « Incite la secrétaire à s'en servir »

16. d : *Gérard cohabite avec son frère. En revenant de l'épicerie, il dit à son frère : «Il n'y avait presque personne à l'épicerie.» D'après vous, que veut dire Gérard? (2 erreurs sur cette phrase)*

> Réponse donnée : « La prochaine fois il pourra y aller lui ». AJOUT D'INDIRECTION INADAPTEE

13. d : *Pauline et son mari sortent de l'épicerie en prenant chacun quelques sacs. Pauline dit à son mari: «Ce soir, j'ai envie de manger des pâtes.» D'après vous, que veut dire Pauline ? (3 erreurs sur cette phrase)*

> Réponse donnée : « Elle veut que son mari cuisine ».

> Réponse donnée : « Elle va lui faire des pâtes » (0)

12. d : *André déménage samedi prochain. Il rencontre un ami dans la rue et, après lui avoir annoncé qu'il déménageait, lui dit : « L'appartement est vraiment bien éclairé.» Que veut dire André ?*

> Réponse donnée : « Il pourrait y habiter ». AJOUT D'INDIRECTION, EXTRAPOLATION, REPONSE INAPROPRIEE

> Réponse donnée : « Tu pourrais venir le voir ». INTERPRETATION INDIRECTE INNOPORTUNE

10. d : *M. Fleury travaille dans un bureau et fait imprimer un document. Il dit à sa secrétaire: «Cette imprimante est très performante.» D'après vous, que veut dire M. Fleury ? (4 erreurs sur cette phrase)*

> Réponse donnée : « Elle aurait pu faire le boulot ». INDIRECTION INAPROPRIEE, EXTRAPOLATION

❖ AJOUT INFERENTIEL

18. d : *Marianne regarde sa voiture stationnée dans la rue et dit à son mari: «J'aime bien la couleur que nous avons choisie.» D'après vous, que veut dire Marianne?*

> Réponse donnée « Ensemble ils ne sont pas si mal ». EXTRAPOLATION, INFERENCE INADAPTEE

> Réponse donnée : « Ils ont bon goût ». INFERENCE INADAPTEE

10. d : *M. Fleury travaille dans un bureau et fait imprimer un document. Il dit à sa secrétaire: «Cette imprimante est très performante.» D'après vous, que veut dire M. Fleury ? (4 erreurs sur cette phrase)*

> Réponse donnée : « l'imprimante fonctionne mieux que celle qui est dans le bureau »
+AJOUTS INOPPORTUNS

❖ INTERPRETATION PROJECTIVE

9. i : *Émile cohabite avec son frère. En revenant de l'épicerie, il dit à son frère: «Ça a coûté 68€» D'après vous, que veut dire Émile?*

> Réponse donnée : « C'est cher ».

20. i : *M. Landry travaille dans un bureau et veut faire imprimer un document. Il dit à sa secrétaire : « Il n'y a plus de papier »*

> Réponse donnée : « Il veut dire que sa secrétaire fait mal son travail ».
EXTRAPOLATION (0)

❖ CONFUSION

12. d : *André déménage samedi prochain. Il rencontre un ami dans la rue et, après lui avoir annoncé qu'il déménageait, lui dit : « L'appartement est vraiment bien éclairé.» Que veut dire André ?*

> Réponse donnée : « Qu'il vienne l'aider à déménager » (Confusion avec « Question 3.i »).

QUELQUES REPONSES COTEES « 1 » À TITRE D'EXEMPLE :

14. d : *Claude est dans sa chambre et écoute de la musique. Son père lui dit: «Claude, viens souper.» D'après vous, que veut dire le père de Claude?*

> Réponse donnée : « Qu'il respecte les heures des repas » (1) IMPRECISION

2. i : *Jean est dans sa chambre et écoute de la musique. Son père lui dit: «Jean, la porte de ta chambre est ouverte.» D'après vous, que veut dire le père de Jean? (* 2)*

>Réponse donnée : « Il est gêné par la musique MANQUE UNE ETAPE DANS L'INFERENCE, NEGLIGENCE DE L'INDIRECTION (1)

> Réponse donnée « Il écoute la musique trop forte ». (1)

6. d : *Mme Gauthier regarde son fils qui se brosse les dents avant d'aller à l'école. Elle lui dit: «Tu fais ça comme un grand.» D'après vous, que veut dire Mme Gauthier? (*2)*

>Réponse donnée : « Elle est fière de lui/veut le responsabiliser » (1)

5. d : *M. Lavoie est au salon lorsque le téléphone se met à sonner. Il dit à sa femme: «Je le prends.» D'après vous, que veut dire M. Lavoie?*

>Réponse donnée : « Il attend un appel » (1) AJOUT INFERENTIEL, PAS REPONSE ATTENDUE

Les « choix de réponses » ont été globalement mieux réussis par les sujets. La proposition de choix entre une indirection ou une phrase directe est plus facile à traiter.

Nous remarquons qu'il y a des questions sensiblement plus délicates, où les erreurs reviennent souvent. D'autres, sur lesquelles les sujets n'ont jamais buté, comme la 15 et la 19 notamment, qui sont des questions indirectes.

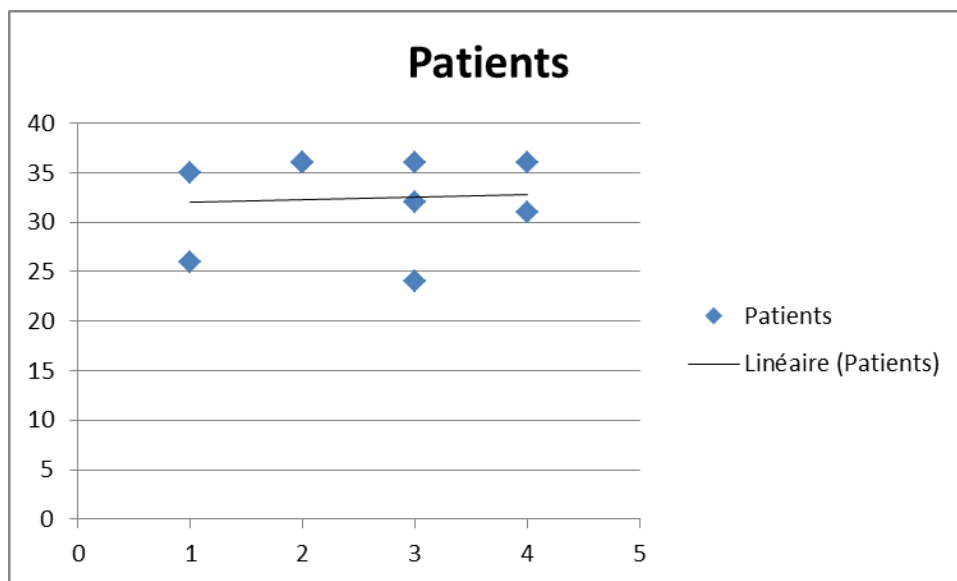
Les types d'erreur qui reviennent le plus souvent sont l'ajout d'indirection et la négligence d'indirection. Le test portant sur ce sujet, il nous semble normal que cela crée des réactions relatives à un contexte de bilan ; des tentatives de « régularisation » -qui

ressemblent aux stratégies de l'hypercorrection en linguistique, où le sujet se trompe en voulant bien faire- ; des stratégies de recherche d'indirection plus qu'il ne faudrait.

Pour conclure, patients et sujets se trouvent en difficulté face à ce test, bien que non pathologiquement, et il n'y a pas de résultats propres aux sujets dépressifs à subjectiver, bien qu'ils se trompent plus dans l'interprétation indirecte que les sujets témoins.

1.4. Les résultats en fonction du nombre d'EDM

Les résultats quantitatifs en fonction du nombre d'EDM :



Il n'y a pas de corrélation entre le nombre d'EDM et le score au test.

2. La gestion de l'implicite

Le protocole a été soumis à 18 personnes dont 9 patients et 9 témoins -10 femmes et 4 hommes-, réparties en 3 catégories d'âge :

-de 20 à 34 ans (2 personnes)

-de 35 à 59 ans (14 personnes)

-de 60 à 75 ans (2 personnes)

Chaque tranche d'âge est encore subdivisée en deux classes de niveaux socio-culturels : moins de 9 ans d'études (jusqu'au niveau BEPC), et au-delà de 10 ans d'études (à partir du niveau de seconde).

Le tableau des auteurs de La Gestion de l'Implicite regroupant les résultats obtenus par les sujets normaux répartis par tranche d'âge et niveau socio-culturel est en Annexe II.

L'étude porte sur un petit nombre de sujets, certainement non exhaustif quant à la validité des résultats et à leur signification. Pour conserver l'anonymat des sujets nous proposons de nommer les sujets patients P1, P2, P3, P4, p5, P6, P7, P8, P9 et les sujets témoins T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9.

2.1. Résultats quantitatifs

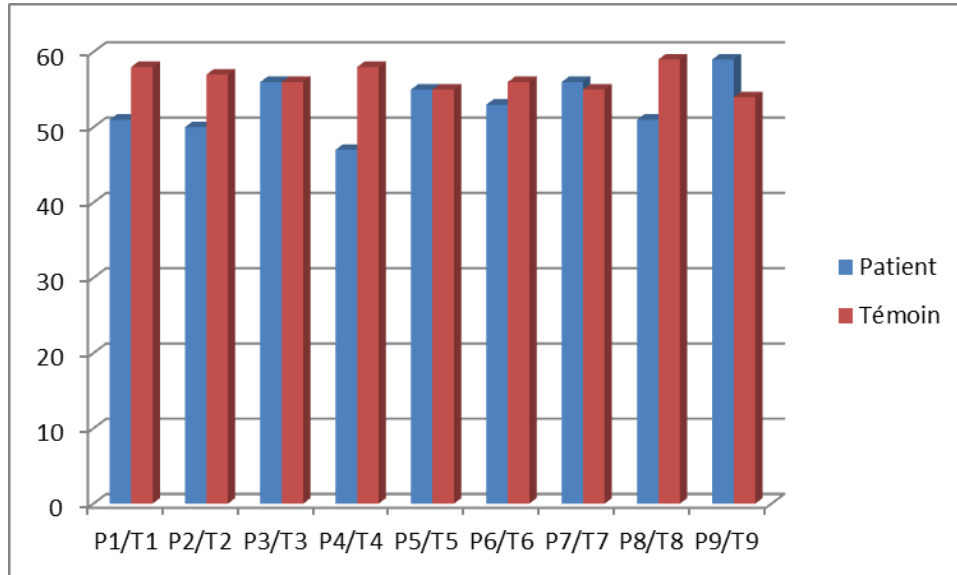
Résultats	Patient	Témoïn
P1/T1	51/60	58/60
P2/T2	50/60	57/60
P3/T3	56/60	56/60
P4/T4	47/60	58/60
P5/T5	55/60	55/60
P6/T6	53/60	56/60
P7/T7	56/60	55/60
P8/T8	51/60	59/60
P9/T9	59/60	54/60

Global	Patients	Témoins
Moyenne des scores	53,1111111	56,4444444

2.2. Comparaison des données

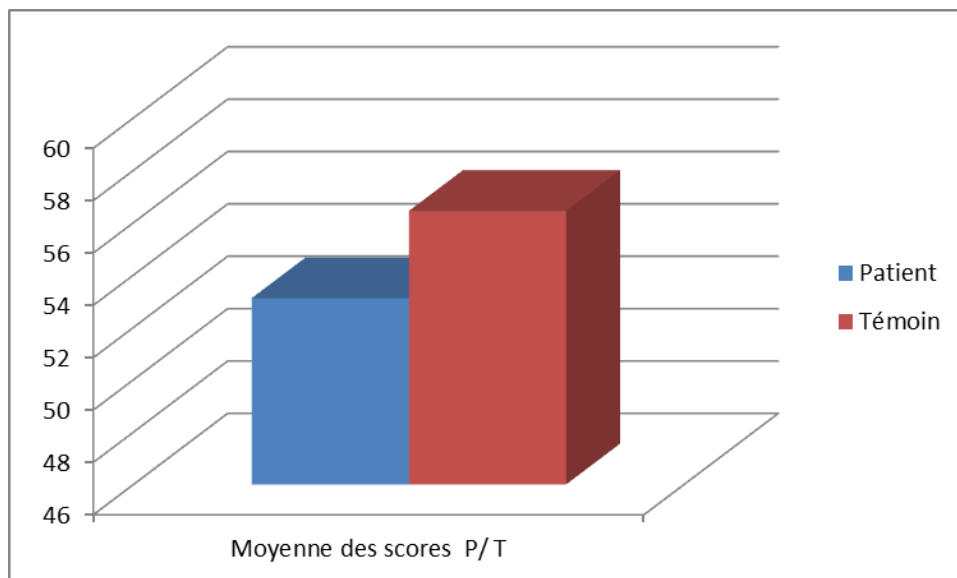
Seules les réponses à la série B sont analysées dans ce protocole.

Comparaison des scores entre chaque patient et témoin :



Dans l'ensemble, les témoins réussissent mieux que les patients (sauf T7 et T9).

Comparaison des moyennes des scores entre le groupe patient et le groupe témoin :

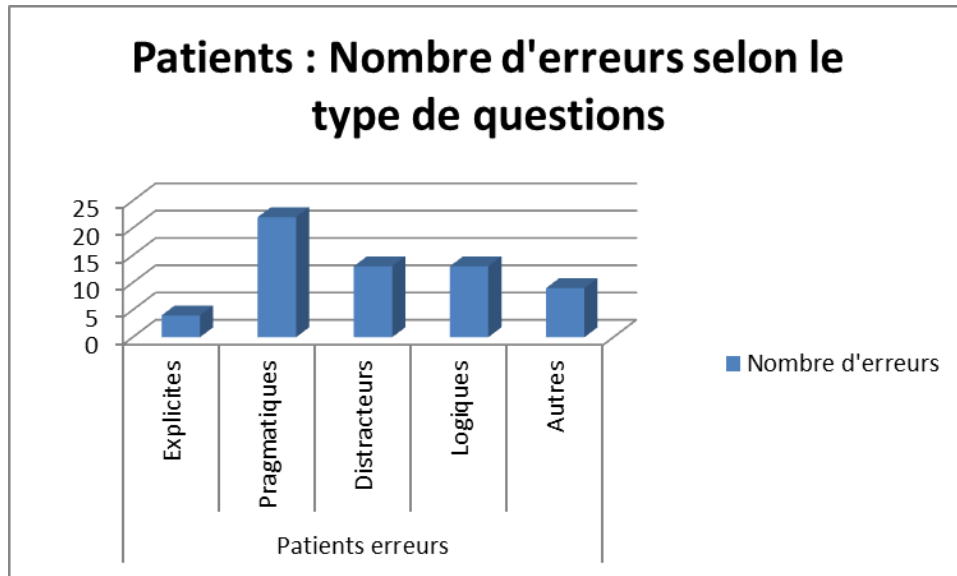


Le groupe témoin a un meilleur score que le groupe patient.

La différence entre les patients et les témoins n'est pas significative : les variables étant continues, les comparaisons ont été effectuées par le test U de Mann-Whitney (test non paramétrique) car les distributions n'étaient pas normales. Les tests ont été faits avec un seuil de signification de 5%. Les patients obtiennent un score moyen de 53,11 au test de Gestion de l'implicite, et les témoins un score moyen de 56,44. Au test U de Mann-Whitney, cette différence n'apparaît pas significative ($p = 0,463$). »

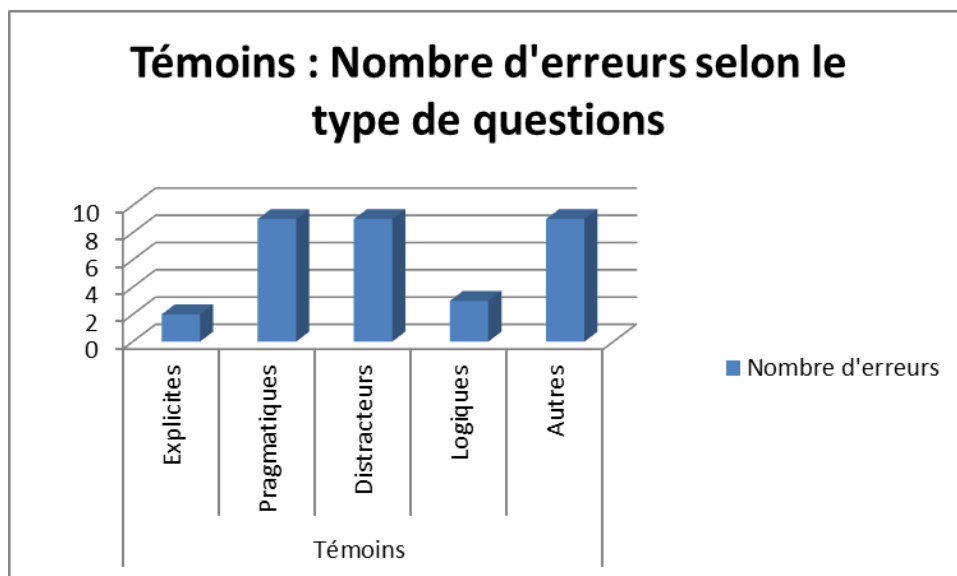
Par ailleurs, dans le détail, nous nous sommes intéressés aux types de questions :

Comparaison du nombre d'erreurs des patients selon le type de questions :



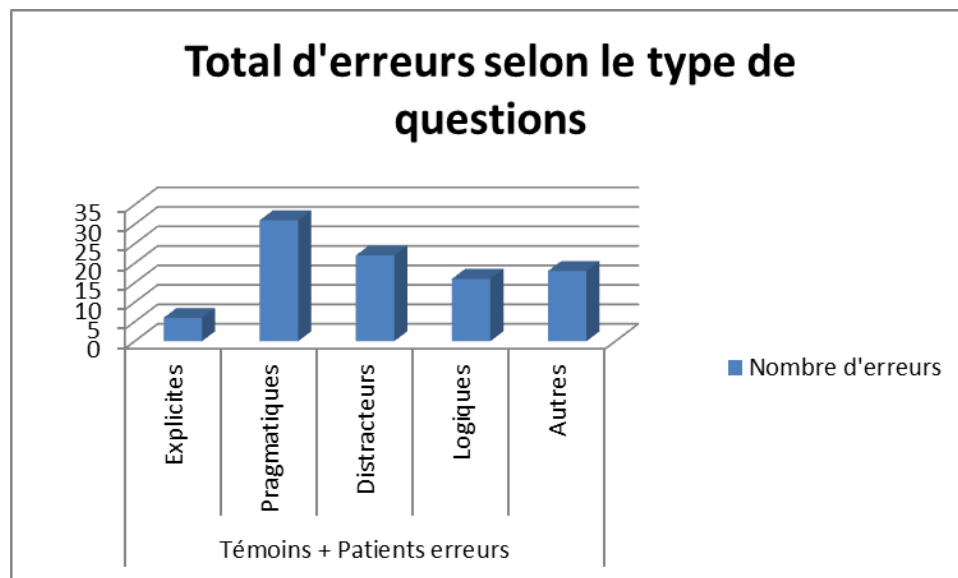
Les patients réalisent considérablement plus d'erreurs de type Pragmatique.

Comparaison du nombre d'erreurs des témoins selon le type de questions :



Les témoins réalisent sensiblement autant d'erreurs de type Pragmatique, que de type Distracteurs, et Autres.

Comparaison du nombre d'erreurs totales selon le type de questions :



En tout, il y a donc plus d'erreurs de type Pragmatique (notamment à cause des patients qui font remonter le total) que d'autres.

2.3. Analyse qualitative

Il est intéressant pour nous de remarquer le nombre considérable et, beaucoup plus élevé, d'erreurs de type Pragmatique chez les patients, en comparaison aux témoins. Cela a une signification quant aux interprétations de ces sujets, qui sont qualitativement différentes de celles des sujets contrôles. Nous savons qu'ici, le sujet doit se servir des connaissances portant sur les scripts habituels, les schémas d'actions logiques et cohérents, la contextualisation et le respect des règles discursives. Les sujets ayant vécu une ou plusieurs dépressions ont plus de difficultés dans ce domaine que les sujets qui n'en ont jamais vécu, et ce, plus spécifiquement. Par rapport au tableau de cotation (Annexe II), selon le niveau socio-culturel, l'ensemble des patients et des témoins dans leur globalité commet un nombre d'erreurs acceptable par le protocole. Les auteurs considèrent qu'un sujet qui réaliserait un nombre d'erreurs supérieur à celui indiqué dans le tableau présenterait un déficit dans la compréhension des énoncés verbaux.

La notation nous semble sévère et peu précise de nouveau, car beaucoup de choses peuvent jouer sur une mauvaise réponse. Il est difficile selon nous d'objectiver ces résultats. Cela dit, la Série A -et la B-, sont très intéressantes qualitativement lorsque l'on réfléchit à la manière dont le sujet procède par inférences, et aboutit à ses déductions. Il faut savoir que ce test était présenté secondairement au premier, que la fin était plus difficile pour les sujets qui fatiguaient, car la série A demandait des explications de leur part. Dans le détail, nous avons pu relever quelques scores pathologiques chez des sujets, selon le type de questions, pour trois patients et un témoin. Ces erreurs nous semblent quant à elles analysables et discutables. Il s'agit des questions Pragmatiques, Logiques, Distracteurs et Autres. Nous prendrons ici le cas de la patiente, Mme Sa, M. Ba, Mme Pa et le témoin Mme X, afin de les expliciter et à titre d'exemple.

Mme Sa : a un score pathologique pour les erreurs « Logiques » (3), de type « Distracteurs » (7), et « Autres » (2).

Les Durand : *Catherine dit : « Pierre Durand est un enfant pénible, pourtant il est plus sage que son frère. »*

Le frère de Pierre est-il très sage ? NON (Logique) > réponse donnée : « oui »

- Comparaison terme à terme qui serait simple s'il n'y avait une contradiction interne à l'énoncé, contradiction apparente que le sujet doit résoudre pour répondre à la question (« Très pénible mais plus sage qu'un autre » = « pas très sage »).

Luc : *Nadine appelle Luc et lui dit : « Eh dis donc, tu as vu l'heure ? », et Luc lui répond : « Oui, je sais mais je ne trouve pas mes clefs de voiture. »*

Luc a-t-il rendez-vous chez le dentiste ? JE NE PEUX PAS REPONDRE (Distracteur) > réponse donnée : « non ».

- Mme Sa répond presque systématiquement à tous les distracteurs par NON.

Henri : *Henri dit à Paul : « Pour les prochaines élections, il faut aller voter car le Front National risque de remporter trop de sièges ».*

Henri pense-t-il que l'abstention est un bon moyen de lutter contre le front national ? NON (Autre) > réponse donnée « oui ».

- Il faut mettre en relation l'énoncé elliptique « si l'on ne va pas voter » avec le nombre de sièges remportés. Relation logique de cause à effet qui est renforcée et orientée par l'emploi des mots « risque » et « trop ».

La série A avait été moyenne, envahie par beaucoup de souvenirs anecdotiques.

M. Ba : a un score pathologique pour les questions de type Explicites (2), Logiques (2), et Pragmatiques (5).

Lola : *Lola avait trois ans quand ses parents ont immigré en France avec toute leur famille. Lola a 18 ans aujourd'hui et son frère 4 ans de plus qu'elle.*

Les parents de Lola sont-ils d'origine étrangère ? OUI (Explicite) > réponse donnée : « je ne peux pas répondre »

- Il faut connaître le terme « immigrer ». Il s'agit d'un présupposé : pour immigrer il faut être étranger d'origine. M. Ba (Bac + 2, gérant d'entreprise) connaît ce terme, alors serait-ce un problème d'attention, ou de balayage trop rapide ?

Age : *Marie est nettement plus âgée que Laure et Laure est plus âgée que Béatrice.*

Laure est-elle plus jeune que Marie ? OUI (Logique) > réponse donnée : « non »

- Comparaison de deux éléments avec inversion de présentation entre énoncé et question, il faut être concentré.

Varicelle : *Clément n'a pas eu la varicelle, c'est pourquoi sa mère préfère l'envoyer chez son cousin Rémi pendant trois jours. La mère de Clément estime qu'il vaudrait mieux qu'il attrape cette maladie avant 12 ans.*

Rémi a-t-il la varicelle ? OUI (Pragmatique) > réponse donnée : « je ne peux pas répondre »

- Conflit entre la notion de quarantaine plutôt bien admise par la majorité et la démarche de la mère de Clément.

La série A était mauvaise, avec des interprétations très projectives et autocentrées.

Mme PA : a un score pathologique pour les erreurs de type Logiques (3) et Autres (2).

Film : *Je ne peux pas enregistrer les deux films sur cette cassette de 180 minutes ; il ne me reste que 80 minutes après l'enregistrement du premier film.*

Le premier film a-t-il duré 80 minutes ? NON (Logique) > réponse donnée « je ne peux pas répondre ».

- Différence (soustraction) entre deux propositions. Difficulté reposant sur l'énoncé de la question qui reprend le même chiffre que dans l'énoncé mais pour une proposition autre = confusion.

Henri : *Henri dit à Paul : »Pour les prochaines élections, il faut aller voter car le Front National risque de remporter trop de sièges «.*

Henri pense-t-il que Paul va voter Front national ? NON (Autres) > réponse donnée : « je ne peux pas répondre ».

- Il faut, pour commencer, compléter l'énoncé elliptique « si on ne va pas voter » par « si on y va ». Le connecteur « car » oblige à penser qu'il y a un rapport de cause à effet entre le fait d'aller voter et le risque de voir le Front National remporter trop de sièges. Le « trop » présuppose que c'est « plus qu'il n'en veut » et l'injonction « il faut » indique que le locuteur n'a pas une position neutre dans ce constat.

La série A a donné beaucoup de réponses projectives.

Mme X: a un score pathologique pour les questions de type « Autres ».

Enquête : *Lors d'une enquête policière pour meurtre, le commissaire dit au gendre de la victime : « Tout le monde vous a entendu vous disputer avec votre beau-père très souvent, et de plus, vous ne pouvez pas me dire ce que vous faisiez entre 16h et 17h hier soir. »*

Le crime a-t-il eu lieu après 17h ? NON (Autre) > réponse donnée : « je ne peux pas répondre »

- Opération logique de déduction complétée par la connaissance du script d'une enquête policière. Il faut ajouter à cela le respect de la règle de pertinence de la part du policier (ne demanderait pas d'alibi pour une heure différente de celle du crime).

Pêche : *Moi, je n'ai pêché que des truites dans cette rivière, et le seul poisson que nous ayons mangé cette semaine n'est pas une truite.*

Est-ce que je suis allée pêcher parce que nous n'avions rien à manger ? NON (Autre) > réponse donnée « je ne peux pas répondre ».

- Il faut d'abord avoir bien résolu l'inférence logique de la première question. De plus, il faut balayer un champ de contextualisation assez large et faire référence à une logique d'actions et de comportements : si le personnage est allé pêcher pour se nourrir, cela semble incohérent qu'il ne se nourrisse pas du produit de sa pêche.

La série A était correcte avec quelques sur-interprétations et omissions.

Explications selon le type de question : (éléments tirés du livret explicatif du test « Gestion de l'Implicite »).

Les auteurs nous précisent que penser des erreurs selon le type de question, et nous pouvons y réfléchir par rapport à nos sujets :

-**Les explicites** : Nous pourrions avoir à faire à des sujets qui a priori remettent en cause les affirmations du texte en refusant de considérer la validité des propositions --> attitude déviante par rapport au principe de coopération et aux règles d'informativité de la communication. (**M. Ba**)

-**Les logiques** : Déficit probable dans les capacités de déduction, de raisonnement logique à partir d'un matériel verbal. Ces questions nécessitent le respect des règles d'informativité. Les personnes qui ne les respectent pas ont également fait des erreurs dans la catégorie « explicites » (c'est le cas ici de **M. Ba**). Si le sujet a répondu correctement aux explicites --> déficit portant sur les stratégies opératoires dans la

résolution de problèmes logiques (c'est le cas dans notre étude pour **Mme Sa** et **Mme Pa**).

-Les distracteurs : Ici le degré d'incertitude doit être supérieur à celui de la vraisemblance. Si le texte respecte le principe d'exhaustivité (ce qui doit être le cas), le lecteur ne peut répondre autre chose que « je ne peux pas savoir ». On peut observer ici plusieurs types de réponses ; la réticence du sujet à répondre « je ne sais pas », comme si cela mettait en jeu une incapacité personnelle, la passivité intellectuelle du sujet qui répond « oui » (tendance à admettre sans critique une proposition d'interprétation suggérée), la création de la propre interprétation du sujet qui répond systématiquement « non » et refuse la maxime de quantité. Celui qui ne remet pas en cause son interprétation erronée montre un manque de souplesse intellectuelle. Cela peut aussi être des sujets qui s'en tiennent à des propositions explicites et rejettent toute proposition non littéralement formulée. Ce type de question évalue la capacité des sujets à rentrer dans une interprétation incohérente, s'ils se laissent détourner et comment ils adhèrent à une autre éventualité, leur dépendance à un jugement tiers et leur flexibilité dans le jugement. Cela peut révéler un manque d'assurance ou de détermination. Cependant, des réponses par « oui » ou « non » peuvent être inattendues mais légitimes, précisent les auteurs. De fait, elles peuvent trouver leur justification dans une approche empirique et personnalisée des textes. **Mme Sa** a fait beaucoup d'erreurs dans les distracteurs, il se trouve qu'elle personnalisait souvent les énoncés de la série A, et répondait souvent « non » aux distracteurs pour la série B. Nous pouvons penser qu'il y a une tendance à la personnalisation chez ce sujet- en lien avec sa symptomatologie ?-, ce qui expliquerait la non-remise en cause de ses interprétations.

-Les pragmatiques : Ici les erreurs sont difficiles à analyser.

Si les résultats aux autres catégories de questions sont également pathologiques, il faut remettre en cause les capacités de compréhension générale des énoncés ou la facilité à admettre les contraintes du protocole.

Si les scores des trois premières catégories de questions sont bons, on remettra alors en cause les compétences inférentielles du sujet.

La règle de pertinence et le critère de familiarité des actions évoquées doivent tempérer la diversité des conjectures personnelles pour que le sujet ne commette pas d'erreurs. Les mauvais résultats ici rendent compte d'une mauvaise gestion de la contextualisation, des règles de pertinence et de cohérence. (**M. Ba**) Certains sujets ne respectent pas le critère d'informativité de l'énoncé et dérogent à la règle de pertinence : ils donnent des interprétations déviantes et souvent très projectives. (**M. Ba**) Il peut également y avoir des sujets qui ne peuvent utiliser leur savoir encyclopédique pour l'inférence. Ils restent au stade de l'explicite et ne gèrent pas le non-dit, ce qui dénote d'une sorte de rigidité mentale. On peut également mettre en cause une énergie cognitive réduite comme dans un trouble assez global où la mémoire de travail est atteinte (ce qui est le cas chez les patients dépressifs).

Autres : Ces questions mettent en jeu la logique et la pragmatique, on peut donc s'attendre à de moins bons résultats. Elles nécessitent une énergie cognitive plus coûteuse. Un déficit portant uniquement sur ces questions peut révéler une défaillance des procédures cognitives.

Pour conclure, patients et sujets se trouvent en difficulté face à ce test, bien que non pathologiquement. Les sujets dépressifs présentent une faiblesse particulière en Pragmatique, par rapport à la population contrôle. Néanmoins, nous ne pouvons pas subjectiver de résultats significatifs propres aux sujets dépressifs.

2.4. Les résultats en fonction du nombre d'EDM

Il ne saurait y avoir de corrélation entre les résultats quantitatifs au test de la Gestion de l'implicite et le nombre d'EDM vécus par les patients.

3. Entretien anamnestique

Lors de l'entretien anamnestique qui précédait les tests nous avons pu recueillir de riches observations du langage et de la communication des sujets dépressifs. C'est aussi ce qui nous intéressait dans ce travail, pouvoir se rendre compte qualitativement des difficultés qui se répercutent dans les situations de communication naturelles, et qui jouent sur les relations.

Lors des dialogues -voire des monologues-, nous avons pu entendre souvent des dévalorisations des sujets sur eux-mêmes : « Je suis nulle », « Chez moi, tout est toujours négatif ». Les sujets dépressifs, parlent d'eux-mêmes assez négativement. Ce genre de remarques étaient lancées concernant le test qui allait suivre, comme une justification et un stress par rapport à la situation de bilan. « Ça sera pas trop dur ? ». Par rapport à cela, les témoins aussi montraient un stress quant à un éventuel échec aux items. C'est aussi le problème lié aux bilans quels qu'ils soient, qui évaluent des capacités à un moment précis, et pour lesquels il faut prendre en compte l'attitude du sujet qui est mis dans cette situation, qui ne serait pas la même en situation normale. Beaucoup, chez les témoins, par rapport au sujet du mémoire, faisaient un amalgame et craignaient d'apparaître « dépressifs » s'ils faisaient des erreurs.

Certains, avaient une voix monocorde, assez basse, pour lesquels il était parfois difficile de discriminer les réponses, et un visage assez impassible, inexpressif.

La question leur était posée sur l'appréciation qu'ils pouvaient faire de leurs relations interpersonnelles. Certains n'hésitèrent pas à dire qu'elles leur étaient tout à fait satisfaisantes, d'autres insatisfaisantes et tendues. D'autres expliquèrent « tout de go » leurs difficultés, textuellement : « manque du mot », « pseudo-bégaiement », « hypersensibilité aux mots », « en crise ; grosses difficultés de communication », « sentiment d'être incompris ».

Il y a eu parfois des difficultés de compréhension dès le début, avant de commencer le premier test, notamment par rapport aux consignes, qui nous semblaient pourtant très bien expliqués par le protocole (MEC).

VII. Discussion

Le but de notre étude était de déterminer si les patients dépressifs présentaient des troubles de la pragmatique du langage, en comparaison à une population contrôle. Bien qu'il y ait une différence entre les moyennes des scores obtenus (Pour le MEC : Patients = 32,44 et Témoins = 34,33, et pour la Gdi : Patients = 53,11 et Témoins = 56,44), les analyses statistiques n'ont, quant à elles, pas montré de différences significatives.

De plus, nous nous demandions si les résultats seraient plus faibles en fonction d'un plus grand nombre d'EDM vécus. Les principaux résultats obtenus ne nous permettent pas de conclure et de répondre catégoriquement à ces questions. Pour le test d'interprétation des actes de langage direct et indirect, la différence n'est pas significative entre les deux populations, ainsi que pour le test de la Gestion de l'implicite. Cependant, nous avons remarqué pour ce dernier une spécificité des sujets dépressifs sur les erreurs de type Pragmatique. Nos observations qualitatives nous permettent tout de même de remarquer effectivement des difficultés chez ces sujets de cet ordre-là.

Nous avons rencontré les difficultés méthodologiques propres à la population ciblée, et au domaine testé.

1. Le recrutement

Nous avons voulu, par intérêt et pour rendre l'étude faisable, nous intéresser à des sujets dépressifs en rémission. Ceux-ci ne sont alors plus à l'hôpital, et il faut les contacter afin de leur demander de nous donner du temps et de se livrer. C'est déjà, une chose difficile pour ces sujets qui sortent pour beaucoup de périodes très dures psychologiquement. Nous avons essayé évidemment des refus, ou des absences de réponse. Nous avons multiplié nos chances en élargissant aux psychiatres en libéral, mais nous nous sommes heurtés à des problèmes de comorbidité importants (troubles anxieux ou médicaux avérés, traitements autres importants, etc.) qui ne respectaient pas nos critères d'exclusion.

L'état de rémission devait être assuré par le psychiatre en charge, car nous ne pouvions ajouter aux passations celle d'une échelle de Hamilton (HDRS) pour vérifier si le score était bien $<$ ou $=$ à 7. De même que les critères devaient être respectés par eux. La difficulté qui a été celle de trouver des sujets, nous a mené à nous retrouver devant des individus qui multipliaient des critères qui les excluaient des passations : illettrisme, maladies graves, troubles anxieux graves associés, traitements lourds, deuils ou âge avancé. Nous avons donc exclu autant que possible les sujets qui nous semblaient réunir trop de biais pour l'étude.

Le recrutement des témoins nous a également posé problème puisqu'il a débuté tardivement. En effet, la décision a été prise plus tard de les recruter, nous sommes effectivement passés par plusieurs étapes de réflexion concernant cette étude, pour laquelle nous avons plusieurs projets. Le recrutement s'est fait dans la communauté - professionnelle et personnelle- avec pour commencer, le problème de la familiarité avec l'examineur-. Tester une personne inconnue et une personne connue n'a évidemment pas le même impact. De plus, nous nous sommes retrouvés également face à des sujets

qui, sans nous le dire au début, présentaient en fait soit des troubles anxieux, soit des antécédents de burn-out, soit des états dépressifs non diagnostiqués. Nous avons d'ailleurs rencontré un sujet pour le groupe contrôle qui avait vécu un EDM 10 ans auparavant, que nous avons finalement intégré à notre population de patients.

Comme nous le disions plus tôt dans notre partie théorique, c'est aussi une difficulté propre à la population étudiée dans cette étude, car nous savons que beaucoup de personnes n'ont pas accès au diagnostic et aux soins pour de multiples raisons. Il semble donc normal de rencontrer parmi les individus dits « sains », des personnes en souffrance.

Le petit nombre de sujets testés ainsi que les biais dont nous faisons part expliquent pourquoi il est difficile de subjectiver des troubles de la pragmatique comme nous l'espérons, ainsi que de recueillir des résultats significatifs à cette étude.

2. Les tests

Nous pensons que les tests choisis ne nous ont pas permis de mettre en évidence des difficultés pragmatiques chez ces sujets en raison de leur manque de subtilité. Nous avons vu que notre population n'avait pas de résultats pathologiques par rapport aux grilles de cotations normalisées. Il pourrait être probable que ces tests puissent permettre de distinguer un niveau de difficultés sévère d'un niveau de difficultés moyen mais en revanche, qu'ils ne soient pas en mesure de discriminer un niveau de difficultés moyen ou léger d'une absence de difficultés. C'est ce que l'on appelle l'effet plafond. Il serait peut-être intéressant, dans une optique plus globale de mettre en place d'autres tâches qui requièrent d'autres habiletés langagières, pragmatiques ou cognitives. Bien que le premier test s'effectuait à l'oral (MEC), beaucoup de sujets, -plus de témoins que de patients-, hésitaient entre les interprétations d'actes de langage indirects ; certains énoncés pouvaient être ambigus puisqu'une grande majorité des sujets, aussi bien dans la population dépressive que dans la population témoin, présentait les mêmes erreurs. En effet, les sujets étaient aidés de la prosodie et des attitudes non-verbales de l'examineur, ce qui pouvait se rapprocher le plus d'une situation naturelle de communication, mais il existe tout de même un biais culturel et écologique important dans l'interprétation des énoncés.

C'est le problème propre à la pragmatique du langage, qui est très difficile à tester. En effet, comment rendre un test le plus proche possible d'une situation naturelle de communication, avec un contexte inducteur assez clair, des éléments suffisamment précis et vraisemblables ? Les deux tests présentaient des biais importants à ce sujet, de plus ils n'étaient évidemment pas conçus pour des sujets dépressifs, donc n'étaient pas forcément adéquats, ni dans l'évaluation, ni dans la cotation.

L'objectivation des résultats posait problème par la suite. Une mauvaise réponse peut être imputable à de nombreuses variables aléatoires comme l'attention, la fatigue, le lieu et les biais encyclopédiques et culturels du sujet. En effet, dans les sociétés latines par exemple, les règles du langage direct et indirect ne sont pas les mêmes que dans les sociétés nordistes. De fait, la question se pose de la subjectivité de l'interprétation dans les actes de langage indirect. Le manque d'attention et la fatigue posaient autant problème

aux témoins qu'aux patients, bien que ces derniers pouvaient subir en plus, les difficultés propres à la sémiologie de la pathologie même en rémission.

Le choix des tests a été fait dans le but d'avoir des évaluations étalonnées, fiables et standardisées. Le tout ne devait pas durer longtemps, et ne devait pas représenter un coût cognitif trop important pour les sujets.

Le choix s'est porté sur ceux-ci car le protocole MEC a beaucoup été utilisé dans des travaux évaluant la pragmatique en psychiatrie, et la Gestion de l'implicite nous semblait fort intéressant et plus sophistiqué.

Dans la mesure où nous n'avons pas pu subjectiver de résultats significatifs, il était difficile pour nous de répondre à nos autres questionnements et hypothèses. Ces derniers ne prétendaient pas proposer de postulats, mais nous faire réfléchir à de potentiels liens de cause à effet.

Le nombre d'EDM vécus n'a trouvé aucune corrélation avec les résultats obtenus par cette faible population et devant ces tests.

Les résultats quantitatifs à un test ne sont pas toujours fiables selon la question posée. Cela dépend de ce que l'on cherche à analyser. C'est ce dont nous nous sommes rendu compte avec ce protocole, lorsque le score des témoins était par exemple plus faible que le score des patients. Le résultat n'était alors pas à prendre en compte quantitativement, mais qualitativement. En effet, en comprenant le mécanisme inférentiel qui avait poussé les sujets à donner de mauvaises réponses, nous avons compris quels biais entraient en jeu et que d'autres variables créaient des différences entre les performances.

3. Perspectives

Ces critères –population et tests- ont été des obstacles à notre étude. Nous pensons qu'avec plus de temps, cela nous aurait permis de réunir une plus grande population, plus homogène et appariée en niveau socio-culturel plus précisément, nous aurions pu donner plus de signification à notre travail. Il serait donc intéressant de mettre en place de nouvelles études sur un temps plus long et avec davantage de patients afin d'homogénéiser et globaliser les résultats trouvés. De plus, il aurait fallu sans doute élaborer un protocole plus écologique mais qui n'aurait pas été validé et standardisé, ou le compléter par d'autres tâches complémentaires. Il serait intéressant d'évaluer la théorie de l'esprit dans le cadre de la recherche des troubles communicationnels, mais sans support verbal (faux-pas test, par exemple).

Il pourrait également être intéressant d'analyser spécifiquement l'expression de la population dépressive à partir de corpus de textes (à l'écrit ou à l'oral) à partir d'enregistrements en situation de communication, en procédant à une analyse pragmatique.

CONCLUSION

La dépression, problème majeur de santé publique, affecte donc les processus cognitifs ; l'attention, la mémoire, les fonctions exécutives et le langage. Cette pathologie, récidivante, nous l'avons vu, a des conséquences multiples sur le plan familial, social, professionnel et économique et ce que ce soit après rémission ou guérison.

Des études avaient déjà été fournies sur les troubles du langage -instrumentaux- chez le sujet dépressif, et plus récemment sur la pragmatique du langage, en comparaison à une population schizophrène. Il était intéressant de s'y intéresser plus spécifiquement en comparaison à un groupe contrôle et de façon pure.

Notre travail portait spécifiquement sur les troubles de la communication, de la pragmatique du langage dans la dépression unipolaire, et chez les patients en rémission, qui, nous l'avons exploré, présentent des séquelles de leurs troubles pendant cette période. Or, nous savons qu'ils souffrent, en crise, de difficultés notamment langagières et interactionnelles.

Nous avons donc réalisé une revue de la littérature concernant le trouble dépressif et la communication dans un premier lieu, puis, en un second temps, nous avons décrit notre expérimentation, les résultats obtenus et les observations que l'on avait pu en faire. Nous avons testé la compréhension de l'interprétation d'actes de langage direct et indirect, et la compréhension du langage implicite qui passe par des processus inférentiels, des calculs interprétatifs, des capacités pragmatiques et du raisonnement logique. Le versant réception de la communication a donc été exploré ici, en pragmatique, ainsi que les capacités cognitives nécessaires à son bon fonctionnement.

Nous n'avons pas pu valider nos hypothèses statistiquement mais nous nous sommes permis d'ouvrir des perspectives concernant cette pathologie et son symptôme langagier. En effet, nous avons remarqué qualitativement des difficultés pragmatiques et inférentiels (notamment dans l'indirection) que nos tests ne pouvaient analyser subtilement, et que notre petite population ne pouvait objectiver.

Nous n'avons pas pu établir de lien entre le nombre de récidives et la sévérité des troubles, mais nous nous questionnons toujours sur la relation de cause à effet existant potentiellement entre troubles communicationnels et rechutes notamment.

Pour conclure, nous pouvons dire que cette étude, malgré ses limites, peut être améliorée méthodologiquement. Ce travail n'a pas répondu à nos questionnements, mais nous l'espérons, a préparé un terrain plus propice à la poursuite de la recherche en orthophonie, notamment en psychiatrie, et dans la dépression, là où l'on explore peu, pour des travaux de plus grande envergure.

Un étalonnage sur une plus grande population et sur une période plus longue pourrait être intéressant, ainsi qu'un appariement plus homogène en âge, sexe et niveau socio-culturel.

Nous nous questionnons toujours sur le langage de ces patients ainsi que leur communication. Cela nourrit la réflexion à propos de l'intérêt et la place de l'orthophoniste auprès d'eux.

La place qu'occupe la communication dans l'adaptation sociale nous fait penser que nous pourrions y avoir un rôle à jouer.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

BERNICOT, J. TROGNON, A. GUIDETTI, M. MUSIOL, M. Pragmatique et psychologie, Editions Presses Universitaires de Nancy, Collection Langage-Cognition-Interaction, 2002, p.73

BIOY. A, FOUQUES. D. Psychologie clinique et Psychopathologie, Paris, Dunod, Collection Manuels visuels de Licence, 2008, p.163, ISBN 978-2-10-051581-3

BLACKBURN. I-M, COTTRAUX. J. Thérapie cognitive de la dépression, Elsevier Masson, Collection Médecine et psychothérapie, 2ème édition, 2001, pages 4, 21, 29, ISBN-13: 978-2294007262

BRACOPS, M. Introduction à la pragmatique, *Les théories fondatrices : actes de langage, pragmatique cognitive, pragmatique intégrée*, Manuels, de Boeck, Collection Champs linguistiques, 2006, p. 13, 15, 19, 39, 60, 77, 84, ISBN 2-8011-1370-0

BRIN .F, COURRIER. C, LEDERLE E, MASY V. Dictionnaire d'orthophonie, Isbergues : Orthoédition, 3ème édition, 2004, pages 83, 254

COTE, H. JOANETTE, Y. SKA, B. Protocole MEC, Ortho Editions, 2004

DARDIER, V. Pragmatique et pathologies, *Comment étudier les troubles de l'usage du langage*, Edition Bréal, Collection Amphi Psychologie, 2004, p.17

DE PERROT, E. La psychothérapie de soutien, une perspective psychanalytique, De Boeck supérieur, 2006, 232p.

DE SAUSSURE, F. Cours de linguistique générale, Payot, Collection Payothèque, 1980, p. 98

DEVEVEY, A. KUNZ, L, Les troubles spécifiques du langage : pathologies ou variations ? *Modes d'interventions*, Collection Troubles du développement psychologique et des apprentissages, Editions de Boeck et Solal, p.71

DSM- IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Masson, 4ème édition, 1996, pages 377, 378, 380

DUCHENE MAY-CARLE, A. La gestion de l'implicite, théorie et évaluation, Ortho Edition, 2000, p.6, 10

FRANCK. N, Remédiation cognitive, Elsevier Masson, Collection Pratiques en psychothérapie, 2012, p.249, ISBN : 978-2-294-71432-2

GRANGER, B. La dépression, Editions Le Cavalier Bleu, Collection Idées reçues, Santé et Médecine, 2006, p.109, ISBN 2-84670-082-6

GRANGER, B. La psychiatrie d'aujourd'hui, du diagnostic au traitement, Odile Jacob, 2003, p.302

HAYNAL, A. PASINI, W. ARCHINARD, M. Médecine psychosomatique, aperçus psychosociaux, Edition Masson, collection abrégés de médecine, 3ème édition, 1997

JAKOBSON R. Essais de linguistique générale. Paris : Edition de minuit, 1963, 214 p.

KERBRAT-ORECCHIONI, C. Les actes de langage dans le discours, Théorie et fonctionnement, Editions Armand Colin, Collection Cursus, 2008, p.33, ISBN978-2-200-35443-5

PALAZZOLO, J. Dépression et anxiété, mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge, Edition Elsevier Masson SAS, Collection Abrégés de médecine, 2007, pages 2, 5, 26, 42, 58, ISBN : 978-2-294-70115-3

PASSERIEUX, C. HARDY BAYLE, M-C. La guérison des états dépressifs, Edition Doin, Collection Eclairages sur, 2004, p.35, ISBN 10 : 2704011737

SERVAN-SCHREIBER, D. Guérir, le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments, Editions Robert Laffont S.A, Collection Réponses, 2003, 301 p. ISBN 2-221-09762-9

VAN DER LINDEN .M, CESCHI .G. Traité de psychopathologie cognitive. Tome II, États psychopathologiques, Marseille : Solal, Collections Neuropsychologie, 2008, p.170

WIDLOCHER. D, Les logiques de la dépression, Fayard, deuxième édition, 1995, pages 34, 129

CHAPITRES D'OUVRAGES

GAILLARD, M-J. HANNEQUIN, D. CROCHEMORE, E. *et al.* Mémoire sémantique: aspects théoriques. In : *Rééducation orthophonique*, 2001, vol. 39, no 208, p. 9-28

P.H. ROBERT, E. MICHEL. Les troubles des fonctions exécutives dans les pathologies psychiatriques. In : GODEFROY, O. et le GREFEX, Fonctions exécutives et pathologies neurologiques et psychiatriques, Evaluation en pratique clinique, Marseille : Solal, Collection Neuropsychologie, 2008, Chapitre 7, p. 172-174

THOMMEN, Evelyne. Quelles relations entre l'émergence du langage et le développement des théories de l'esprit? In : *Rééducation orthophonique*, 2010, vol. 48, no 244, p. 21-33.

ARTICLES DE REVUE (PAPIER)

ALTINTAS, Emin, GALLOUJ, Karim, et GUERRIEN, Alain. Soutien social, dépression et estime de soi chez les personnes âgées: les résultats d'une analyse en cluster. In

: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier Masson, 2012. p. 256-262.

CORRUBLE, E. Dépression : concepts actuels, *L'Encéphale*, 2010, Supplément 5, S104–S107

CORRUBLE, E. Dépression récurrente et événements de vie : de la clinique à de nouveaux modèles explicatifs ? Enquête ACTUEL, *L'Encéphale*, 2006, 32 : 983-7, cahier 1, p.983

DUVAL, C. PIOLINO, P. BEJANIN, A. *et al.* La théorie de l'esprit: aspects conceptuels, évaluation et effets de l'âge. *Revue de neuropsychologie*, 2011, vol. 3, no 1, p. 41-51.

FOSSATI P. ; ERGIS A.-M. ; ALLILAIRE J.-F. Neuropsychologie des troubles des fonctions exécutives dans la dépression : une revue de la littérature = Executive functioning in unipolar depression: A review, *L'Encéphale*, 2002, vol. 28, no2, pp. 97-107, ISSN 0013-7006

HUNT, E. et CÔTÉ, G. Le rôle du soutien social dans la prédiction de la violence chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves. *L'Evolution psychiatrique*, 2009, vol. 74, no 4, p. 592-605.

IAKIMOVA, G. PASSERIEUX, C. HARDY-BAYLE, M-C. La compréhension des métaphores dans la schizophrénie et la dépression. Une approche expérimentale, *L'Encéphale*, 2006, 995-1002, cahier 1

KROLAK-SALMON, P. THOMAS-ANTÉRIOR, C. Fonctions exécutives, attention et mémoire de travail au cours du vieillissement. *Revue de neuropsychologie*, 2010, vol. 2, no 5, p. 3-6.

OLIE, E. COURTET, P. Dépression récurrente : facteurs de risque, facteurs de vulnérabilité, *L'Encéphale*, 2010, Supplément 5, S117–S122, p.1

UNAFAM, Une technique prometteuse : la stimulation magnétique transcrânienne, *Un autre regard*, 2010, n°1, p.15

ARTICLES DE REVUES (ELECTRONIQUES)

BERTHELIN, J-B. Hypertexte universitaire : des principes aux applications quotidiennes. (CNRS - LIMSI). *Revue Sémiotiques* (ISSN 1160-9907), disponible sur : <https://perso.limsi.fr/jbb/hupaq.html>

CHAN CHEE C. BECK F. SAPINHO D. GUILBERT P. (sous la dir.) La dépression en France. Saint-Denis : INPES, coll. Études santé, 2009 : 208 p. ISBN 978-2-9161-9212-3, disponible sur : www.inpes.sante.fr

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES), CENTRE COLLABORATEUR DE L'ORGANISATION

MONDIALE DE LA SANTE (CCOMS), Etudes et résultats, Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale (SMPG), 2004, N° 347, p.5, disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr>

GALANOPOULO, L. La dépression une maladie neurotoxique disponible sur : <http://allodocteurs.fr>, from Psychomotor retardation is a scar of past depressive episodes, revealed by simple cognitive tests, P.GORWOOD, S.RICHARD-DEVANTOYC, F.BAYLE, M.L.CLERY-MELUN. European Neuropsychopharmacology, 2014, disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2014.07.013>

THESES

BOISSEAU, E. La théorie de l'esprit chez les schizophrènes paranoïdes, Thèse de psychologie, Montréal : Université du Québec à Montréal, 2010, 137 p.

GODARD, J. Fonctionnements psychosocial et neuropsychologique associés à un épisode dépressif majeur dans le cadre d'un trouble de l'humeur sévère et complexe, Thèse de psychologie, Laval : Université de Laval, 2010, p. 10

MEMOIRES

LE BAR. M, MAHOUE. C. Schizophrénie et orthophonie : Évaluation des compétences pragmatiques, par le protocole MEC, de patients adultes schizophrènes. Comparaison avec des patients présentant d'autres pathologies psychiatriques, mémoire d'orthophonie, Lille : Institut d'Orthophonie Gabriel Decroix, 2011

ROUBAUD, F. Théorie de l'esprit et troubles de la communication dans la schizophrénie, Mémoire d'orthophonie, Nice : Université de Nice-Sophia Antipolis 2012, 113 p.

SAINT PIERRE, E. Pragmatique du langage et troubles bipolaires, Etude de la pragmatique du langage des patients bipolaires pendant la période d'inter-crise, Mémoire d'orthophonie, Nice : Université de Nice-Sophia Antipolis, 2014, 138 p.

ADELL. H, La flexibilité mentale dans la dépression unipolaire, Mémoire d'orthophonie, Nice : Université de Nice Sophia Antipolis, 2014, 93 p.

EMELINE GARRIGUES, CAMILLE GOBILLOT. Traduction et adaptation du Faux Pas Test et faits cliniques. Cognitive Sciences. 2013. <dumas-00874076>, p.16

DELIRY, B. DUVAL, M, Analyse et entraînement des performances verbales de haut niveau, dont l'humour, dans le syndrome dyséxécutif : présentation de deux études de cas, Mémoire d'orthophonie, Lyon, Université Claude Bernard Lyon1 - ISTR – Orthophonie, 2011, p.19

COMMUNICATIONS DE CONFERENCES, COLLOQUES

COHEN, D. Les nouvelles technologies au service des pathologies mentales, Conférence Fondation Lénval, CHU de Nice, 2013

VAN DER LINDEN, M. Une approche psychologique plurifactorielle et intégrative de la dépression: la contribution de la psychopathologie cognitive. In : Les samedis de la Neuropsychologie, Nice, juin 2014

SITES INTERNET

AGENCE NATIONALE DE SECURITE DU MEDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTE (ANSM), disponible sur : ansm.sante.fr

CERVEAU ET PSYCHO, La mémoire autobiographique, disponible sur : http://www.cerveauetpsycho.fr/ewb_pages/a/article-la-memoire-autobiographique-18775.php

E-PSYCHIATRIE, disponible sur : e-psychiatrie.fr

INFO-DEPRESSION, Livret dépression, disponible sur : http://www.info-depression.fr/dist/_doc/DEPRESSION_LIVRET.pdf

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE (INSERM), disponible sur : <http://www.ipubli.inserm.fr>

LE CERCLE PSY, La psychologie cognitive, disponible sur : <http://le-cercle-psy.scienceshumaines.com>

LE CERVEAU A TOUS LES NIVEAUX, disponible sur : <http://lecerveau.mcgill.ca>

LES SENTIERS DE LA LINGUISTIQUE, disponible sur : <http://Linguistes.com>

PSYCHOMEDIA, Les distorsions cognitives, disponible sur : <http://www.psychomedia.qc.ca>

ROUX, P, CLINEA LYON LUMIERE, MEYZIEU, *Indications de la sismothérapie*, disponible sur : www.lesjeudisdeleurope.org

SANTE ET MEDECINE, La neuropsychologie cognitive, disponible sur : <http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/13890-neuropsychologie-cognitive-definition>

TRESOR DE LA LANGUE FRANCAISE INFORMATISE (TLFi), disponible sur : atilf.atilf.fr/tlf.htm

ANNEXES

Annexe I : Epreuve d'interprétation d'actes de langage indirects



11. Interprétation d'actes de langage indirects

Guide de passation et de cotation pages 20-23

Consigne : Je vais vous lire un court texte. Vous devez expliquer, d'après vous, ce que la personne veut dire. Il y a certaines phrases qui ont des sous-entendus, d'autres qui n'en ont pas.

Cotation: 2: réponse claire et adéquate
1: éléments de réponse, mais imprécisions, ajouts ou omissions
0: réponse erronée ou absence de réponse

Exemple :

d) Juliette est à son travail. Elle appelle son mari et lui dit : «Je viens de rencontrer mon patron et il m'a offert une promotion.» D'après vous, que veut dire Juliette?

➤ *Si la réponse est incorrecte, expliquer que Juliette veut simplement informer son mari de sa promotion. Préciser que c'est une phrase **sans sous-entendu**.*

i) Françoise est très occupée au travail. Elle appelle son mari et lui dit : «Ce soir, je n'aurai pas le temps d'aller chercher les enfants à la garderie.» D'après vous, que veut dire Françoise?

➤ *Si la réponse est incorrecte, expliquer que Françoise demande à son mari d'aller chercher les enfants à la garderie. Préciser que c'est une phrase **avec sous-entendu**.*

1.d M. Fortier arrive au travail un jour de canicule. Il dit à son patron : «Il fait frais ici, c'est confortable.» D'après vous, que veut dire M. Fortier?

_____ 0 1 2

Consigne : Je vais maintenant vous donner 2 choix de réponses. Dites-moi lequel explique le mieux ce que la personne a voulu dire.

- ↔ A) Veut-il dire qu'il apprécie la fraîcheur?
B) Veut-il que son patron ferme la climatisation?

2.i Jean est dans sa chambre et écoute de la musique. Son père lui dit : «Jean, la porte de ta chambre est ouverte.» D'après vous, que veut dire le père de Jean?

_____ 0 1 2

- A) Veut-il informer son fils que la porte n'est pas fermée?
↔ B) Veut-il que son fils ferme sa porte?

3.i Philippe déménage samedi prochain. Il rencontre un bon ami dans la rue et, après lui avoir annoncé qu'il déménageait, lui dit : «As-tu des projets pour la fin de semaine?» D'après vous, que veut dire Philippe?

_____ 0 1 2

- A) Veut-il savoir ce que fera son ami durant la fin de semaine?
↔ B) Veut-il que son ami vienne l'aider à déménager?

4.i Madeleine et son mari sortent de l'épicerie en prenant chacun quelques sacs. Madeleine dit à son mari : «Ce sac-là est vraiment lourd.» D'après vous, que veut dire Madeleine?

0 1 2

- A) Veut-elle dire qu'un des sacs qu'elle transporte est pesant?
⇔ B) Veut-elle que son mari prenne le sac?

5.d M. Lavoie est au salon lorsque le téléphone se met à sonner. Il dit à sa femme : «Je le prends.» D'après vous, que veut dire M. Lavoie?

0 1 2

- ⇔ A) Veut-il dire qu'il va répondre?
B) Veut-il dire à sa femme qu'elle devrait répondre?

6.d Jacques s'assoit au salon pour regarder la télévision. Il dit à sa femme qui est assise près de lui : «Cette nouvelle télévision fonctionne très bien.» D'après vous, que veut dire Jacques?

0 1 2

- ⇔ A) Veut-il dire que c'est une bonne télévision?
B) Veut-il dire qu'il aimerait en acheter une deuxième?

7.i Émile cohabite avec son frère. En revenant de l'épicerie, il dit à son frère : «Ça a coûté 68\$ (€).» D'après vous, que veut dire Émile?

0 1 2

- A) Veut-il informer son frère du montant qu'il a payé?
⇔ B) Veut-il que son frère lui donne de l'argent?

8.d M. Fleury travaille dans un bureau et fait imprimer un document. Il dit à sa secrétaire : «Cette imprimante est très performante.» D'après vous, que veut dire M. Fleury?

0 1 2

- ⇔ A) Veut-il dire que l'imprimante fonctionne bien?
B) Veut-il que sa secrétaire utilise l'imprimante plus souvent?

9.d Mme Gauthier regarde son fils qui se brosse les dents avant d'aller à l'école. Elle lui dit : «Tu fais ça comme un grand.» D'après vous, que veut dire Mme Gauthier?

0 1 2

- ⇔ A) Veut-elle dire qu'il se brosse bien les dents?
B) Veut-elle qu'il se dépêche?

10.i Louise regarde sa voiture stationnée dans la rue et dit à son mari : «Chéri, l'auto est sale.» D'après vous, que veut dire Louise?

0 1 2

- A) Veut-elle dire à son mari que l'auto n'est pas propre?
⇔ B) Veut-elle que son mari lave l'auto?

11.i M. Tremblay est occupé au salon quand le téléphone se met à sonner. Il dit à sa femme : «Le téléphone sonne.» D'après vous, que veut dire M. Tremblay?

0 1 2

- ⇔ A) Veut-il dire qu'il entend la sonnerie du téléphone?
B) Veut-il que sa femme réponde?

12.d André déménage samedi prochain. Il rencontre un ami dans la rue et, après lui avoir annoncé qu'il déménageait, lui dit : «L'appartement est vraiment bien éclairé.» D'après vous, que veut dire André?

0 1 2

- ⇔ A) Veut-il dire qu'il y a beaucoup de lumière dans l'appartement?
B) Veut-il que son ami l'aide à déménager?

13.d Pauline et son mari sortent de l'épicerie en prenant chacun quelques sacs. Pauline dit à son mari : «Ce soir, j'ai envie de manger des pâtes.» D'après vous, que veut dire Pauline ?

0 1 2

- ⇔ A) Veut-elle dire qu'elle aimerait manger des pâtes?
B) Veut-elle que son mari cuisine ce soir?

14.d Claude est dans sa chambre et écoute de la musique. Son père lui dit : «Claude, viens souper.» D'après vous, que veut dire le père de Claude?

0 1 2

- ⇔ A) Veut-il que son fils vienne à table?
B) Veut-il dire à son fils qu'il devra laver la vaisselle?

15.i M. Dupuis travaille dans le même bureau que son patron. L'air climatisé fonctionne. Il dit à son patron : «Il fait froid ici.» D'après vous, que veut dire M. Dupuis?

0 1 2

- A) Veut-il dire que l'air est froid dans le bureau?
⇔ B) Veut-il que son patron baisse la climatisation?

16.d Gérard cohabite avec son frère. En revenant de l'épicerie, il dit à son frère : «Il n'y avait presque personne à l'épicerie.» D'après vous, que veut dire Gérard ?

0 1 2

- ⇔ A) Veut-il dire qu'il y avait peu de gens à l'épicerie ?
B) Veut-il que son frère aille à l'épicerie la prochaine fois?

17.i Mme Leblanc attend son fils qui se brosse les dents avant d'aller le reconduire à l'école. Elle lui dit : «François, c'est long.» D'après vous, que veut dire Mme Leblanc ?

0 1 2

- A) Veut-elle lui dire qu'il prend du temps pour se brosser les dents ?
⇔ B) Veut-elle qu'il se dépêche?

18.d Marianne regarde sa voiture stationnée dans la rue et dit à son mari : «J'aime bien la couleur que nous avons choisie.» D'après vous, que veut dire Marianne ?

0 1 2

- ⇔ A) Veut-elle dire qu'elle trouve qu'ils ont fait un bon choix?
 B) Veut-elle que son mari prenne la voiture en photo?

19.i Robert s'assoit au salon pour regarder la télévision. Il dit à sa femme qui est encore à la cuisine : «Chérie, mes lunettes sont sur la table.» D'après vous, que veut dire Robert ?

0 1 2

- A) Veut-il lui dire où se trouvent ses lunettes ?
 ⇔ B) Veut-il qu'elle lui apporte ses lunettes au salon ?

20.i M. Landry travaille dans un bureau et veut faire imprimer un document. Il dit à sa secrétaire : «Il n'y a plus de papier.» D'après vous, que veut dire M. Landry ?

0 1 2

- A) Veut-il lui dire que l'imprimante est vide ?
 ⇔ B) Veut-il que sa secrétaire mette du papier dans l'imprimante ?

EXPLICATIONS

Situations directes (d) : / 20
 Situations indirectes (i) : / 20
 Total : / 40

CHOIX DE RÉPONSES

Situations directes (d) : / 10
 Situations indirectes (i) : / 10
 Total : / 20

Total explications / 40	30-49 ans		50-64 ans		65-85 ans	
	≤ 11	> 11	≤ 11	> 11	≤ 9	> 9
scolarité (années)						
moyenne	32,37	36,50	32,77	36,33	33,23	34,20
écart-type	5,03	2,98	4,26	2,45	3,32	3,50
10 ^e percentile	26,00	32,10	27,00	32,20	27,20	28,10
point d'alerte	26	32	27	33	28	28

Commentaires :

1. Grille de cotation des actes de langage indirect

1) d Il fait frais ici c'est confortable

2 : l'idée de confort, de bien être

1 : l'idée qu'il fait chaud dehors ou chez lui

0 : l'idée de chaleur au bureau (ironie) ou autre

2) i Jean, la porte de ta chambre est ouverte

2 : la requête de ferme la porte ou de baisser le volume de la musique

1 : l'idée que la musique est TROP forte ou qu'elle dérange

0 : l'affirmation que la porte est ouverte ou autres

3) i As-tu des projets pour la fin de semaine ?

2 : la requête d'aide

1 : une requête d'aide trop précise (peux-tu m'aider à peindre ?)

0 : une question sur les disponibilités de l'ami ou autres

4) i Ce sac-là est vraiment lourd

2 : la requête d'un changement de sac

1 : l'idée que le sac est TROP lourd

0 : l'affirmation que le sac est pesant ou autres

5) d Je le prends

2 : l'affirmation qu'il va répondre

1 : l'affirmation qu'il attend un téléphone, que c'est un téléphone pour lui

0 : autres

6) *d Cette nouvelle télévision fonctionne très bien*

2 : la satisfaction face à l'achat ou l'affirmation que la télé est bien

1 : le fait qu'il ne veut pas changer la télé ou que la précédente ne fonctionnait pas aussi bien, que la vieille télévision ne marchait pas

0 : l'intérêt pour l'émission écoutée ou autres

7) **i Ça a coûté 68 €**

2 : la requête du partage des coûts

1 : l'affirmation qu'il n'y a pas suffisamment d'argent

0 : l'affirmation que le prix s'est élevé à 68 €, que c'est cher, ou autres

8) *d Cette imprimante est très performante*

2 : la satisfaction face à l'imprimante, le fait que l'imprimante fonctionne bien

1 : une qualité de l'imprimante trop précise

0 : une requête pour que la secrétaire l'utilise ou autre

9) *d Tu fais ça comme un grand*

2 : l'affirmation qu'il le fait bien, le fait qu'elle le félicite

1 : la satisfaction de la mère

0 : la requête de bien se brosser les dents ou autres

10) **i Chéri l'auto est sale**

2 : la requête de laver l'auto

1 : l'affirmation qu'il est temps de laver l'auto

0 : l'affirmation que l'auto n'est pas propre ou autres

11) i Le téléphone sonne

2 : la requête à sa femme de répondre

1 : l'affirmation qu'il n'a pas le temps de répondre ou que quelqu'un doit répondre

0 : l'affirmation qu'il y a un appel ou autres

12) d L'appartement est vraiment bien éclairé

2 : l'affirmation qu'il y a beaucoup de lumière ou de fenêtres ou l'affirmation de satisfaction.

1 : le sentiment de fierté face à l'appartement ou une affirmation trop précise sur l'éclairage.

0 : la requête d'aide, une invitation à visiter ou autres

13) d Ce soir, j'ai envie de manger des pâtes

2 : l'affirmation qu'elle veut ou va manger des pâtes

1 : l'affirmation qu'elle a acheté des pâtes, la demande d'approbation au mari, l'idée précise du repas

0 : l'affirmation qu'elle veut aller au restaurant, une requête pour que son mari cuisine ou autres

14) d Claude, viens souper

2 : la requête de venir souper, l'affirmation que le souper est prêt, que c'est l'heure du repas

1 : l'affirmation que s'il ne vient pas le souper sera froid, la requête de venir souper POUR que la musique cesse

0 : la requête d'arrêter la musique ou autres

15) i Il fait froid ici

2 : la requête de diminuer l'air climatisé ou d'augmenter le chauffage

1 : l'affirmation que l'air climatisé est trop fort ou trop froid

0 : l'affirmation qu'il fait froid ou autres

16) d Il n'y avait presque personne à l'épicerie

2 : l'affirmation qu'il y avait peu de clients, que c'était tranquille

1 : l'affirmation que c'était rapide

0 : l'idée que le frère aurait dû y aller ou autres

17) i François c'est long

2 : la requête de se dépêcher

1 : l'affirmation qu'il prend TROP de temps, qu'il est l'heure d'aller à l'école ou qu'il va être en retard

0 : l'affirmation qu'il prend du temps ou autres

18) d J'aime bien la couleur que nous avons choisie

2 : l'idée de satisfaction

1 : l'idée de satisfaction par rapport à SON choix de couleur

0 : autres

19) i Chérie, mes lunettes sont sur la table

2 : la requête d'apporter ses lunettes

1 : l'affirmation qu'il veut ses lunettes parce qu'il ne voit pas bien, l'affirmation qu'il ne veut pas être obligé d'aller chercher ses lunettes

0 : l'affirmation que ses lunettes sont là ou autres

20) i Il n'y a plus de papier

2 : la requête d'apporter du papier, de remplir l'imprimante

1 : la requête de remplir l'imprimante et de faire imprimer le document, l'affirmation que la secrétaire aurait dû s'en occuper avant

0 : l'affirmation qu'il manque du papier ou autres

2. Grille de résultats complémentaires

Interprétation d'actes de langage indirects : résultats complémentaires

Tâches	Moyenne (μ) Écart type (σ)	30-49 ans		50-64 ans		65-85 ans	
		Scolarité 1 (≤ 11 ans)	Scolarité 2 (> 11 ans)	Scolarité 1 (≤ 11 ans)	Scolarité 2 (> 11 ans)	Scolarité 1 (≤ 9 ans)	Scolarité 2 (> 9 ans)
Explications : situations directes (/20)	μ	15,2	17,9	15,0	17,9	15,3	15,6
	σ	4,4	2,2	3,9	2,1	2,8	3,1
Explications : situations indirectes (/20)	μ	17,2	18,6	17,7	18,5	17,9	18,6
	σ	2,9	1,8	1,6	1,6	2,0	1,2
Choix de réponses : situations directes (/10)	μ	8,9	9,7	8,6	9,6	8,6	9,2
	σ	1,7	0,7	1,7	0,9	1,3	1,2
Choix de réponses : situations indirectes (/10)	μ	9,0	9,6	9,1	9,4	9,6	9,8
	σ	1,6	0,7	0,8	1,2	0,6	0,4
Total choix de réponses (/20)	μ	17,8	19,3	17,7	19,0	18,2	18,9
	σ	2,1	1,1	1,7	1,3	1,6	1,2

Annexe II : La Gestion de l'implicite

Canada

Pierre a-t-il beaucoup d'argent en ce moment ?	NON	A
Pierre a-t-il une soeur au Canada ?	?	D
Pierre a-t-il l'intention d'aller au Canada ?	OUI	P

Les Durand

Pierre a-t-il au moins un frère ?	OUI	E
Le frère de Pierre est-il très sage ?	NON	L
Est-ce que Catherine trouve que les petits Durand sont des enfants modèles ?	NON	A

Pêche

Est-ce que le poisson que nous avons mangé vient de ma pêche de la rivière ?	NON	L
Est-ce que j'ai pêché beaucoup de poissons différents dans cette rivière ?	NON	E
Est-ce que je suis allé pêcher parce que nous n'avions rien à manger ?	NON	A

Age

Béatrice est-elle la plus âgée des trois ?	NON	L
Béatrice est-elle la soeur de Laure ?	?	D
Laure est-elle plus jeune que Marie ?	OUI	L

Météo

La météo a-t-elle annoncé qu'il risquait de pleuvoir ?	OUI	P
La température est-elle basse aujourd'hui ?	?	D
Brigitte aime-t-elle se faire mouiller ?	NON	P

Karine

La voiture de Karine est-elle plus confortable que celle de Delphine ?	?	D
Karine pense-t-elle que voyager avec Delphine représente un danger ?	OUI	P
Karine pense-t-elle qu'elle conduit mieux que Delphine ?	OUI	P

Katia

Katia a-t-elle grossi récemment ?	OUI	E
Est-ce parce que ses amis l'ont entraînée à trop manger que Katia a grossi d'un kg ?	NON	L
Est-ce que Katia a pu accéder au buffet lors de l'inauguration de la salle polyvalente ?	OUI	P

Luc

Luc est-il en avance ?	NON	P
Luc a-t-il rendez-vous chez le dentiste ?	?	D
Luc a-t-il égaré ses clefs de voiture ?	OUI	E

Loïc

Loïc est-il allé normalement à l'école ce matin ?	NON	P
Loïc a-t-il eu de très bonnes notes ce trimestre ?	NON	P
Loïc a-t-il eu une meilleure note en mathématiques qu'en dictée ?	?	D

Henri

Henri pense-t-il que Paul va voter Front National ? NON A
Henri pense-t-il que l'abstention est un bon moyen de lutter contre le Front National ? NON A
Henri vote-t-il pour les écologistes ? ? D

Grossir

Rosa est-elle mariée ? ? D
Suzanne fait-elle un régime strict ? NON P
Suzanne a-t-elle envie de plaire aux hommes ? OUI P

Enquête

La victime et son gendre avaient-ils des rapports très détendus ? NON E
Le crime a-t-il eu lieu après 17 h ? NON A
Le commissaire a-t-il des soupçons sur la culpabilité du gendre ? OUI P

Damien

Les deux enfants avaient-ils leur carte d'identité ? ? D
Le frère de Damien pouvait-il entrer dans la salle où était projeté ce film ? NON L
Damien est-il majeur ? NON E

Lola

Lola est-elle en France depuis plus de 16 ans ? NON L
Le frère aîné de Lola a-t-il 22 ans ? OUI L
Les parents de Lola sont-ils d'origine étrangère ? OUI E

Film

Le premier film a-t-il duré 80 minutes ? NON L
La cassette a-t-elle une durée de 3 heures ? OUI L
Le deuxième film est-il plus court que le premier ? ? D

Willy

La femme de Willy est-elle riche ? ? D
Willy a-t-il beaucoup gagné au casino ce soir ? NON E
Willy est-il plutôt affectueux avec sa femme ce soir ? OUI L

Isabelle

Isabelle a-t-elle acheté du fromage récemment ? OUI E
Isabelle va-t-elle déclarer le vol de son porte-monnaie à la police ? NON P
Les produits de cette crèmerie sont-ils moins chers qu'ailleurs ? ? D

Le chat

Le chat de ma voisine est-il gros ? ? D
Ce chat réclame-t-il quand il a faim ? OUI E
Ma voisine a-t-elle donné à manger à son chat ce matin ? NON L

Robert

Robert est-il décédé il y a trois ans ? NON E
Robert a-t-il tenu compte des conseils de son médecin ? NON P
Robert est-il mort dans un accident d'avion ? NON P

Varicelle

Rémi a-t-il la varicelle ? OUI P
Clément a-t-il plus de 12 ans ? NON P
La mère de Clément pense-t-elle éviter qu'il ait la varicelle ? NON P

Nombre de réponses justes sur l'ensemble des questions / 60
Nombre de réponses justes sur les questions Explicites / 11
Nombre de réponses justes sur les questions Logiques / 12
Nombre de réponses justes sur les questions Distracteurs / 13
Nombre de réponses justes sur les questions Pragmatiques / 18
Nombre de réponses justes sur les questions Autres / 6

1. Exemple Série A

Richard dit à Fabien : “Tu pourrais entrer dans notre équipe, nous avons bien accepté Grégory”.

Que veut dire Richard ?

Suzy dit : “Je ne veux pas me faire opérer par le docteur Trouxe, je ne veux pas boiter à vie comme Bernadette”.

Que veut dire Suzy ?

2. Exemple Série B

Catherine dit : “Pierre Durand est un enfant pénible, pourtant il est plus sage que son frère”.

(Répondre par OUI, NON ou Je ne peux pas répondre)

Pierre a-t-il au moins un frère ?

Le frère de Pierre est-il très sage ?

Est-ce que Catherine trouve que les petits Durand sont des enfants modèles ?

Pierre dit : “Il faut beaucoup d’argent pour aller au Canada ; je ne peux pas y aller en ce moment”.

(Répondre par OUI, NON ou Je ne peux pas répondre)

Pierre a-t-il beaucoup d’argent en ce moment ?

Pierre a-t-il une sœur au Canada ?

Pierre a-t-il l’intention d’aller au Canada ?

3. Tableau de cotation

	20-34 Ht	20-34Bs	35-59 Ht	35-59 Bs	60-75 Ht	60-75 Bs
Global (60 questions)	0 à 10	0 à 17	0 à 8	0 à 14	0 à 15	0 à 23
Explicites (11 questions)	0 à 1	0 à 2	0 à 1	0 à 2	0 à 2	0 à 3
Logiques (12 questions)	0 à 2	0 à 4	0 à 1	0 à 2	0 à 2	0 à 4
Distracteurs (13 questions)	0 à 3	0 à 4	0 à 2	0 à 3	0 à 3	0 à 5
Pragmatiques (18 questions)	0 à 3	0 à 5	0 à 3	0 à 6	0 à 6	0 à 8
Autres (6 questions)	0 à 1	0 à 2	0 à 1	0 à 1	0 à 2	0 à 3

Annexe III : Critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur, DSM-IV-TR

La dépression, fait donc partie des troubles de l'humeur. Le trouble dépressif majeur est caractérisé par un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs.

❖ Critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (par ex : pleure). N.B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (par ex : modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (par ex : une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (par ex : hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

❖ Critères diagnostiques du trouble dépressif majeur

Critère A

Le Trouble dépressif majeur se caractérise essentiellement par une évolution clinique consistant en un ou plusieurs Episodes dépressifs majeurs.

Critère B

Les épisodes de Trouble de l'humeur induit par une substance (dû aux effets physiologiques directs d'une drogue donnant lieu à abus, d'un médicament, ou de l'exposition à une substance toxique) ou de Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale ne sont pas pris en compte pour un diagnostic de Trouble dépressif majeur.

De plus, les épisodes ne doivent pas être mieux expliqués par un Trouble schizo-affectif et ne sont pas surajoutés à une Schizophrénie, un Trouble schizophréniforme, un Trouble délirant, ou à un Trouble psychotique non spécifié.

Critère C

Il n'y a pas d'antécédent d'Episode maniaque, mixte ou hypomaniaque.

Si au cours de l'évolution du Trouble dépressif majeur surviennent des Episodes maniaques, mixtes, ou hypomaniaques, le diagnostic est modifié en celui de Trouble bipolaire.

Cependant, si la survenue des symptômes maniaques ou hypomaniaques est due à l'effet direct d'un traitement antidépresseur, de l'utilisation d'autres médicaments ou d'une substance, ou de l'exposition à une substance toxique, le diagnostic de Trouble dépressif majeur reste approprié, et un diagnostic additionnel de Trouble de l'humeur induit par une substance, avec caractéristiques maniaques (ou avec caractéristiques mixtes) doit être noté.

De même, si la survenue des symptômes maniaques ou hypomaniaques est due à l'effet direct d'une affection médicale générale, le diagnostic de Trouble dépressif majeur reste approprié, et un diagnostic additionnel de Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale, avec caractéristiques maniaques (ou avec caractéristiques mixtes) doit être noté.

Annexe IV : Corpus d'un sujet dépressif en rémission

11. Interprétation d'actes de langage indirects

Consigne: Je vais vous lire un court texte. Vous devez expliquer, d'après vous, ce que la personne veut dire. Il y a certaines phrases qui ont des sous-entendus, d'autres qui n'en ont pas.

Cotation: 2: réponse claire et adéquate

1: éléments de réponse, mais imprécisions, ajouts ou omissions

0: réponse erronée ou absence de réponse

Exemple :

d) Juliette est à son travail. Elle appelle son mari et lui dit : «Je viens de rencontrer mon patron et il m'a offert une promotion.» D'après vous, que veut dire Juliette?

➤ *Si la réponse est incorrecte, expliquer que Juliette veut simplement informer son mari de sa promotion. Préciser que c'est une phrase **sans sous-entendu**.*

i) Françoise est très occupée au travail. Elle appelle son mari et lui dit : «Ce soir, je n'aurai pas le temps d'aller chercher les enfants à la garderie.» D'après vous, que veut dire Françoise?

➤ *Si la réponse est incorrecte, expliquer que Françoise demande à son mari d'aller chercher les enfants à la garderie. Préciser que c'est une phrase **avec sous-entendu**.*

1.d M. Fortier arrive au travail un jour de canicule. Il dit à son patron: «Il fait frais ici, c'est confortable.»

D'après vous, que veut dire M. Fortier?

Il avait chaud avant

0 1 2

Consigne: Je vais maintenant vous donner 2 choix de réponses. Dites-moi lequel explique le mieux ce que la personne a voulu dire.

→ A) Veut-il dire qu'il apprécie la fraîcheur?

B) Veut-il que son patron ferme la climatisation?

2.i Jean est dans sa chambre et écoute de la musique. Son père lui dit: «Jean, la porte de ta chambre est ouverte.»

D'après vous, que veut dire le père de Jean?

Ferme ta porte

0 1

A) Veut-il informer son fils que la porte n'est pas fermée?

→ B) Veut-il que son fils ferme sa porte?

3.i Philippe déménage samedi prochain. Il rencontre un bon ami dans la rue et, après lui avoir annoncé qu'il déménageait, lui dit: «As-tu des projets pour la fin de semaine?»

D'après vous, que veut dire Philippe?

Demande de l'aide pour déménager

0 1

A) Veut-il savoir ce que fera son ami durant la fin de semaine?

→ B) Veut-il que son ami vienne l'aider à déménager?

4.i Madeleine et son mari sortent de l'épicerie en prenant chacun quelques sacs. Madeleine dit à son mari: «Ce sac-là est vraiment lourd.»

D'après vous, que veut dire Madeleine?

Peut-on échanger les sacs ?

0 1

A) Veut-elle dire qu'un des sacs qu'elle transporte est pesant?

→ B) Veut-elle que son mari prenne le sac?

5.d M. Lavoie est au salon lorsque le téléphone se met à sonner. Il dit à sa femme: «Je le prends.»

D'après vous, que veut dire M. Lavoie?

Je prends l'appel

0 1

→ A) Veut-il dire qu'il va répondre?

B) Veut-il dire à sa femme qu'elle devrait répondre?

6. d Jacques s'assoit au salon pour regarder la télévision. Il dit à sa femme qui est assise près de lui: «Cette nouvelle télévision fonctionne très bien.»

D'après vous, que veut dire Jacques?

Il est content

0 1 2

→ A) Veut-il dire que c'est une bonne télévision?

B) Veut-il dire qu'il aimerait en acheter une deuxième?

7. i Émile cohabite avec son frère. En revenant de l'épicerie, il dit à son frère: «Ça a coûté 68€)»

D'après vous, que veut dire Émile?

Il veut partager

0 1 2

A) Veut-il informer son frère du montant qu'il a payé?

→ B) Veut-il que son frère lui donne de l'argent ?

8. d M. Fleury travaille dans un bureau et fait imprimer un document. Il dit à sa secrétaire: «Cette imprimante est très performante.»

D'après vous, que veut dire M. Fleury ?

Elle aurait pu faire le boulot

0 1 2

→ A) Veut-il dire que l'imprimante fonctionne bien ?

B) Veut-il que sa secrétaire utilise l'imprimante plus souvent ?

9. d Mme Gauthier regarde son fils qui se brosse les dents avant d'aller à l'école. Elle lui dit: «Tu fais ça comme un grand.»

D'après vous, que veut dire Mme Gauthier?

Elle est fière de lui

0 1 2

→ A) Veut-elle dire qu'il se brosse bien les dents?

B) Veut-elle qu'il se dépêche ?

10. i Louise regarde sa voiture stationnée dans la rue et dit à son mari: «Chéri, l'auto est sale.»

D'après vous, que veut dire Louise?

Faut la laver

0 1 2

A) Veut-elle dire à son mari que l'auto n'est pas propre?

→ B) Veut-elle que son mari lave l'auto?

11. i M. Tremblay est occupé au salon quand le téléphone se met à sonner. Il dit à sa femme: «Le téléphone sonne.»

D'après vous, que veut dire M. Tremblay?

Peux-tu répondre ?

0 1 2

A) Veut-il dire qu'il entend la sonnerie du téléphone?

→ B) Veut-il que sa femme réponde?

12. d André déménage samedi prochain. Il rencontre un ami dans la rue et, après lui avoir annoncé qu'il déménageait, lui dit : «L'appartement est vraiment bien éclairé.»

D'après vous, que veut dire André?

Il pourrait y habiter

0 1 2

→ A) Veut-il dire qu'il y a beaucoup de lumière dans l'appartement?

B) Veut-il que son ami l'aide à déménager?

13. d Pauline et son mari sortent de l'épicerie en prenant chacun quelques sacs. Pauline dit à son mari: «Ce soir, j'ai envie de manger des pâtes.»

D'après vous, que veut dire Pauline ?

Elle va lui faire des pâtes

0 1 2

→ A) Veut-elle dire qu'elle aimerait manger des pâtes?

B) Veut-elle que son mari cuisine ce soir?

14.d Claude est dans sa chambre et écoute de la musique. Son père lui dit: «Claude, viens souper.»

D'après vous, que veut dire le père de Claude?

Viens manger

0 1 2

→ A) Veut-il que son fils vienne à table?

B) Veut-il dire à son fils qu'il devra laver la vaisselle?

15.i M. Dupuis travaille dans le même bureau que son patron. L'air climatisé fonctionne. Il dit à son patron: «Il fait froid ici.»

D'après vous, que veut dire M. Dupuis?

Il veut arrêter ou régler la clim

0 1 2

A) Veut-il dire que l'air est froid dans le bureau?

→ B) Veut-il que son patron baisse la climatisation?

16.d Gérard cohabite avec son frère. En revenant de l'épicerie, il dit à son frère : «Il n'y avait presque personne à l'épicerie.»

D'après vous, que veut dire Gérard?

Ça s'est bien passé, c'était rapide, l'épicerie était pourrie

0 1 2

→ A) Veut-il dire qu'il y avait peu de gens à l'épicerie?

B) Veut-il que son frère aille à l'épicerie la prochaine fois?

17.i Mme Leblanc attend son fils qui se brosse les dents avant d'aller le reconduire à l'école. Elle lui dit: «François, c'est long.»

D'après vous, que veut dire Mme Leblanc?

S'il se dépêche pas, il va être en retard

0 1 2

A) Veut-elle lui dire qu'il prend du temps pour se brosser les dents?

→ B) Veut-elle qu'il se dépêche?

18.d Marianne regarde sa voiture stationnée dans la rue et dit à son mari: «J'aime bien la couleur que nous avons choisie.»

D'après vous, que veut dire Marianne?

Ensemble ils ne sont pas si mal

0 1 2

→ A) Veut-elle dire qu'elle trouve qu'ils ont fait un bon choix?

B) Veut-elle que son mari prenne la voiture en photo?

19.i Robert s'assoit au salon pour regarder la télévision. Il dit à sa femme qui est encore à la cuisine: «Chérie, mes lunettes sont sur la table.»

D'après vous, que veut dire Robert?

Prends les lunettes

0 1 2

A) Veut-il lui dire où se trouvent ses lunettes?

→ B) Veut-il qu'elle lui apporte ses lunettes au salon?

20.i M. Landry travaille dans un bureau et veut faire imprimer un document. Il dit à sa secrétaire: «Il n'y a plus de papier.»

D'après vous, que veut dire M. Landry?

La secrétaire est mauvaise

0 1 2

A) Veut-il lui dire que l'imprimante est vide?

→ B) Veut-il que sa secrétaire mette du papier dans l'imprimante?

EXPLICATIONS

Situations directes (d): 9/20

Situations indirectes (i): 17/20

Total: 26/40

CHOIX DE RÉPONSES

Situations directes (d): 8/10

Situations indirectes (i): 10/10

Total : 18/20

La Gestion de l'implicite

Canada

1. Pierre a-t-il beaucoup d'argent en ce moment ? NON A
2. Pierre a-t-il une sœur au Canada ? ? D
3. Pierre a-t-il l'intention d'aller au Canada ? OUI P

Les Durand

1. Pierre a-t-il au moins un frère ? OUI E
2. Le frère de Pierre est-il très sage ? NON L
3. Est-ce que Catherine trouve que les petits Durand sont des enfants modèles ? NON A

Pêche

1. Est-ce que le poisson que nous avons mangé vient de ma pêche de la rivière ? NON L
2. Est-ce que j'ai pêché beaucoup de poissons différents dans cette rivière ? NON E
3. Est-ce que je suis allé pêcher parce que nous n'avions rien à manger ? NON A

Age

1. Béatrice est-elle la plus âgée des trois ? NON L
2. Béatrice est-elle la sœur de Laure ? ? D
3. Laure est-elle plus jeune que Marie ? OUI L

Météo

1. La météo a-t-elle annoncé qu'il risquait de pleuvoir ? OUI P
2. La température est-elle basse aujourd'hui ? ? D
3. Brigitte aime-t-elle se faire mouiller ? NON P

Karine

1. La voiture de Karine est-elle plus confortable que celle de Delphine ? ? D
2. Karine pense-t-elle que voyager avec Delphine représente un danger ? OUI P
3. Karine pense-t-elle qu'elle conduit mieux que Delphine ? OUI P

Katia

1. Katia a-t-elle grossi récemment ? OUI E
2. Est-ce parce que ses amis l'ont entraînée à trop manger que Katia a grossi d'un kg ? NON L
3. Est-ce que Katia a pu accéder au buffet lors de l'inauguration de la salle polyvalente ? OUI P

Luc

1. Luc est-il en avance ? NON P
2. Luc a-t-il rendez-vous chez le dentiste ? ? D
3. Luc a-t-il égaré ses clefs de voiture ? OUI E

Loïc

1. Loïc est-il allé normalement à l'école ce matin ? NON P
2. Loïc a-t-il eu de très bonnes notes ce trimestre ? NON P
3. Loïc a-t-il eu une meilleure note en mathématiques qu'en dictée ? ? D

Henri

1. Henri pense-t-il que Paul va voter Front National ? NON A
2. Henri pense-t-il que l'abstention est un bon moyen de lutter contre le Front National ? NON A
3. Henri vote-t-il pour les écologistes ? ? D

Grossir

1. Rosa est-elle mariée ? ? D
2. Suzanne fait-elle un régime ? NON P
3. Suzanne a-t-elle envie de plaire aux hommes ? OUI P

Enquête

1. La victime et son gendre avaient-ils des rapports très détendus ? NON E
2. Le crime a-t-il eu lieu après 17h ? NON A
3. Le commissaire a-t-il des soupçons sur la culpabilité du gendre ? OUI P

Damien

1. Les deux enfants avaient-ils leur carte d'identité ? ? D
2. Le frère de Damien pouvait-il entrer dans la salle où était projeté ce film ? NON L
3. Damien est-il majeur ? NON E

Lola

1. Lola est-elle en France depuis plus de 16 ans ? NON L
2. Le frère aîné de Lola a-t-il 22 ans ? OUI L
3. Les parents de Lola sont-ils d'origine étrangère ? OUI E

Film

1. Le premier film a-t-il duré 80 minutes ? NON L
2. La cassette a-t-elle une durée de 3 heures ? OUI L
3. Le deuxième film est-il plus court que le premier ? ? D

Willy

1. La femme de Willy est-elle riche ? ? D
2. Willy a-t-il beaucoup gagné au casino ce soir ? NON E
3. Willy est-il plutôt affectueux avec sa femme ce soir ? OUI L

Isabelle

1. Isabelle a-t-elle acheté du fromage récemment ? OUI E
2. Isabelle va-t-elle déclarer le vol de son porte-monnaie à la police ? NON P
3. Les produits de cette crèmerie sont-ils moins chers qu'ailleurs ? ? D

Le chat

1. Le chat de ma voisine est-il gros ? ? D
2. Ce chat réclame-t-il quand il a faim ? OUI E
3. Ma voisine a-t-elle donné à manger à son chat ce matin ? NON L

Robert

1. Robert est-il décédé il y a trois ans ? NON E
2. Robert a-t-il tenu compte des conseils de son médecin ? NON P
3. Robert est-il mort dans un accident d'avion ? NON P

Varicelle

1. Rémi a-t-il la varicelle ? OUI P
2. Clément a-t-il plus de 12 ans ? NON P
3. La mère de Clément pense-t-elle éviter qu'il ait la varicelle ? NON P

Nombre de réponses justes sur l'ensemble des questions	50/60
Nombre de réponses justes sur les questions Explicites	9/11
Nombre de réponses justes sur les questions Logiques	11/12
Nombre de réponses justes sur les questions Distracteurs	11/13
Nombre de réponses justes sur les questions Pragmatiques	13/18
Nombre de réponses justes sur les questions Autres	6/6

Annexe V : Corpus d'un sujet témoin

11. Interprétation d'actes de langage indirects

Consigne: Je vais vous lire un court texte. Vous devez expliquer, d'après vous, ce que la personne veut dire. Il y a certaines phrases qui ont des sous-entendus, d'autres qui n'en ont pas.

Cotation: 2: réponse claire et adéquate

1: éléments de réponse, mais imprécisions, ajouts ou omissions

0: réponse erronée ou absence de réponse

Exemple :

d) Juliette est à son travail. Elle appelle son mari et lui dit : «Je viens de rencontrer mon patron et il m'a offert une promotion.» D'après vous, que veut dire Juliette?

➤ *Si la réponse est incorrecte, expliquer que Juliette veut simplement informer son mari de sa promotion. Préciser que c'est une phrase **sans sous-entendu**.*

i) Françoise est très occupée au travail. Elle appelle son mari et lui dit : «Ce soir, je n'aurai pas le temps d'aller chercher les enfants à la garderie.» D'après vous, que veut dire Françoise?

➤ *Si la réponse est incorrecte, expliquer que Françoise demande à son mari d'aller chercher les enfants à la garderie. Préciser que c'est une phrase **avec sous-entendu**.*

1.d M. Fortier arrive au travail un jour de canicule. Il dit à son patron: «Il fait frais ici, c'est confortable.»

D'après vous, que veut dire M. Fortier?

Il y a la clim dans son bureau

0 1 2

Consigne: Je vais maintenant vous donner 2 choix de réponses. Dites-moi lequel explique le mieux ce que la personne a voulu dire.

→ A) Veut-il dire qu'il apprécie la fraîcheur?

B) Veut-il que son patron ferme la climatisation?

2.i Jean est dans sa chambre et écoute de la musique. Son père lui dit: «Jean, la porte de ta chambre est ouverte.»

D'après vous, que veut dire le père de Jean?

Tu écoutes la musique trop forte, j'entends trop la musique 0 1 2

A) Veut-il informer son fils que la porte n'est pas fermée?

→ B) Veut-il que son fils ferme sa porte?

3.i Philippe déménage samedi prochain. Il rencontre un bon ami dans la rue et, après lui avoir annoncé qu'il déménageait, lui dit: «As-tu des projets pour la fin de semaine?»

D'après vous, que veut dire Philippe?

Veut lui proposer quelque chose d'autre que le déménagement pour la fin de semaine 0 1 2

A) Veut-il savoir ce que fera son ami durant la fin de semaine?

→ B) Veut-il que son ami vienne l'aider à déménager?

4.i Madeleine et son mari sortent de l'épicerie en prenant chacun quelques sacs. Madeleine dit à son mari: «Ce sac-là est vraiment lourd.»

D'après vous, que veut dire Madeleine?

Peux-tu me le porter? 0 1 2

A) Veut-elle dire qu'un des sacs qu'elle transporte est pesant?

→ B) Veut-elle que son mari prenne le sac?

5.d M. Lavoie est au salon lorsque le téléphone se met à sonner. Il dit à sa femme: «Je le prends.»

D'après vous, que veut dire M. Lavoie?

Il va décrocher 0 1 2

→ A) Veut-il dire qu'il va répondre?

B) Veut-il dire à sa femme qu'elle devrait répondre?

6. d Jacques s'assoit au salon pour regarder la télévision. Il dit à sa femme qui est assise près de lui: «Cette nouvelle télévision fonctionne très bien.»

D'après vous, que veut dire Jacques?

Il est satisfait de sa télé

0 1

→ A) Veut-il dire que c'est une bonne télévision?

B) Veut-il dire qu'il aimerait en acheter une deuxième?

7. i Émile cohabite avec son frère. En revenant de l'épicerie, il dit à son frère: «Ça a coûté 68€)»

D'après vous, que veut dire Émile?

Partager les frais

0 1

A) Veut-il informer son frère du montant qu'il a payé?

→ B) Veut-il que son frère lui donne de l'argent ?

8. d M. Fleury travaille dans un bureau et fait imprimer un document. Il dit à sa secrétaire: «Cette imprimante est très performante.»

D'après vous, que veut dire M. Fleury ?

Y'a du bon matos dans le bureau

0 1 2

→ A) Veut-il dire que l'imprimante fonctionne bien ?

B) Veut-il que sa secrétaire utilise l'imprimante plus souvent ?

9. d Mme Gauthier regarde son fils qui se brosse les dents avant d'aller à l'école. Elle lui dit: «Tu fais ça comme un grand.»

D'après vous, que veut dire Mme Gauthier?

L'encourage à continuer le brossage

0 1

→ A) Veut-elle dire qu'il se brosse bien les dents?

B) Veut-elle qu'il se dépêche ?

10.i Louise regarde sa voiture stationnée dans la rue et dit à son mari: «Chéri, l'auto est sale.»

D'après vous, que veut dire Louise?

Peux-tu la laver ?

0 1

A) Veut-elle dire à son mari que l'auto n'est pas propre?

→ B) Veut-elle que son mari lave l'auto?

11.i M. Tremblay est occupé au salon quand le téléphone se met à sonner. Il dit à sa femme: «Le téléphone sonne.»

D'après vous, que veut dire M. Tremblay?

Peux-tu décrocher ?

0 1

A) Veut-il dire qu'il entend la sonnerie du téléphone?

→ B) Veut-il que sa femme réponde?

12.d André déménage samedi prochain. Il rencontre un ami dans la rue et, après lui avoir annoncé qu'il déménageait, lui dit : «L'appartement est vraiment bien éclairé.»

D'après vous, que veut dire André?

L'appartement est bien éclairé

0 1

→ A) Veut-il dire qu'il y a beaucoup de lumière dans l'appartement?

B) Veut-il que son ami l'aide à déménager?

13.d Pauline et son mari sortent de l'épicerie en prenant chacun quelques sacs. Pauline dit à son mari: «Ce soir, j'ai envie de manger des pâtes.»

D'après vous, que veut dire Pauline ?

Qu'elle a envie de manger des pâtes

0 1 2

→ A) Veut-elle dire qu'elle aimerait manger des pâtes?

B) Veut-elle que son mari cuisine ce soir?

14.d Claude est dans sa chambre et écoute de la musique. Son père lui dit: «Claude, viens souper.»

D'après vous, que veut dire le père de Claude?

Viens manger

0 1

→ A) Veut-il que son fils vienne à table?

B) Veut-il dire à son fils qu'il devra laver la vaisselle?

15.i M. Dupuis travaille dans le même bureau que son patron. L'air climatisé fonctionne. Il dit à son patron: «Il fait froid ici.»

D'après vous, que veut dire M. Dupuis?

On peut baisser la clim ?

0 1

B) Veut-il dire que l'air est froid dans le bureau?

→ B) Veut-il que son patron baisse la climatisation?

16.d Gérard cohabite avec son frère. En revenant de l'épicerie, il dit à son frère : «Il n'y avait presque personne à l'épicerie.»

D'après vous, que veut dire Gérard?

Il n'y avait presque personne à l'épicerie

0 1

→ A) Veut-il dire qu'il y avait peu de gens à l'épicerie?

B) Veut-il que son frère aille à l'épicerie la prochaine fois?

17.i Mme Leblanc attend son fils qui se brosse les dents avant d'aller le reconduire à l'école. Elle lui dit: «François, c'est long.»

D'après vous, que veut dire Mme Leblanc?

Dépêche-toi

0 1

A) Veut-elle lui dire qu'il prend du temps pour se brosser les dents?

→ B) Veut-elle qu'il se dépêche?

18.d Marianne regarde sa voiture stationnée dans la rue et dit à son mari: «J'aime bien la couleur que nous avons choisie.»

D'après vous, que veut dire Marianne?

Elle est contente de la couleur de la voiture

0 1 2

→ A) Veut-elle dire qu'elle trouve qu'ils ont fait un bon choix?

B) Veut-elle que son mari prenne la voiture en photo?

19.i Robert s'assoit au salon pour regarder la télévision. Il dit à sa femme qui est encore à la cuisine: «Chérie, mes lunettes sont sur la table.»

D'après vous, que veut dire Robert?

Va me chercher mes lunettes

0 1 2

B) Veut-il lui dire où se trouvent ses lunettes?

→ B) Veut-il qu'elle lui apporte ses lunettes au salon?

20.i M. Landry travaille dans un bureau et veut faire imprimer un document. Il dit à sa secrétaire: «Il n'y a plus de papier.»

D'après vous, que veut dire M. Landry?

Il faut remettre du papier

0 1 2

B) Veut-il lui dire que l'imprimante est vide?

→ B) Veut-il que sa secrétaire mette du papier dans l'imprimante?

EXPLICATIONS

Situations directes (d): 16/20

Situations indirectes (i): 17/20

Total: 33/40

CHOIX DE RÉPONSES

Situations directes (d): 10/10

Situations indirectes (i): 10/10

Total : 20/20

La Gestion de l'implicite

Canada

4. Pierre a-t-il beaucoup d'argent en ce moment ? NON A
5. Pierre a-t-il une sœur au Canada ? ? D
6. Pierre a-t-il l'intention d'aller au Canada ? OUI P

Les Durand

4. Pierre a-t-il au moins un frère ? OUI E
5. Le frère de Pierre est-il très sage ? NON L ?
6. Est-ce que Catherine trouve que les petits Durand sont des enfants modèles ? NON A

Pêche

4. Est-ce que le poisson que nous avons mangé vient de ma pêche de la rivière ? NON L
5. Est-ce que j'ai pêché beaucoup de poissons différents dans cette rivière ? NON E
6. Est-ce que je suis allé pêcher parce que nous n'avions rien à manger ? NON A ?

Age

4. Béatrice est-elle la plus âgée des trois ? NON L
5. Béatrice est-elle la sœur de Laure ? ? D
6. Laure est-elle plus jeune que Marie ? OUI L

Météo

4. La météo a-t-elle annoncé qu'il risquait de pleuvoir ? OUI P
5. La température est-elle basse aujourd'hui ? ? D
6. Brigitte aime-t-elle se faire mouiller ? NON P

Karine

4. La voiture de Karine est-elle plus confortable que celle de Delphine ? ? D
5. Karine pense-t-elle que voyager avec Delphine représente un danger ? OUI P
6. Karine pense-t-elle qu'elle conduit mieux que Delphine ? OUI P

Katia

4. Katia a-t-elle grossi récemment ? OUI E
5. Est-ce parce que ses amis l'ont entraînée à trop manger que Katia a grossi d'un kg ? NON L ?
6. Est-ce que Katia a pu accéder au buffet lors de l'inauguration de la salle polyvalente ? OUI P

Luc

4. Luc est-il en avance ? NON P
5. Luc a-t-il rendez-vous chez le dentiste ? ? D
6. Luc a-t-il égaré ses clefs de voiture ? OUI E

Loïc

4. Loïc est-il allé normalement à l'école ce matin ? NON P
5. Loïc a-t-il eu de très bonnes notes ce trimestre ? NON P
6. Loïc a-t-il eu une meilleure note en mathématiques qu'en dictée ? ? D

Henri

4. Henri pense-t-il que Paul va voter Front National ? NON A
5. Henri pense-t-il que l'abstention est un bon moyen de lutter contre le Front National ? NON A
6. Henri vote-t-il pour les écologistes ? ? D

Grossir

4. Rosa est-elle mariée ? ? D
5. Suzanne fait-elle un régime ? NON P
6. Suzanne a-t-elle envie de plaire aux hommes ? OUI P

Enquête

4. La victime et son gendre avaient-ils des rapports très détendus ? NON E
5. Le crime a-t-il eu lieu après 17h ? NON A
6. Le commissaire a-t-il des soupçons sur la culpabilité du gendre ? OUI P

Damien

4. Les deux enfants avaient-ils leur carte d'identité ? ? D
5. Le frère de Damien pouvait-il entrer dans la salle où était projeté ce film ? NON L
6. Damien est-il majeur ? NON E

Lola

4. Lola est-elle en France depuis plus de 16 ans ? NON L
5. Le frère aîné de Lola a-t-il 22 ans ? OUI L
6. Les parents de Lola sont-ils d'origine étrangère ? OUI E

Film

4. Le premier film a-t-il duré 80 minutes ? NON L
5. La cassette a-t-elle une durée de 3 heures ? OUI L
6. Le deuxième film est-il plus court que le premier ? ? D

Willy

4. La femme de Willy est-elle riche ? ? D
5. Willy a-t-il beaucoup gagné au casino ce soir ? NON E
6. Willy est-il plutôt affectueux avec sa femme ce soir ? OUI L

Isabelle

4. Isabelle a-t-elle acheté du fromage récemment ? OUI E
5. Isabelle va-t-elle déclarer le vol de son porte-monnaie à la police ? NON P
6. Les produits de cette crèmerie sont-ils moins chers qu'ailleurs ? ? D

Le chat

4. Le chat de ma voisine est-il gros ? ? D
5. Ce chat réclame-t-il quand il a faim ? OUI E
6. Ma voisine a-t-elle donné à manger à son chat ce matin ? NON L

Robert

4. Robert est-il décédé il y a trois ans ? NON E
5. Robert a-t-il tenu compte des conseils de son médecin ? NON P
6. Robert est-il mort dans un accident d'avion ? NON P

Varicelle

4. Rémi a-t-il la varicelle ? OUI P
5. Clément a-t-il plus de 12 ans ? NON P
6. La mère de Clément pense-t-elle éviter qu'il ait la varicelle ? NON P

Nombre de réponses justes sur l'ensemble des questions	54/60
Nombre de réponses justes sur les questions Explicites	11/11
Nombre de réponses justes sur les questions Logiques	10/12
Nombre de réponses justes sur les questions Distracteurs	12/13
Nombre de réponses justes sur les questions Pragmatiques	17/18
Nombre de réponses justes sur les questions Autres	4/6

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Interactions bio-psycho-sociales dans la dépression. (D'après Cottraux, 2004)	15
Figure 2 : Les régions cérébrales affectées dans la dépression	22
Figure 3 : Le cortex cingulaire en jaune, et sa partie antérieure en orange. Coupe sagittale du cerveau	24
Figure 4 : Le modèle de Tulving 1994	29
Figure 5 : Le schéma de Jakobson	48
Figure 6 : Representamen, interprétant et objet	50
Figure 7 : Illustration des niveaux cognitifs de la ToM	64

Marie-Ange Cuoco (Auteur)

TROUBLES DE LA COMMUNICATION ET PRAGMATIQUE DU LANGAGE DANS LA DEPRESSION UNIPOLAIRE

120 pages, 62 références bibliographiques

Mémoire d'orthophonie – UNS / Faculté de Médecine - Nice 2015

RESUME

La dépression unipolaire est un problème majeur de santé publique. Ce trouble de l'humeur affecte les capacités cognitives ainsi que les performances langagières et communicationnelles. Cette pathologie récidivante laisse, de plus, des séquelles aux sujets atteints et ce même après rémission ou guérison.

Nous avons voulu étudier l'impact des troubles dépressifs sur le langage et spécifiquement la pragmatique. En parallèle à cela, nous pouvons, grâce aux apports de la neuropsychologie et de la pragmatique cognitive, mettre en lien le langage avec la théorie de l'esprit. Il nous a semblé pertinent, au vu des difficultés que peuvent vivre les patients en crise au niveau communicationnel, de nous intéresser à la période de rémission, tout en mettant au premier plan les difficultés d'ordre social et professionnel, et les séquelles que gardent les sujets après guérison.

Notre protocole est constitué d'épreuves évaluant le versant compréhension de l'implicite et l'interprétation d'actes de langage direct et indirect. Nous les avons faites passer à des patients et des sujets contrôles afin de les comparer.

Finalement les analyses statistiques n'ont pas montré de différence significative entre les populations, cependant, nous avons relevé qualitativement des difficultés pragmatiques, au sein de la population dépressive.

Unipolar depression is a major public health concern. Indeed, this mood disorder affects cognition capacities as well as linguistic and communication performances. This recurrent disease also leaves remaining after-effects, even to those after remission or healing.

Our work addresses the impact of depression disorders on language and more specifically, on pragmatics.

With the help of neuropsychology and cognitive pragmatics, we can make a link between language and theory of mind. To that purpose, we chose to examine patients in remission, who are sensibly easier to interview than patients experiencing a communication crisis, and with whom we can put the emphasis on the social and professional difficulties as well as on the after-effects they face.

Our protocol lies on tests that evaluate the understanding of implicit meaning and the interpretation of both direct and indirect speech acts. We used it on an affected group of patients and on an unaffected controls group used as a comparison.

In the end, there were no statistically significant differences between the two dose groups. However, we did find in a qualitative manner pragmatics disorders, in the affected group of patients.

MOTS-CLES

Compréhension-Communication-Evaluation-Etude-Adulte- Dépression- Pragmatique du langage-

Psychiatrie

Comprehension-Communication-Test-Study-Adult-Depression-Pragmatics-Psychiatry

Directeur DE MEMOIRE

Claude BAUDU

Co-Directeur DE MEMOIRE

Bruno GIORDANA