



Les troubles de la pragmatique du langage et de la théorie de l'esprit chez les traumatisés crâniens : impacts du jeu de société en rééducation individuelle et en ateliers de groupe

Catherine Maurer

► To cite this version:

Catherine Maurer. Les troubles de la pragmatique du langage et de la théorie de l'esprit chez les traumatisés crâniens : impacts du jeu de société en rééducation individuelle et en ateliers de groupe. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01502952

HAL Id: dumas-01502952

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01502952>

Submitted on 6 Apr 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

MAURER Catherine
Née le 7 novembre 1989 à Strasbourg

**LES TROUBLES DE LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE
ET DE LA THEORIE DE L'ESPRIT
CHEZ LES TRAUMATISES CRANIENS :**

Impacts du jeu de société en rééducation individuelle et en ateliers de groupe

Directeur de Mémoire : **MARSHALL Chloé**, Orthophoniste

Co-directeur de Mémoire : **MAILLAN Geneviève**, Linguiste

Nice

2014

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

Par

MAURER Catherine

Née le 7 novembre 1989 à Strasbourg

**LES TROUBLES DE LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE
ET DE LA THEORIE DE L’ESPRIT
CHEZ LES TRAUMATISES CRANIENS :**

Impacts du jeu de société en rééducation individuelle et en ateliers de groupe

Directeur de Mémoire : **MARSHALL Chloé**, Orthophoniste

Co-directeur de Mémoire : **MAILLAN Geneviève**, Linguiste

Membres du jury : **DUMAS Nathalie**, Orthophoniste

RENAUDO Nadine, Orthophoniste

RESCA Valérie, Orthophoniste

Nice

2014

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier sincèrement Chloé Marshall, ma directrice de mémoire, pour sa disponibilité, sa patience, ses conseils avisés et son soutien tout au long de ce travail.

Je remercie également Geneviève Maillan, ma co-directrice, pour ses remarques constructives, ses connaissances et pour l'aide qu'elle a su apporter à ma réflexion.

Je remercie chaleureusement Isabelle Patuano de m'avoir accueillie en tant que stagiaire à l'UEROS de La Gaude. Sans elle, je n'aurais pas pu mener à bien ce travail.

Merci à tous les membres du jury, Valérie Resca, Nadine Renaudo et Nathalie Dumas, pour le temps consacré à la lecture de mon mémoire et pour leur regard clinique.

Un grand merci aux deux patients de l'UEROS d'avoir accepté de participer à cette étude.

Mes remerciements vont aussi à ma famille et mes amis qui m'ont encouragée dans toutes les phases de mon mémoire, dans les bons comme dans les mauvais moments.

Enfin, merci à tous ceux qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail. Je vous en suis infiniment reconnaissante.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	3
SOMMAIRE	4
INTRODUCTION.....	8

PARTIE THEORIQUE

LES TRAUMATISMES CRANIENS.....	10
I. DEFINITION ET DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	11
1. Définition.....	11
2. Incidence	11
3. Causes.....	12
4. Population touchée	12
II. CLASSIFICATION DES TRAUMATISMES CRANIENS.....	12
1. Classification par degré de gravité.....	12
2. Classification par issue pronostique	14
III. LES LESIONS INTRACRANIENNES	15
1. Lésions focales.....	15
2. Lésions diffuses.....	15
IV. LES SEQUELLES COGNITIVES ET PSYCHO-COMPORTEMENTALES	16
1. Le « handicap invisible ».....	16
2. Les troubles mnésiques.....	17
3. Les troubles de l'attention et des fonctions exécutives	18
4. Les troubles comportementaux	20
5. Les troubles psychologiques et psychiatriques	22
6. Les troubles praxiques et gnosiques.....	23
7. Les troubles des émotions et de la cognition sociale.....	23
8. Les troubles de la parole, du langage et de la communication.....	24
LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE	26
I. THEORIES FONDATRICES	27
1. Présentation de l'approche pragmatique	27
2. Les fonctions de communication de JAKOBSON.....	27
3. La théorie des actes de langage d'AUSTIN et SEARLE	29
4. Le principe de coopération et les maximes conversationnelles de GRICE.....	31
5. Le principe de pertinence de SPERBER et WILSON.....	32
II. ALTERATIONS DES HABILETES PRAGMATIQUES DES TRAUMATISES CRANIENS.....	33
1. Communication verbale	33
2. Communication non verbale.....	35
3. Comportements conversationnels et respect des règles de communication.....	36
III. HYPOTHESES ETIOLOGIQUES	37
1. Syndrome dysexécutif.....	37
2. Déficit en théorie de l'esprit.....	38
3. Perturbation linguistique.....	39
LA COGNITION SOCIALE	41
I. PRESENTATION DE LA COGNITION SOCIALE ET DE SES DIFFERENTS ASPECTS	42
1. La cognition sociale	42
2. La prise de décision	44
3. Le raisonnement social.....	45
4. La compréhension des émotions	46
5. L'empathie.....	47
6. La théorie de l'esprit.....	48

II.	DEFICIENCES SOCIOCOGNITIVES DES TRAUMATISES CRANIENS	52
1.	Altération de la prise de décisions.....	52
2.	Trouble de l'expression et de la reconnaissance des émotions.....	53
3.	Déficit d'empathie.....	53
4.	Trouble de la théorie de l'esprit	54
LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE PRAGMATIQUE DU LANGAGE DES TRAUMATISES CRANIENS.....		56
I.	LES PHASES D'EVOLUTION DE LA REHABILITATION DES TRAUMATISES CRANIENS	57
1.	Phase d'éveil et de reprise de conscience (Stimulation).....	57
2.	Phase de réentraînement des déficiences (Rééducation).....	58
3.	Phase de restauration d'une identité (Réadaptation).....	58
4.	Phase de réinsertion.....	59
II.	LES APPROCHES THERAPEUTIQUES	60
1.	Approche cognitive	61
2.	Approche fonctionnelle	61
3.	Approche globale ou holistique	63
4.	Les prises en charge de groupe	64
III.	LES GRANDS PRINCIPES DE LA REEDUCATION DES COMPETENCES PRAGMATIQUES DE COMMUNICATION DES TRAUMATISES CRANIENS	66
1.	L'évaluation.....	66
2.	Les interventions.....	67
3.	Le travail pluridisciplinaire.....	68
4.	La généralisation des acquis	68
LES JEUX DE SOCIETE		70
I.	THEORIE DU JEU	71
1.	Définition.....	71
2.	Classifications	72
3.	Fonctions du jeu	74
II.	JEU ET ORTHOPHONIE	75
1.	Le jeu, un outil thérapeutique.....	75
2.	Le jeu, un vecteur de communication.....	75
3.	Le jeu, un support utile dans la rééducation de l'adulte	76
III.	INTERETS DU JEU DE SOCIETE DANS LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DE LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE DES TRAUMATISES CRANIENS.....	77
1.	Une approche globale combinant plusieurs domaines.....	77
2.	Un matériel écologique	78
3.	Une diversité de contextes sociaux.....	79
4.	Un support attrayant et stimulant	79
5.	Une source d'aides variées.....	79

PARTIE PRATIQUE

HYPOTHESE ET OBJECTIFS.....		81
I.	PROBLEMATIQUE.....	82
II.	HYPOTHESE	82
III.	OBJECTIFS.....	83
METHODOLOGIE		84
I.	POPULATION	85
1.	Critères d'inclusion.....	85
2.	Critères d'exclusion	85
3.	Présentation des patients.....	85
II.	PROTOCOLE EXPERIMENTAL	87
1.	Le bilan	87
2.	La rééducation.....	90

PRESENTATION DE LA PRISE EN CHARGE.....	97
I. PATIENT B.C.....	98
1. <i>Bilan initial.....</i>	98
2. <i>Rééducation orthophonique.....</i>	99
3. <i>Bilan final.....</i>	123
II. PATIENT T.P.....	125
1. <i>Bilan initial.....</i>	125
2. <i>Rééducation orthophonique.....</i>	126
3. <i>Bilan final.....</i>	148
ANALYSE DES RESULTATS.....	151
I. VALIDATION DE L'HYPOTHESE.....	152
II. HYPOTHESES RELATIVES AUX IMPACTS DES JEUX DANS LA REEDUCATION DES HABILETES	
PRAGMATIQUES.....	153
1. <i>Mimogestualité et prosodie.....</i>	153
2. <i>Ralentissement du débit verbal.....</i>	154
3. <i>Initiation verbale.....</i>	154
4. <i>Ajout d'informations et progression du discours.....</i>	154
5. <i>Concision.....</i>	154
6. <i>Limitation des répétitions informatives.....</i>	154
7. <i>Précision lexicale.....</i>	155
8. <i>Tours de parole.....</i>	155
9. <i>Diversification du style communicatif et des actes de langage.....</i>	155
10. <i>Feed-back.....</i>	155
11. <i>Compréhension des actes de langage indirects et des métaphores.....</i>	155
DISCUSSION.....	157
I. LIMITES ET PERSPECTIVES.....	158
1. <i>Critiques du bilan.....</i>	158
2. <i>Critiques de la prise en charge.....</i>	159
II. INTERETS.....	162
1. <i>Pour les patients.....</i>	162
2. <i>Pour la pratique orthophonique.....</i>	163
3. <i>Pour nous-mêmes.....</i>	163
CONCLUSION.....	165
BIBLIOGRAPHIE.....	167
GLOSSAIRE.....	174
ANNEXES.....	175
ANNEXE I : GRILLE D'OBSERVATION DES SEANCES.....	176
ANNEXE II : QUESTIONNAIRE TIME'S UP FAMILY®.....	177
ANNEXE III : REVUE DES TESTS DES HABILETES PRAGMATIQUES.....	179
1. <i>En expression.....</i>	179
2. <i>En compréhension.....</i>	180
ANNEXE IV : PROTOCOLE PRAGMATIQUE DE PRUTTING ET KIRCHNER.....	181
ANNEXE V : GRILLE D'ANALYSE.....	183
ANNEXE VI : LEXIQUE DES TERMES UTILISES.....	185
1. <i>Actes d'élocution.....</i>	185
2. <i>Actes propositionnels.....</i>	186
3. <i>Actes illocutoires et perlocutoires.....</i>	187
ANNEXE VII : PROTOCOLE MEC.....	189
ANNEXE VIII : BILAN INITIAL MONSIEUR C.	190
1. <i>Compréhension.....</i>	190
2. <i>Expression.....</i>	191
ANNEXE IX : GRILLE D'ANALYSE BILAN INITIAL MONSIEUR C.	194
ANNEXE X : CORPUS BILAN INITIAL MONSIEUR C.....	196
ANNEXE XI : BILAN FINAL MONSIEUR C.	199
1. <i>Compréhension.....</i>	199

2. <i>Expression</i>	200
ANNEXE XII : GRILLE D'ANALYSE BILAN FINAL MONSIEUR C.	203
ANNEXE XIII : CORPUS BILAN FINAL MONSIEUR C.	205
ANNEXE XIV : BILAN INITIAL MONSIEUR P.....	211
1. <i>Compréhension</i>	211
2. <i>Expression</i>	211
ANNEXE XV : GRILLE D'ANALYSE BILAN INITIAL MONSIEUR P.	215
ANNEXE XVI : CORPUS BILAN INITIAL MONSIEUR P.	217
ANNEXE XVII : BILAN FINAL MONSIEUR P.....	222
1. <i>Compréhension</i>	222
2. <i>Expression</i>	223
ANNEXE XVIII : GRILLE D'ANALYSE BILAN FINAL MONSIEUR P.	226
ANNEXE XIX : CORPUS BILAN FINAL MONSIEUR P.	228
TABLE DES ILLUSTRATIONS	233

INTRODUCTION

Le traumatisme crânien (TC) grave constitue un véritable problème de santé publique en France. En effet, son incidence dans la population est élevée et touche principalement les sujets jeunes. Il est responsable de multiples déficits altérant la motricité, mais aussi la cognition, le comportement ou le psychisme, qui entravent considérablement la qualité de vie des blessés et de leur entourage.

Parmi les séquelles cognitives des traumatisés crâniens, les troubles de la pragmatique du langage, c'est-à-dire de l'utilisation du langage en contexte, peuvent perturber sévèrement leur communication. Ils affectent à la fois l'expression et la compréhension des énoncés en situation de conversation (discours vague, digressions, logorrhée, manque de cohérence et d'informativité, mais aussi faible perception des sous-entendus, des métaphores, de l'humour...). Ces altérations apparaissent à distance de l'accident, lorsque le sujet reprend contact avec le milieu extérieur. Les incompétences pragmatiques empêchent alors le bon déroulement des échanges et nuisent fortement aux interactions avec autrui. Elles compromettent la réinsertion sociale, familiale et professionnelle de ces patients.

Malgré le retentissement de ces déficits sur la communication des victimes de TC, la prise en charge des troubles de pragmatique est actuellement insuffisante. Ils restent encore trop souvent négligés au profit de troubles du langage plus perceptibles (aphasie, dysarthrie...). Dans l'optique d'une réinsertion, il est important de proposer à ces patients des interventions spécifiques axées sur un meilleur emploi et une bonne compréhension des règles de communication et du langage non littéral ou implicite.

Face à cet état de fait, nous avons centré notre travail sur l'élaboration d'une prise en charge des inaptitudes pragmatiques post-traumatiques. L'étude des diverses étiologies dans la littérature nous a permis de saisir l'importance des déficits de la cognition sociale et plus spécifiquement de la théorie de l'esprit dans les troubles de l'usage du langage. Il apparaît nettement que les traumatisés crâniens rencontrent des difficultés à adapter leur discours à leurs interlocuteurs et à comprendre les énoncés non littéraux en raison d'une faible prise en compte des contenus mentaux d'autrui (pensées, croyances, intentions...).

Ainsi, nous avons eu l'idée de mettre en place une rééducation basée sur les jeux de société, qui combinent l'intervention de règles communicationnelles et l'implication de la théorie de l'esprit. Notre étude s'attache à examiner si une telle prise en charge permettrait la réhabilitation des habiletés pragmatiques des traumatisés crâniens.

Pour y parvenir, nous aborderons d'abord d'un point de vue théorique le TC, puis la pragmatique du langage et la cognition sociale, en insistant sur les troubles rencontrés dans la pathologie post-traumatique. Nous évoquerons ensuite les modalités de prise en charge des troubles des compétences pragmatiques de ces sujets. Dans une dernière partie, nous considérerons le jeu de société et ses avantages dans la réhabilitation de ces déficits. D'un point de vue pratique, nous présenterons la prise en charge réalisée auprès de deux patients traumatisés crâniens, en situation individuelle et groupale, puis nous analyserons les résultats obtenus. Notre travail s'achèvera sur une discussion des intérêts et des limites de cette intervention.

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I

LES TRAUMATISMES CRANIENS

I. Définition et données épidémiologiques

1. Définition

La Classification Internationale des Maladies (CIM) considère le traumatisme crânien comme « toute agression mécanique, directe ou indirecte, responsable d'une fracture du crâne et/ou de troubles de la conscience ou de signes traduisant une souffrance encéphalique diffuse ou localisée, d'apparition secondaire ou retardée ».¹

Le traumatisme crânien (TC) est donc une atteinte de la boîte crânienne et de l'encéphale, d'où son appellation « traumatisme cranio-encéphalique ». C'est une entité multiple, parfois difficile à délimiter. En effet, la frontière entre un simple « coup sur la tête » et un TC léger peut s'avérer floue. Dans le champ du TC, il existe tout un éventail de profils cliniques, ce qui complique l'élaboration d'une définition univoque. [7]

Le traumatisme subi par les patients cérébrolésés est également complexe. C'est d'une part un traumatisme du corps, puisque c'est un mécanisme qui atteint les structures cérébrales. Il constitue d'autre part un traumatisme affectif et social, car l'altération des capacités mentales peut engendrer des modifications psycho-comportementales variables. Elles peuvent être incompatibles avec la vie sociale, professionnelle ou familiale antérieure. La vie des proches s'en trouve bouleversée, notamment lorsque les séquelles sont lourdes. Le TC implique donc l'individu dans sa globalité : son être physique, psychique et social. [7]

2. Incidence

Selon une étude épidémiologique de l'INSERM réalisée en 1986 en France, relatée par COHADON [7], l'incidence des TC est de 281/100 000 hospitalisations. Cette incidence est plus élevée pour les hommes que pour les femmes (384/100 000 contre 185/100 000). L'issue est fatale dans 7,8% des cas. Le traumatisme est considéré comme léger pour 80% des sujets, modéré pour 11% et sévère pour 9%.

D'autres études internationales parlent d'une incidence des TC oscillant entre 150 et 300/100 000 habitants et d'un taux de mortalité de 7 à 17%.

¹ COHADON [7], 2008, p. 182

3. Causes

En France, les deux grandes causes de TC sont les accidents de la voie publique (50%) et les chutes (21 à 32%). Ces dernières connaissent deux pics de fréquence aux extrémités de la vie : chez le jeune enfant (chutes bénignes) et la personne âgée (souvent plus graves). Les lésions crâniennes par arme à feu constituent une autre cause, plus rare en France, de TC. [7]

4. Population touchée

Les traumatismes crâniens touchent davantage les hommes que les femmes (sex-ratio de 2 à 3/1). Le pic d'incidence se situe entre 15 et 25 ans pour les deux sexes. Deux autres pics d'incidence sont constatés aux âges extrêmes de la vie : entre 0 et 5 ans, et après 65 ans.

Dans les pays occidentaux, le TC est la première cause de mortalité et de handicap avant 45 ans, avec une espérance de vie préservée. Les blessés sont donc jeunes et resteront handicapés toute leur vie, ce qui pose des questions d'évaluation et de prise en charge multimodale. Le TC constitue un problème majeur de santé publique d'après COHADON [7].

II. Classification des traumatismes crâniens

1. Classification par degré de gravité

Le dysfonctionnement cérébral immédiat engendré par un TC peut-être plus ou moins sévère. Il peut se caractériser par une perte de connaissance (ou un coma) et/ou une période d'amnésie post-traumatique. La gravité du TC est définie par les critères de l'échelle de Glasgow, et la durée du coma et/ou de l'amnésie post-traumatique. [7]

1.1. Profondeur des troubles de la conscience

L'échelle de Coma de Glasgow (GCS) de TEASDALE et JENNETT, reprise par COHADON [7], permet d'évaluer la profondeur des troubles de la conscience. C'est l'indice le plus couramment admis pour évaluer la sévérité d'un TC.

Elle est basée sur trois types de réponses cliniques à des stimuli conventionnels :

- L'ouverture des yeux
- La réponse verbale
- La réponse motrice

Ouverture des yeux	Réponse verbale	Réponse motrice
1 – nulle	1 – nulle	1 – nulle
2 - à la douleur	2 - incompréhensible	2 - extension stéréotypée (rigidité décérébrée)
3 - à la demande	3 - inappropriée	3 - flexion stéréotypée (rigidité de décortication)
4 - spontanée	4 - confuse	4 - évitement
	5 - normale	5 – orientée
		6 - aux ordres

Figure 1 : Echelle de Glasgow

Les trois notes correspondantes totalisées donnent le score de Glasgow allant de 3 (coma profond) à 15 (personne parfaitement consciente) :

- Un score de 13 à 15 définit un TC léger
- Un score de 9 à 12 définit un TC modéré
- Un score de 3 à 8 définit un TC grave

Cette échelle est indispensable pour le bilan initial et l'évolution des premiers jours. [7]

1.2. Durée des troubles de la conscience

La durée du coma est un autre marqueur de sévérité du TC. Son exploitation est toutefois délicate, c'est pourquoi la durée de l'amnésie post-traumatique (APT) tend actuellement à la remplacer. [7]

L'APT est la durée allant du moment du traumatisme, ou du dernier souvenir du patient, jusqu'au moment où il récupère la capacité de mémorisation des événements de façon continue, ainsi que l'orientation dans le temps et dans l'espace. Cette période inclut le coma, la phase d'éveil, la phase d'amnésie antérograde, de confusion et de désorientation qui suit. Certains auteurs y ajoutent la phase d'amnésie rétrograde, c'est-à-dire la perte des souvenirs précédant l'accident.

JENNETT et TEASDALE (1981) cités par COHADON [7] ont proposé une classification de la gravité du TC en fonction de la durée de l'APT :

- Moins de 5 minutes : TC très léger
- 5 à 60 minutes : TC léger
- 1h à 24h : TC modéré
- 1 à 7 jours : TC sévère
- 1 à 4 semaines : TC très sévère
- Plus de 4 semaines : TC extrêmement sévère

1.3. Trois degrés de gravité

La classification par degré de sévérité permet de dissocier trois types de TC [7] :

- **TC léger** : score de Glasgow entre 13 et 15, durée du coma < 15 minutes, durée de l'APT < 1 heure
- **TC modéré** : score de Glasgow entre 9 et 12, durée du coma entre 30 minutes et 6 heures, durée de l'APT entre 1 heure et 24 heures
- **TC sévère** : score de Glasgow entre 3 et 8, durée du coma > 6 heures, durée de l'APT > 24 heures, lésions au scanner cérébral

La gravité du TC détermine la qualité de la récupération. Elle est bonne pour 97% des TC légers, pour 94% des TC modérés, et pour 40% des TC sévères. [7]

2. Classification par issue pronostique

Dans une pathologie aussi soudaine et agressive que le TC, l'évaluation du devenir global des patients est essentielle.

2.1. Facteurs pronostiques

Ce sont les critères qui augmentent les risques de morbidité et de mortalité. Certains facteurs caractérisent le blessé lui-même, d'autres appartiennent aux effets du traumatisme.

Les éléments qui influencent sensiblement le pronostic sont l'âge (mortalité plus élevée chez les sujets les plus jeunes et les plus âgés), le sexe (sexe féminin défavorisé), l'importance des lésions (mécanisme, nature, étendue et profondeur des lésions) et les facteurs génétiques.

2.2. Echelle d'issue pronostique

Selon COHADON [7], l'échelle de devenir de Glasgow, ou Glasgow outcome scale (GOS) de JENNETT et BOND, est l'échelle la plus couramment utilisée pour évaluer le devenir global d'un sujet ayant subi un TC. Elle permet une approche du pronostic de la situation traumatique concernant la mortalité, les résultats fonctionnels et la réinsertion sociale des blessés.

On distingue cinq niveaux de devenir :

- GOS 1 : bonne récupération ; retour à une vie sociale et professionnelle normale, parfois avec un handicap fonctionnel résiduel
- GOS 2 : handicap modéré ; patient gardant des séquelles mais indépendant
- GOS 3 : handicap grave ; patient conscient mais dépendant
- GOS 4 : état végétatif persistant
- GOS 5 : décès

III. Les lésions intracrâniennes

D'un point de vue clinique, le caractère focal et/ou diffus d'une lésion est le plus pertinent pour décrire les tableaux anatomo-cliniques, d'après AZOUVI et coll [3].

1. Lésions focales

Lorsque la tête heurte un objet, on parle d'un « mécanisme de contact ». Les lésions sont situées sous le point d'impact avec une possible irradiation locale.

Quand la cinétique augmente, il apparaît un « mécanisme d'inertie ». Celui-ci est responsable d'un déplacement cérébral secondaire à l'accélération ou la décélération linéaire brutale. Il provoque classiquement un choc frontal et un contrecoup occipital contre la boîte crânienne : c'est l'effet de « coup-contrecoup ». Les lésions siègent alors principalement au niveau des régions fronto-temporale et occipitale.



Figure 2 : Effet de "coup-contrecoup"

Ces mécanismes peuvent être isolés ou s'associer. Ils provoquent des contusions cortico-sous-corticales, des déchirures veineuses à l'origine d'hématomes sous-duraux ou extraduraux, des hémorragies intracérébrales et des lésions ischémiques. [7]

L'effet de « coup-contrecoup » se rencontre principalement dans les accidents de la route, cause la plus fréquente de TC, ce qui explique la forte propension de syndromes frontaux dans la population des traumatisés crâniens.

2. Lésions diffuses

Les principales lésions diffuses sont les lésions axonales diffuses (LAD) qui touchent les axones de la substance blanche cérébrale par étirement ou cisaillement des fibres nerveuses. Elles sont également causées par l'effet d'inertie lors d'impacts à haute cinétique. Elles sont provoquées par l'accélération ou la décélération linéaire et angulaire du cerveau. Ces LAD sont à l'origine des commotions cérébrales (brève perte de conscience) et des comas, mais aussi des principales séquelles neuropsychologiques des traumatisés crâniens. [7]

Ces deux types de lésions primaires - focales et diffuses - peuvent secondairement s'aggraver. Il existe à la fois des mécanismes locaux (compression du parenchyme par un hématome et/ou œdème péri-lésionnel), ainsi que des agressions cérébrales secondaires d'origine systémique (ACSOS) provoquées par des pathologies respiratoires, cardiovasculaires, métaboliques ou infectieuses. Tous ces mécanismes peuvent être à l'origine d'une ischémie, d'une hypertension intracrânienne, voire d'un engagement cérébral. [7]

Les lésions focales peuvent être associées à des lésions plus diffuses. Le tableau clinique qui en résulte dépendra de ces associations, mais aussi des localisations lésionnelles et du terrain sur lequel elles surviennent.

Nous pouvons ainsi entrevoir la grande variété clinique des traumatisés crâniens du point de vue de leur pronostic, de leurs déficiences et de leurs capacités ou incapacités.

IV. Les séquelles cognitives et psycho-comportementales

1. Le « handicap invisible »

Depuis la loi de février 2005, le handicap est défini comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».²

Les traumatisés crâniens souffrent de lésions cérébrales plus ou moins graves induisant des déficiences qui les confrontent à des situations de handicap. Ces lésions sont à l'origine de séquelles physiques, cognitives, psycho-affectives et comportementales, qui vont perturber durablement leur vie sociale et professionnelle. Ils doivent faire face à des limitations de leurs activités dans la vie quotidienne et à une modification de leur rôle au sein de la société selon BOURRELLIER [62].

Toutefois, les troubles cognitifs et psycho-comportementaux peuvent passer inaperçus auprès d'un public non averti. Contrairement aux déficits moteurs, ils ne sont pas visibles d'emblée, et constituent ce que l'on appelle le « handicap invisible ».

Ces séquelles « invisibles » sont à l'origine d'une importante souffrance des traumatisés crâniens, car ils ont le sentiment que leur handicap n'est pas reconnu socialement. Leur entourage et les intervenants ont tendance à minimiser les répercussions de leurs troubles et les difficultés qu'ils peuvent rencontrer, même dans des tâches simples. De même, le blessé peut, lui aussi, sous-estimer ces troubles, ce qui nuit à la prise de conscience de ses incapacités.

² Journal officiel, Loi n°2005-102, 2005 [48]

De nombreuses associations de traumatisés crâniens se sont formées notamment pour défendre la reconnaissance de leur handicap.

Certains auteurs insistent sur cette souffrance et contestent l'assimilation du « handicap invisible » à un handicap cognitif. Selon BOUCHERAT-HUE [4], les séquelles des traumatisés crâniens dépassent le domaine neuropsychologique, et intéressent toute la sphère émotionnelle et comportementale. Ils tiennent à ce que soit reconnu le handicap psychique des blessés.

Le « handicap invisible » peut concerner toutes les victimes de TC, quel que soit le niveau de gravité de leur traumatisme. Certains traumatisés crâniens légers peuvent développer un « syndrome post-commotionnel » regroupant des plaintes somatiques, cognitives et psychologiques [21]. Ces troubles sont difficilement objectivables, bien qu'ils placent ces personnes dans des situations de handicap. Toutefois, les séquelles sont d'autant plus invalidantes que le TC est sévère. Nous nous concentrerons donc sur les déficiences « invisibles » observées chez les traumatisés crâniens modérés et graves.

Il convient de préciser que ces troubles ne sont pas présents intégralement chez toutes les victimes de TC modérés et graves, mais sont ceux le plus souvent décrits dans cette population. En effet, l'hétérogénéité des lésions et la diversité de leurs expressions selon la personnalité du blessé et sa situation antérieure aboutissent à un tableau clinique singulier.

2. Les troubles mnésiques

Nous distinguons les déficits mnésiques proches de l'accident et ceux qui s'observent à distance du traumatisme et qui perturbent durablement la vie des cérébrolésés.

2.1. Amnésies rétrograde et antérograde

L'amnésie rétrograde représente l'effacement des souvenirs des événements précédant l'accident. Les faits récents sont les plus atteints. Cette amnésie étendue en phase initiale, récupère en quelques jours et se limite ensuite aux minutes précédant l'accident. Les blessés conserveront cette amnésie toute leur vie.

L'amnésie antérograde touche la capacité à intégrer en mémoire de nouveaux éléments se déroulant après l'accident. Sa durée est corrélée à la gravité du TC. Elle est associée le plus souvent à un tableau confusionnel, avec agitation, troubles de l'attention, fabulation et désinhibition. La fin de cette amnésie correspond à la fin de l'APT et marque le retour à une capacité de mémorisation. Mais ceci ne signifie pas forcément un retour à un fonctionnement mnésique normal.

2.2. Déficits mnésiques persistants

Les séquelles mnésiques constituent l'une des plaintes récurrentes des traumatisés crâniens et de leurs proches. Elles compromettent fortement les chances d'une réinsertion sociale et professionnelle réussie. [11]

Il existe une corrélation entre la sévérité du TC et les troubles de mémoire résiduels. Plus le traumatisme est grave, plus les séquelles mnésiques sont massives.

D'après COHADON [7], la mémoire à court terme est relativement préservée, mais c'est la mémoire à long terme qui est la plus atteinte, à la fois sur le plan visuel et verbal. Les capacités d'apprentissages sont touchées, en raison de mauvaises stratégies d'encodage, ce qui empêche le sujet de fixer de nouvelles informations. Les difficultés intéressent également le rappel, mais elles ont tendance à diminuer lors de l'indication et de la reconnaissance.

Ces troubles peuvent subsister pendant plusieurs années après l'accident et sont un frein considérable à toute reprise professionnelle. Ils seraient imputables aux déficiences attentionnelles liées aux perturbations frontales.

2.3. Troubles de la mémoire de travail

La mémoire de travail est un système qui permet de maintenir temporairement en mémoire une information et de la manipuler lors d'un traitement cognitif simultané.

BADDELEY cité par COHADON [7] la décompose en trois éléments distincts et interdépendants : l'administrateur central (système de contrôle attentionnel à capacité limitée), la boucle phonologique et le calepin visuo-spatial (systèmes esclaves).

Plusieurs études ont conclu que les traumatisés crâniens graves rencontrent des difficultés dans les tâches nécessitant l'intervention de l'administrateur central, selon ROBIN et coll. [55] et COHADON [7]. Ils peuvent être gênés en situation de double tâche, pour comprendre un texte complexe, ou bien pour suivre une conversation à plusieurs interlocuteurs.

3. Les troubles de l'attention et des fonctions exécutives

3.1. Troubles dysexécutifs

Les fonctions exécutives correspondent à des « fonctions de direction » élaborées, qui interviendraient dans les comportements orientés vers un but, dans le cadre de situations non-routinières, nécessitant la mise en place de processus contrôlés. Elles permettent la définition d'un but et des objectifs à atteindre, l'élaboration d'une stratégie pour y parvenir, le contrôle de sa mise en œuvre, et l'analyse des résultats. Ces fonctions de « haut niveau » sont indispensables, car elles sont requises dans toutes les activités cognitives.

Les troubles des fonctions exécutives sont regroupés sous le terme de « syndrome dysexécutif ». Selon ALLAIN et LE GALL [2], il convient de préférer cette appellation à celle de « syndrome frontal ». En effet, même s'il est reconnu que les fonctions exécutives sont liées au lobe frontal (notamment au cortex préfrontal dorsolatéral), elles fonctionnent aussi grâce à d'autres régions cortico-sous-corticales. Dans le cadre d'un TC, le syndrome dysexécutif serait davantage imputable aux lésions diffuses de la substance blanche qu'à une lésion focale des lobes frontaux. De plus, cette appellation insiste sur la description des dysfonctionnements plutôt que sur le siège de la lésion.

D'après le modèle de NORMAN et SHALLICE, le syndrome dysexécutif serait le résultat d'un dysfonctionnement du système attentionnel superviseur. Celui-ci intervient lors de situations nouvelles afin de répartir les ressources attentionnelles entre les séquences d'actions automatiquement activées (ou routines), et les programmes d'actions volontaires et contrôlés. [7]

Le syndrome dysexécutif est l'une des principales séquelles cognitives des traumatisés crâniens graves. Il joue un rôle majeur dans les troubles d'adaptation du comportement des cérébrolésés et complique leur réinsertion professionnelle.

Il peut revêtir tous les niveaux de sévérité. Le tableau clinique peut être lourd et se traduire alors par d'importants troubles comportementaux. Il peut également être plus discret, avec des troubles cognitifs restreints, tels qu'un ralentissement, de légers troubles attentionnels, et des difficultés dans la gestion de tâches complexes ou multiples. Pourtant, même de faibles troubles exécutifs peuvent avoir un retentissement important dans le fonctionnement quotidien des cérébrolésés.

Malgré cette hétérogénéité dans les profils cliniques du syndrome dysexécutif post-traumatique, certains troubles se révèlent plus caractéristiques que d'autres. Les études [3,7,43,55] rapportent d'une part un **déficit des initiatives**. Dans les formes les plus sévères, le patient n'entreprend plus d'activités, en raison de sa difficulté dans la génération de projets. Les cas plus légers peuvent démarrer une action sans incitation, mais une fois terminée, ils n'en initieront pas d'autres. D'autre part, on observe des **troubles de la planification**. Certains patients sont incapables de mettre en place des stratégies pour atteindre leur but. Leurs plans d'action sont imprécis ou bien irréalistes. La **flexibilité mentale** semble aussi réduite chez certains blessés. Ils adhèrent alors aux tâches et ont des difficultés à passer d'une action à une autre. Leur pensée est rigide et leurs réponses sont stéréotypées. Les **fluences verbales** sont abaissées, avec de nombreuses persévérations. Le test de Stroop met en évidence un **déficit des mécanismes inhibiteurs**. Les cérébrolésés rencontrent des difficultés à la fois dans la planification, l'exécution, la vérification et l'anticipation de tâches non routinières.

Comme nous l'avons vu précédemment, les fonctions exécutives sont impliquées dans toutes les activités cognitives. Ainsi, il est évident que le syndrome dysexécutif explique en partie les troubles cognitifs de ces sujets. Pour GODEFROY et coll. [43], il ne se limite pas à certaines perturbations cognitives ou comportementales, mais il englobe tout un éventail de troubles dont la caractéristique commune est une altération d'un système de contrôle.

3.2. Déficits attentionnels

L'attention est un concept qui regroupe plusieurs dimensions, et qui intervient dans la plupart des activités cognitives. Plus une action est volontaire et consciente, plus elle requiert une rapidité de traitement cognitif, et plus elle consomme de ressources attentionnelles. Les relations entre l'attention et les fonctions exécutives sont très proches, si bien que certains auteurs considèrent qu'elle n'est qu'un élément de celles-ci.

L'une des plaintes majeures des traumatisés crâniens concerne leurs difficultés d'attention et de concentration. Ils évoquent une importante distractibilité, un ralentissement psychomoteur, et une grande fatigabilité. Les activités en double tâche leur sont plus difficiles.

La lenteur cognitive dépend du degré de gravité du TC et peut persister au-delà de deux ans dans les cas les plus sévères. Le ralentissement touche le traitement de l'information dans son intégralité, et augmente avec la complexité de la tâche.

La majorité des études [3,7,43,55] s'accorde sur un trouble de l'attention divisée chez les traumatisés crâniens graves. Il serait lié à une faiblesse de leurs ressources attentionnelles. Leurs performances en situation de double tâche sont altérées pour les tâches complexes, car elles requièrent des processus exécutifs et attentionnels plus importants. Mais lorsqu'ils sont confrontés à des tâches plus simples, ils réussissent à les effectuer de façon automatique.

L'attention soutenue et l'attention sélective seraient également déficitaires lors des tâches complexes mettant en jeu un fort contrôle exécutif.

4. Les troubles comportementaux

Les modifications du caractère et du comportement sont très fréquemment observées chez les victimes de TC. Elles correspondraient à la répercussion comportementale du syndrome dysexécutif d'après GODEFROY et coll. [43]. Selon le modèle de NORMAN et SHALLICE repris par COHADON [7], les troubles comportementaux seraient la conséquence d'un dysfonctionnement du système gestionnaire de priorités chargé de répartir les priorités entre plusieurs comportements familiers. D'autres théoriciens expliquent la désinhibition par l'absence de contrôle permanent, intégré pendant l'enfance et exercé par les lobes frontaux, qui permet en temps normal d'adapter au mieux son comportement aux différentes situations. Pour certains auteurs, les troubles cognitifs seraient en cause. Ils empêcheraient les traumatisés crâniens de comprendre les situations complexes, ce qui les amène à réagir de façon inadaptée socialement. Les nombreuses études concernant les troubles de la cognition sociale et de la communication de ces malades se sont basées sur ce dernier concept.

La première description de modification comportementale secondaire à une lésion du lobe frontal fut celle de HARLOW au 19^{ème} siècle à propos de Phinéas GAGE. Cet homme a subi d'importantes modifications de sa personnalité sans séquelle motrice, après avoir été blessé par une barre à mine traversant toute la partie orbito-frontale de son cortex préfrontal. D'un ouvrier modèle, il devint irritable, capricieux, grossier et puéril.

Par la suite, de nombreux travaux, dont ceux de LURIA puis STUSS et BENSON rapportés par COHADON, ont permis de distinguer deux syndromes comportementaux classiques suite à une atteinte du lobe frontal.

4.1. Deux tableaux traditionnels

Le premier correspond au **syndrome préfrontal dorso-latéral**, et fait référence au syndrome pseudo-dépressif. Il se traduit par une apathie, une inhibition et un émoussement affectif. Ces sujets ne s'intéressent plus aux activités appréciées auparavant. Ils expriment peu de besoins, de désirs et de motivation. Les capacités d'initiative sont altérées : ils ont tendance à privilégier les activités routinières et ont des difficultés à générer de nouveaux projets. Ces perturbations s'expliquent par la lésion du cortex préfrontal dorso-latéral qui provoque un dysfonctionnement du programme initiateur.

Le second profil est le **syndrome orbito-frontal**, également appelé syndrome pseudo-psychopathique. Il résulte d'une lésion du cortex orbitofrontal, et est caractérisé par une humeur expansive et une certaine euphorie. Les patients font preuve de comportements puérils et d'irrespect des règles sociales et de l'opinion d'autrui. Ils sont impulsifs et imprévisibles : ils oscillent entre amabilité et courtoisie, familiarité excessive ou au contraire réactions agressives dans les situations de frustration ou de stress. La désinhibition peut toucher la sphère comportementale, mais aussi alimentaire, sphinctérienne ou sexuelle. [7,43,55]

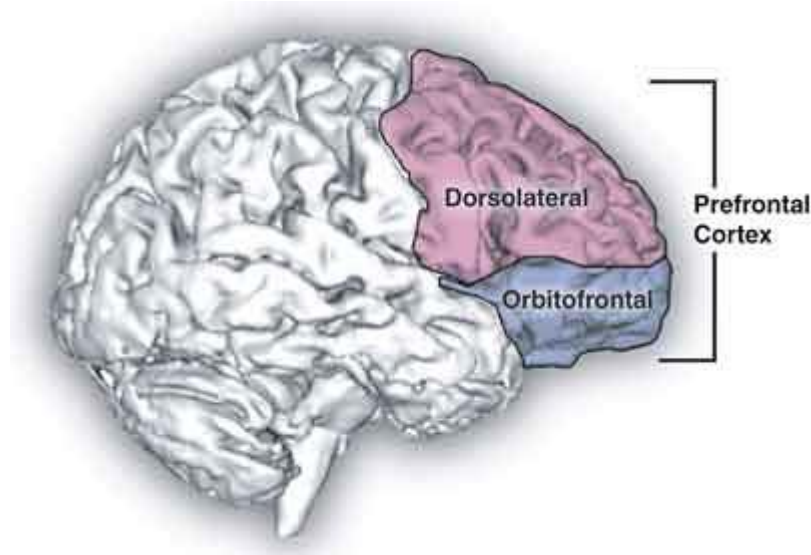


Figure 3 : Cortex préfrontal

4.2. Approche descriptive

Cette vision est actuellement privilégiée pour pointer les dysfonctionnements comportementaux majeurs des traumatisés crâniens, en dehors de toute considération lésionnelle. En effet, les déficiences induites par la lésion cérébrale ne sont pas les seules responsables de ces troubles. Selon ROBIN et coll. [55], il ne faut pas négliger le contexte dans lequel ils surviennent, et les modes de réaction propres à chaque individu.

On répertorie ainsi des troubles spécifiques, tels que l'hypoactivité globale (avec aboulie, apathie ou aspontanéité), l'hyperactivité globale (avec distractibilité, impulsivité ou désinhibition), les persévérations et les comportements stéréotypés, ainsi qu'une grande dépendance à l'environnement. Certaines perturbations font encore l'objet d'études, telles que les confabulations, l'anosognosie ainsi que les troubles émotionnels et du comportement social.

5. Les troubles psychologiques et psychiatriques

5.1. Troubles de l'identité subjective

Comme nous l'avons évoqué en début de chapitre, le TC est un événement qui affecte à la fois le corps, le psychisme et la vie sociale. Il bouleverse le quotidien des blessés et de leurs proches.

Le vécu traumatique du coma serait à l'origine d'une déstructuration du Moi. Le patient perd pendant son état végétatif tous ses repères (temporels, spatiaux, sensoriels, affectifs...). Cette expérience peut créer un sentiment de rupture dans l'existence, ce qui détruit le sentiment de continuité psychique, à l'origine d'angoisses de mort. De plus, le sujet doit faire face à la perte de nombreuses capacités antérieures. Un processus de deuil se met progressivement en place. [7]

D'après ROBERT cité par ROBIN et coll. [55], le comportement pathologique des cérébrolésés peut s'interpréter comme un moyen de reconstruction de leur identité grâce à la mise en place de mécanismes de défense. Il convient selon lui d'aider le sujet dans ce cheminement par une prise en charge pluridisciplinaire.

5.2. Troubles dépressifs, névrotiques et psychotiques

Une dépression réactionnelle au TC peut se rencontrer dans certains cas. La prévalence varie entre 14 et 30 % selon les études. Mais le problème majeur soulevé par ce trouble est le risque de passage à l'acte, car il est augmenté chez les traumatisés crâniens par rapport à la population générale [55].

On peut aussi voir émerger un trouble psychotique après l'accident. La prévalence d'une schizophrénie après un TC serait aux alentours de 1%. Elle n'est donc pas plus fréquente que dans le reste de la population. Toutefois, il semblerait que les états psychotiques post-TC soient plus fréquents que dans la population générale. Les points de vue divergent concernant le rôle des séquelles cognitives dans l'apparition des états psychotiques post-TC. [55]

Les troubles névrotiques n'apparaîtraient que chez les patients ayant subi un TC léger. L'absence de perte de connaissance provoquerait un enregistrement automatique par le psychisme des sentiments douloureux du traumatisme. La CIM-10 et le DSM-V rapprochent la névrose traumatique de l'état de stress post-traumatique. La précocité du diagnostic et de la prise en charge joue un rôle important dans l'évolution des patients. [55]

6. Les troubles praxiques et gnosiques

6.1. Apraxie

Elle désigne un trouble du geste volontaire sans atteinte motrice, sensitive et en l'absence de déficit intellectuel. Il est possible de la rencontrer dans la population des traumatisés crâniens, mais on peut observer des troubles de la copie, de reproduction de formes ou de construction sans apraxie.

6.2. Agnosie

Il s'agit d'un trouble de la reconnaissance lié à une lésion corticale, sans altération sensorielle, ni déficit intellectuel. L'agnosie peut perturber la reconnaissance des objets, des personnes, des lieux, des couleurs ou des sensations. Elle se rencontre peu souvent au stade séquentaire d'un TC sévère. Lorsqu'elle est présente, ses diverses formes seront discrètes mais pourront se combiner.

L'anosognosie est un type d'agnosie particulier, mais que l'on retrouve très fréquemment chez les victimes de TC. Elle correspond à la méconnaissance de son trouble et de ses implications. Ce phénomène serait lié aux altérations cognitives et psychiques qui perturbent la conscience des difficultés [7]. De plus, comme nous l'avons développé, les séquelles cognitives du TC ne sont pas toujours perceptibles ni par le patient, ni par son entourage. Ceci renforce l'absence de prise de conscience des troubles. L'anosognosie est à éliminer rapidement, car elle limite les possibilités de prise en charge, et freine donc l'évolution du patient.

7. Les troubles des émotions et de la cognition sociale

Ces dernières années, le domaine de l'intelligence sociale a fait l'objet de nombreux travaux. Les chercheurs souhaitent mettre en évidence les bases anatomiques de la cognition sociale et des émotions grâce aux diverses techniques d'imagerie fonctionnelle. Ces études ont pour objectif d'approfondir les mécanismes à l'origine d'un handicap social important en l'absence de troubles cognitifs habituels, tels que le syndrome dysexécutif.

Chez les traumatisés crâniens sévères, les perturbations des comportements sociaux, des émotions et des interactions avec autrui sont actuellement très étudiées. Les troubles de l'empathie, de la prise de décisions et de la théorie de l'esprit, ainsi que l'alexithymie (difficultés à reconnaître et exprimer ses propres émotions et celles des autres) peuvent se rencontrer dans cette population, et expliquer leur échec d'intégration sociale.

Nous ne nous attarderons pas plus sur ces déficits, puisque la cognition sociale sera abordée dans un prochain chapitre.

8. Les troubles de la parole, du langage et de la communication

A la sortie du coma, les traumatisés crâniens pâtissent de vastes troubles de la communication qui signent leurs difficultés à entrer en relation avec autrui. Il peut s'agir d'un mutisme akinétique, d'un manque d'incitation verbale, d'un langage désorganisé avec phrases avortées et incompréhensibles, ou encore de réponses inadaptées ou décalées dans le temps. Ces troubles sont bien souvent transitoires. Mais certaines altérations de la sphère langagière et communicationnelle peuvent subsister au stade séquellaire.

8.1. Troubles de la voix et de la parole

Ces atteintes sont très fréquentes chez les traumatisés crâniens et entravent leur intégration socioprofessionnelle.

Les dysphonies peuvent résulter d'un granulome des cordes vocales post-intubation ou d'atteintes nerveuses telles qu'une lésion des noyaux bulbaires ou une compression des nerfs crâniens. Dans le cas d'un granulome, la voix des blessés est inaudible, rauque ou bitonale, tandis que les troubles vocaux liés aux lésions nerveuses sont moins sévères. Certains déficits prosodiques peuvent également apparaître suite à des lésions cortico-sous-corticales [7,49].

Après un TC grave, la motricité ou la sensibilité des organes phonatoires peuvent être altérées. On retrouve diverses formes de dysarthrie : paralytique après lésion bulbaire, cérébelleuse ou dystonique. Elles sont souvent associées dans cette population, et l'on observe généralement un débit ralenti, un timbre altéré, un trouble de coordination pneumo-phonique, ainsi qu'une déperdition nasale [7,49].

8.2. Troubles phasiques

La prévalence des aphasies post-traumatiques serait de 5 à 7% selon COHADON [7]. Elles se rencontrent donc rarement dans la population des traumatisés crâniens. On les constate après une atteinte locale des aires du langage de l'hémisphère gauche. Mais leur présentation diffère de la sémiologie typique des aphasies vasculaires.

Les plus classiquement rencontrées chez l'adulte seraient les aphasies fluentes, parmi lesquelles l'aphasie anémique serait fréquente et dans une moindre mesure l'aphasie sensorielle, la surdité verbale isolée, l'aphasie de Wernicke ou encore l'aphasie globale [49]. On retrouve aussi des aphasies non fluentes dans lesquelles les productions sont restreintes et l'incitation verbale est réduite. LURIA a distingué une forme d'aphasie qui serait le reflet du « comportement frontal » sur le versant langagier. C'est l'aphasie frontale dynamique, qui est caractérisée par une aspontan it  verbale, un manque d'initiative de la parole, une expression laconique, des persévérations et une écholalie.

Dans le cadre d'un TC, l'aphasie est rarement isolée. Elle s'accompagne de troubles cognitifs qui compliquent la rééducation, puisque les capacités d'apprentissage et l'attention-concentration sont réduites.

8.3. Troubles de la communication

De nombreux traumatisés crâniens présentent une perturbation du langage en contexte de communication, en l'absence de troubles de type aphasique. Les tests classiques ne permettent pas de mettre en évidence une altération des aspects structuraux langagiers. Pourtant, ils peuvent éprouver des difficultés lors d'échanges sociaux. Les déficits peuvent atteindre les aspects verbaux et non-verbaux de la communication, ainsi que les comportements conversationnels [7,29,49,56].

Ces troubles de la compétence communicative ne sont pas toujours identifiables dans les premiers temps qui suivent l'accident. Ils sont au début masqués par des troubles plus lourds (syndrome dysexécutif, troubles comportementaux...). Mais à distance du traumatisme, après régression des principales séquelles, leur incapacité à utiliser le langage en situation sociale devient manifeste [7].

Ces altérations ont suscité l'intérêt des auteurs depuis une vingtaine d'années et sont encore actuellement au cœur de multiples études.

Au terme de cet exposé sur le traumatisme crânien et les séquelles qu'il peut engendrer, nous percevons le handicap qu'il peut produire chez les sujets touchés. Les troubles cognitifs et psycho-comportementaux évoluent, mais ils laissent bien souvent des traces invalidantes dans leur quotidien. Les déficits dans les aptitudes de communication persistent lors de la phase de réinsertion et participent amplement à leurs difficultés d'intégration sociale et professionnelle.

Afin de préciser les anomalies communicationnelles des victimes de TC et de mieux comprendre les concepts qui les sous-tendent, nous aborderons dans le chapitre suivant le courant théorique qui en a permis l'étude, la pragmatique du langage.

Chapitre II

LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE

I. Théories fondatrices

1. Présentation de l'approche pragmatique

La pragmatique peut se définir comme une approche fonctionnelle de l'énoncé en contexte. Selon VERSCHUEREN cité par DARDIER, la pragmatique est « l'étude cognitive, sociale et culturelle du langage et de la communication ».³ Elle est centrée sur le contexte d'énonciation, c'est-à-dire sur l'utilisation du langage en situation. Son objet d'étude est la communication et le rôle des interlocuteurs dans les échanges. Elle tente de décrire le rapport existant entre l'énoncé, les interprètes et la situation de communication. La signification de l'énoncé est envisagée dans son contexte, mais également dans ses variations selon le contexte.

DARDIER [9] nous informe que pour MORRIS, la pragmatique est une composante du langage, au même titre que la syntaxe et la sémantique. Il la décrit comme l'analyse des règles d'usage des signes par les interlocuteurs. Elle repose en effet sur le partage de conventions verbales et sociales par les interlocuteurs. Ces règles régissent le fonctionnement de la communication.

Ce courant se situe au carrefour de multiples disciplines comme la philosophie, la psychologie, la sociologie ou la linguistique. Actuellement, la pragmatique est utilisée pour apporter un nouvel éclairage aux pathologies où l'on rencontre des troubles spécifiques de l'usage du langage en dépit d'un fonctionnement langagier normal, telles que l'autisme, la schizophrénie, la maladie d'Alzheimer ou encore le traumatisme crânien.

Différentes théories se sont succédé pour poser les bases de la pragmatique, dont nous allons évoquer les auteurs et principes centraux.

2. Les fonctions de communication de JAKOBSON

Avant le développement de l'approche pragmatique, les auteurs privilégiaient l'étude du langage formel et de l'énoncé plutôt que celle de l'usage du langage en situation.

JAKOBSON a ouvert la voie à ce courant, puisqu'il a été le premier à évoquer l'importance du contexte dans la communication, au-delà des aspects structuraux du langage. Il envisage l'utilisation du langage comme un moyen d'expression personnelle ou une façon d'agir sur autrui. Selon lui, il convient d'étudier le langage à travers ses diverses fonctions, comme le rappelle LOHISSE [19]. C'est dans cette optique qu'il développe son schéma général de la communication humaine.

³ DARDIER [9], 2004, p.43

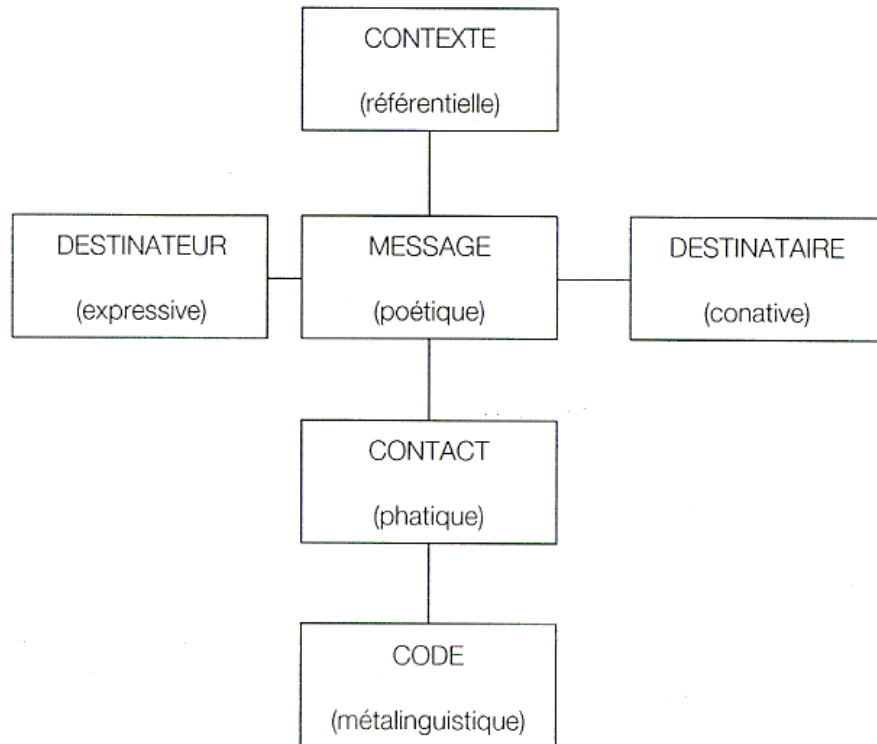


Figure 4 : Schéma de la communication de R. JAKOBSON (1963)

D'après cet auteur, tout acte de parole implique la production d'un message émis par un destinateur et perçu par son destinataire. Pour que la transmission de ce message soit efficace, il faut qu'il renvoie à un contexte verbal ou susceptible d'être verbalisé, et compréhensible par le destinataire. Le message requiert également un code partagé par les deux interlocuteurs, et un contact (canal physique ou connexion psychologique).

Chacun de ces six éléments est relié à une fonction linguistique différente. JAKOBSON distingue donc six fonctions propres à la communication :

- Fonction expressive : elle fait référence au destinateur et elle lui permet d'exprimer ses attitudes, ses sentiments, ses idées par rapport au sujet dont il parle.
- Fonction référentielle : elle relie le langage au référent, c'est-à-dire au sujet dont on parle.
- Fonction conative : elle concerne le destinataire et vise à agir sur lui en provoquant de sa part une réaction verbale, psychologique (conviction, désir...) ou un comportement.
- Fonction poétique : elle met l'accent sur le message, sur sa forme esthétique.
- Fonction phatique : elle cherche à établir ou maintenir le contact.
- Fonction métalinguistique : elle est centrée sur le code et intervient lorsque le langage est lui-même l'objet de la communication.

En introduisant la notion de « fonction référentielle », JAKOBSON démontre l'intérêt du contexte dans l'étude du langage. Pour lui, le référent donne du sens au message. Sans lui, le destinataire ne pourrait percevoir toute la portée du discours.

Forts de ces avancées, d'autres auteurs vont essayer de préciser la relation entre un énoncé et le contexte dans lequel il est produit.

3. La théorie des actes de langage d'AUSTIN et SEARLE

3.1. Actes de langage directs

La communication est un moyen de transmission des informations, mais aussi un instrument d'action sur le monde qui nous entoure. Lorsque le locuteur émet un message, il le fait avec l'intention d'agir sur son interlocuteur et le contexte d'énonciation : le langage devient donc un acte social. KERBRAT-ORECCHIONI [17] définit la pragmatique comme « l'étude du langage en acte », c'est-à-dire qu'elle envisage le langage comme une manière d'accomplir des actes qui vont modifier la situation interlocutive.

Dans son ouvrage « *Quand dire, c'est faire* », AUSTIN expose sa théorie des actes de langage. Il réfute l'idée selon laquelle les messages ne sont que des véhicules d'informations et met en garde contre « l'illusion descriptive ». Les individus utilisent le langage pour décrire la réalité, mais surtout pour agir sur leur environnement.

Il va dans un premier temps distinguer deux types d'énoncés : les énoncés constatifs, utilisés pour décrire le monde (« J'essuie la table. »), puis les énoncés performatifs, qui permettent la réalisation de l'acte qu'ils dénomment (« Je te promets de t'accompagner. »). Parmi ces énoncés performatifs, certains sont explicites, car ils contiennent clairement un indicateur (« Je te demande d'arrêter. ») et d'autres sont dits primaires, puisqu'ils ne mentionnent pas d'indicateur (« Arrête ! »).

AUSTIN va ensuite développer la théorie des actes de langage en considérant que tout énoncé produit par un locuteur accomplit trois sortes d'actes :

- les actes locutoires qui correspondent à la production d'un énoncé (acte de dire quelque chose) ;
- les actes illocutoires qui renvoient à l'acte social effectué en formulant un énoncé (acte réalisé en disant quelque chose) ;
- les actes perlocutoires qui se réfèrent à l'effet produit par l'énoncé sur l'interlocuteur (acte provoqué par le fait de dire quelque chose).

Il réalise ensuite une classification des actes illocutoires qui sera révisée par la suite.

Partant des principes de son prédécesseur, SEARLE considère que le langage humain est un moyen d'action sur le monde. Il va donc élaborer une théorie du langage fondée sur l'action. Cet auteur va envisager tout énoncé comme un moyen d'accomplir des actes selon des règles. Ce sont des conventions sociales qui nous permettent de produire un message, mais aussi de comprendre ceux prononcés par autrui [17,35,60,65].

SEARLE va définir deux types de règles dont tous nos échanges vont dépendre. Il distingue les règles normatives qui régissent les comportements existant indépendamment de celles-ci (exemple : les règles de politesse), et les règles constitutives qui permettent de créer ou définir de nouveaux comportements (exemple : les règles du jeu des échecs). Le non-respect de ces règles peut nuire à la compréhension de l'interlocuteur.

Il va également établir une classification des actes illocutoires selon les diverses valeurs des énoncés, alors qu'AUSTIN proposait une taxinomie des verbes. Il répertorie cinq actes illocutoires :

- Les assertifs qui engagent la responsabilité du locuteur sur la vérité de la proposition exprimée (« Il affirme qu'il est malade ») ;
- Les directifs qui consistent à faire faire quelque chose à autrui (« Je vous supplie de venir », « Je t'ordonne de débiter ») ;
- Les promissifs qui contraignent le locuteur à adopter une conduite future (« Je promets de te le rendre ») ;
- Les expressifs qui expriment un état psychologique (« Je m'excuse de t'avoir fait de la peine ») ;
- Les déclaratifs qui engendrent des changements par le simple fait de les énoncer (« Je déclare la séance ouverte »).

3.2. Actes de langage indirects

L'acte de langage indirect correspond à un acte de langage formulé implicitement sous le couvert d'un autre acte de langage. KERBRAT-ORECCHIONI éclaire ce propos par la formule « Quand dire, c'est faire une chose sous les apparences d'une autre »⁴. Un énoncé peut donc avoir une valeur apparente ou littérale, et une valeur réelle ou dérivée. Prenons l'exemple de la phrase « Peux-tu ouvrir la fenêtre ? » : sa valeur littérale est une question, mais sa valeur dérivée est une demande.

SEARLE a été l'un des premiers à examiner le langage indirect. Il s'est penché sur les processus qui permettent à l'interlocuteur de ne pas se concentrer sur le sens apparent de l'énoncé, mais de percevoir son véritable sens illocutoire. C'est par le recours à une stratégie inférentielle que l'auditeur va pouvoir se détacher du but littéral de l'énoncé pour interpréter son but illocutoire réel.

D'après DARDIER [9], ces étapes ont été reprises par BERNICOT en 1992 qui les a regroupées en trois niveaux. Tout d'abord, l'auditeur envisage l'énoncé de façon littérale, puis il va comprendre que cette interprétation première est inadaptée au contexte et il va enfin rechercher une signification différente en adéquation avec le contexte. Cet auteur ajoute qu'il ne faut pas négliger le rôle de certains facteurs dans la compréhension des actes de langage indirects : les indices textuels, la transparence de la situation d'énonciation et les caractéristiques des interlocuteurs.

⁴ KERBRAT-ORECCHIONI [17], 2008, p. 33

Les différentes phases de traitement du langage indirect seraient à l'œuvre dès que les énoncés manquent de transparence, c'est-à-dire lorsqu'il existe un décalage entre le sens littéral et le sens réel d'un mot, d'une phrase ou d'une expression. Parmi ces énoncés non-transparents, nous retrouvons les actes de langage indirects, les métaphores (qui requièrent le passage d'une signification usuelle d'un mot à une autre signification par une analogie) et les expressions idiomatiques (propres à une langue et dont le sens ne peut être déduit qu'en considérant l'ensemble de leurs termes). Mais l'absence de respect de certaines règles, comme celles que GRICE nous expose, empêcherait la compréhension de ces énoncés indirects.

4. Le principe de coopération et les maximes conversationnelles de GRICE

La théorie de GRICE a été fondamentale dans le développement du courant pragmatique. Dans la lignée des travaux d'AUSTIN et SEARLE, elle prône l'importance des interlocuteurs et de leurs relations au cours d'une conversation.

Cet auteur revendique l'existence d'un « principe de coopération » selon lequel toute conversation n'est réussie que si les participants partagent un but commun : l'efficacité de la communication. Il explique ce principe général ainsi : « Que votre contribution conversationnelle corresponde à ce qui est exigé de vous, au stade atteint par celle-ci, par le but ou la direction acceptés de l'échange parlé dans lequel vous êtes engagés. »⁵.

Pour que l'échange aboutisse, les interlocuteurs collaborent en s'engageant inconsciemment à utiliser des règles réciproques. Chaque locuteur doit respecter un certain nombre de critères pour que l'énoncé soit compréhensible par les auditeurs. Le principe de coopération suppose donc la mise en œuvre de quatre « maximes conversationnelles » :

- La maxime de quantité : les partenaires doivent trouver un équilibre entre une production trop importante ou trop restreinte, leur discours doit être informatif (« Donnez autant d'informations qu'il est requis, et n'en donnez pas plus »).
- La maxime de qualité : il ne faut pas transmettre un énoncé que l'on considère comme faux ou dont les éléments ne sont pas certains (« Soyez véridique »).
- La maxime de relation : les locuteurs doivent être pertinents, c'est-à-dire qu'ils doivent respecter le thème de la conversation, et ils doivent susciter l'intérêt de leur auditeur en apportant des informations nouvelles (« Parlez à propos »).
- La maxime de manière : les énoncés produits ne doivent être ni ambigus, ni obscurs, mais facilement accessibles à leurs auditeurs (« Soyez clair, bref et méthodique »).

⁵ GRICE [44], 1979, p. 61

Grâce au respect de ces conventions tacites, la continuité de l'échange est assurée. Toutefois, le locuteur peut enfreindre volontairement ces règles, sans que cela nuise à la communication. Le contexte d'énonciation prend alors le relais, en fournissant à l'auditeur les éléments lui permettant de comprendre le sens caché d'un énoncé. Mais encore faut-il que le locuteur soit capable d'inférer l'intention sous-jacente du locuteur. Cet énoncé comportant un sous-entendu est appelé « implicature » par GRICE.

La pensée de cet auteur a influencé par la suite les recherches de plusieurs théoriciens.

5. Le principe de pertinence de SPERBER et WILSON

La réflexion de SPERBER et WILSON se situe dans la continuité des travaux de GRICE. Ils ont résumé les maximes conversationnelles à celle de relation. La pertinence est pour eux la règle élémentaire, elle se substitue aux autres. En effet, ils considèrent qu'être pertinent demande à la fois d'apporter une quantité d'informations adaptée, de dire la vérité, et de parler clairement et sans ambiguïté. Pour être informatif, le locuteur doit produire l'énoncé le plus pertinent possible dans un contexte donné. La communication est garantie lorsque le locuteur adapte son discours à ses partenaires, à la situation interlocutive et au thème de la conversation, comme le rappellent TEYSSIER et VIBERT [69].

La pragmatique est donc une approche essentielle de la communication. Les différents auteurs que nous venons d'étudier se sont concentrés sur l'usage du langage en contexte, et sur les relations entre les interlocuteurs. Leurs principes constituent un socle théorique sur lequel se sont ensuite basés d'autres travaux. Il semble qu'actuellement, au-delà des conceptions linguistiques, la pragmatique représente davantage les compétences d'un individu à traiter (comprendre ou exprimer) les intentions de communication selon un contexte donné (GIBBS repris par JOANETTE [15]).

Les compétences pragmatiques exigent la préservation d'un certain niveau de fonctionnement cognitif et linguistique. Comme nous venons de le voir, pour communiquer, il convient d'utiliser certaines règles en adéquation avec une situation, un thème, un interlocuteur, et de savoir inférer ou « impliciter » le sens réel des énoncés non littéraux. Sans la préservation de certaines facultés langagières et cognitives, ces habiletés communicatives seront perturbées. Nous allons donc nous pencher sur les troubles des comportements de communication rencontrés chez les patients traumatisés crâniens graves dont le handicap cognitif et psycho-comportemental est considérable.

II. Altérations des habiletés pragmatiques des traumatisés crâniens

« Les traumatisés crâniens parlent mieux qu'ils ne communiquent »⁶, selon la formule de WIIG (1988) reprise par JAGOT et coll. Comme nous l'avons déjà évoqué précédemment, les traumatisés crâniens sévères peuvent présenter des troubles des compétences psychologiques et sociales de communication en l'absence de trouble aphasique. Ces perturbations constituent un handicap social indéniable.

De nombreuses études se sont consacrées à l'évaluation de ces troubles, mais les aptitudes pragmatiques restent difficiles à évaluer. De plus, il en ressort une difficulté à établir une symptomatologie caractéristique des perturbations communicatives des traumatisés crâniens. Selon RENATE-DRECHSLER [24], on constate d'importantes fluctuations interindividuelles, mais aussi intra-individuelles (selon les contextes, en situation spontanée ou en tâche dirigée).

La diversité des troubles pragmatiques rencontrés dans cette population peut s'expliquer par la multiplicité de lésions possible (lésions diffuses), par la variabilité du temps écoulé depuis l'accident, par la différence dans le style communicatif employé avant le TC et par la coexistence de déficits cognitifs et comportementaux qui vont influencer sur la communication.

Malgré cette hétérogénéité des profils communicatifs, certains auteurs ont tenté de répertorier les différents troubles des compétences pragmatiques altérant la communication des victimes de TC.

1. Communication verbale

1.1. Versant expression

HARTLEY et JENSEN cités par RENATE-DRECHSLER [24] ont élaboré en 1992 une classification de ces perturbations dans cette population. Ils ont distingué trois styles de communication pathologique :

- Un style inefficace : caractérisé par un nombre important d'informations inutiles.
- Un style appauvri : marqué par un ralentissement, des pauses fréquentes, une faible informativité.
- Un style confus ou désorienté : comportant un manque de cohérence et des confabulations.

⁶ JAGOT et coll. [14], 2002, p. 77

Par la suite, Mc DONALD et PEARCE, repris dans l'étude de JAGOT et coll. [14], soumettent 20 traumatisés crâniens à l'épreuve du « Dice Game » (Annexe III), qui teste le discours procédural (description d'une activité). Les sujets doivent dans un premier temps apprendre implicitement un jeu de dé très simple, puis en exposer les règles à un jury naïf. Les auteurs constatent que ces patients oublient de transmettre les informations essentielles à la bonne compréhension du jeu et produisent une quantité plus importante d'éléments inutiles ou erronés.

DARDIER et BERNICOT [36] ont interviewé des adolescents et jeunes adultes lésés frontaux. Ils en ont conclu que ces patients ne respectent pas le principe de coopération de GRICE. De plus, ils auraient besoin de nombreuses relances de la part de l'interlocuteur, rencontreraient des difficultés à développer le thème de l'interview et digresseraient souvent.

Ces conclusions sont reprises dans l'étude de cas unique de SAINSON [56]. Elle relève des difficultés chez son patient, telles qu'une faible contribution à la conversation, avec un manque d'enrichissement du discours de manière spontanée et une absence de questionnement de son interlocuteur.

La formulation d'actes de langage indirects semble aussi perturbée, selon une étude de Mc DONALD [20]. Les traumatisés crâniens produiraient des demandes peu élaborées au niveau formel, et leurs actes de langage type requête seraient souvent échoués.

Le discours des traumatisés crâniens sévères serait également peu informatif et manquerait de cohérence. Ceci a été mis en évidence par CHAUME et VIOLLAND [63] au travers d'une épreuve écologique de résumé oral et écrit d'un article de journal.

TEYSSIER et VIBERT [68] notent qu'ils comprennent mal et utilisent peu les feedback verbaux et non verbaux.

MAZAUX et coll. [49] ont réalisé une synthèse de l'ensemble des anomalies communicatives observées en situation de conversation chez ces patients :

- Expression orale vague, hésitante, comportant beaucoup de lieux communs et de formules toutes faites, ou bien expression réduite comportant toujours les mêmes mots et les mêmes idées ;
- Au contraire, bavardage excessif, logorrhée, digressions, détails superflus, difficultés à rester sur le sujet de conversation (discours tangentiel), excès de commentaires personnels ;
- Difficultés à trouver des thèmes et des arguments pour initier ou relancer la conversation (le patient se limite à répondre aux arguments et aux questions de l'interlocuteur sans jamais diriger la conversation) ;
- Difficultés à organiser le discours de façon logique et cohérente, ruptures de sens, ambiguïtés, enchaînement illogique des phrases ;
- Difficultés à suivre une conversation à plusieurs personnes.

1.2. Versant compréhension

Les aspects réceptifs de la communication ont été peu étudiés chez les patients victimes de TC. Mais il ressort des quelques travaux effectués qu'ils auraient des difficultés à percevoir les énoncés indirects, non littéraux et dont le sens est caché.

MAZAUX [49] évoque des difficultés à comprendre l'humour, l'implicite, les sarcasmes, les métaphores.

La compréhension des actes de langage indirects seraient aussi touchée. PETER-FAVRE et MAEDER [22] mettent en évidence chez une patiente porteuse de lésions bi-frontales traumatiques une absence de prise en compte des actes indirects de son interlocuteur en situation de conversation. Elle ne parvient pas à reconnaître les intentions de son partenaire, surtout lorsqu'elles sont implicites.

DARDIER [35] rappelle que les traumatisés crâniens comprennent les demandes indirectes conventionnelles (« Peux-tu me passer le pain ? »), mais sont en difficulté pour percevoir les demandes indirectes non conventionnelles (« Cette soupe manque de sel. »).

Les dialogues ironiques peuvent ne pas être compris, de même que les publicités ambiguës, qui nécessitent tous les deux d'inférer l'intention sous-jacente du locuteur ou le sens implicite d'un énoncé. En effet, Mc DONALD [20] affirme que ces sujets seraient bornés à une compréhension littérale et seraient incapables de réinterpréter la signification de l'énoncé pour saisir le sous-entendu.

Dans leur étude, GRATIER et MOREL [65] ont élaboré un test écologique évaluant la compréhension de l'implicite par le biais de la publicité. Il en ressort que les traumatisés crâniens échoueraient en raison d'incapacités à établir un lien entre leurs observations et à en donner du sens.

2. Communication non verbale

Selon MAZAUX [49], on observe dans cette population une mauvaise gestion de la prosodie dans les énoncés interrogatifs ou à caractère émotionnel (joie, colère). Leur voix serait monotone, sans variation mélodique.

Leur rythme de parole peut être trop rapide ou à l'opposé trop lent, ce qui nuit à l'intelligibilité du discours. Leurs pauses sont anarchiques, mal placées, trop longues ou trop courtes.

La proxémique n'est pas toujours respectée, avec un excès ou une faiblesse de distance posturale envers l'interlocuteur.

SAINSON [56] note une altération de la mimogestualité, avec des sourires inadaptés, un débit gestuel réduit, des regards trop insistants ou au contraire trop fuyants. Ces troubles peuvent provoquer un sentiment de gêne chez le partenaire. Le regard et les gestes ne jouent plus leur rôle de distribution du tour de parole, ce qui entrave la communication.

Suite à une étude de quatre jeunes patients, AUBERT et coll. [29] ont noté un affaiblissement de la communication non verbale. En situation individuelle, ils repèrent une diminution ou une inadaptation de la prosodie, une inadéquation des regards et de la mimique, ainsi qu'une réduction de la gestualité. Leurs travaux permettent de déceler une augmentation de ces troubles en situation de groupe.

3. Comportements conversationnels et respect des règles de communication

Les patients traumatisés crâniens ont souvent des difficultés à alterner les tours de parole. Certains vont monopoliser le discours sans laisser de place à leur interlocuteur. D'autres sont passifs dans la conversation, ils n'arrivent pas à initier la parole ou à apporter des informations pertinentes au thème de l'échange.

Il est aussi courant que ces sujets interrompent le discours de leur interlocuteur, ou bien chevauchent leur parole, ce qui nuit considérablement à la communication.

MAZAUX [49] repère également chez certains d'entre eux un manque de tact et un excès de familiarité dans les interactions, ou au contraire une distance trop prononcée. Certains traumatisés crâniens semblent manquer de finesse et de « savoir-être » sociaux.

Comme nous le rappelle BERALS [60], les traumatisés crâniens ont fréquemment une faible prise en considération des signes verbaux et non verbaux de leurs interlocuteurs. Ils parlent sans prêter attention aux indices linguistiques et extralinguistiques des autres, comme si leur pensée était égocentrée.

Les perturbations du langage en contexte sont donc très variées dans la population des traumatisés crâniens. La communication verbale, non verbale et les comportements sociaux sont atteints et altèrent l'interaction sociale. Cependant, il convient de rappeler que l'ensemble de ces troubles n'affectent pas de manière identique tous les traumatisés crâniens graves. Les degrés de dysfonctionnement des habiletés communicatives sont divers (absence de déficit, troubles légers, modérés ou plus lourds). Par ailleurs, les altérations peuvent être très variables selon les patients. Tous les éléments pragmatiques que nous venons de citer sont susceptibles d'être rencontrés dans cette population, mais bien souvent ils sont présents de manière très disparate chez chaque individu.

De la même manière, les raisons qui pourraient expliquer ces déficiences sont multiples. Nous allons à présent mentionner les principaux facteurs qui seraient à l'origine de ces troubles.

III. Hypothèses étiologiques

Dans la littérature, trois causes sont classiquement invoquées pour expliquer les troubles pragmatiques des traumatisés crâniens. Certains auteurs y voient le reflet d'une perturbation des fonctions exécutives, d'autres la répercussion d'un déficit en théorie de l'esprit ou encore d'un dysfonctionnement linguistique. Les résultats de certaines études semblent s'opposer.

1. Syndrome dysexécutif

Nombreuses sont les références qui citent les déficits exécutifs comme la cause centrale des troubles de communication. Ce facteur semble s'être imposé auprès de tous comme une origine incontestable aux perturbations de l'usage du langage.

Certains auteurs insistent sur le lien qu'entretiennent les énoncés avec les fonctions exécutives. Pour RENATE-DRECHSLER [24], chaque type de discours ferait appel à des fonctions exécutives bien distinctes. Ainsi, le discours procédural impose de se représenter les différentes étapes d'une activité (ce qui fait intervenir les capacités de planification), et de juger de la pertinence ou non de certains éléments. Le dialogue requiert quant à lui des capacités de flexibilité mentale, de maintien du rôle, de planification et de persévérance dans l'objectif fixé.

VALLEE [71] affirme que les perturbations discursives des traumatisés crâniens (manque d'informativité, incohérences, logorrhée, discours tangentiel) traduisent un déficit des processus exécutifs comportementaux (distractibilité, impulsivité, persévérations) et révèlent une altération de la flexibilité mentale, des processus mnésiques et stratégiques, ainsi que de la planification. Elle revendique l'implication des processus d'inhibition, de flexibilité et d'attention dans les troubles d'adaptation du message au contexte et à l'interlocuteur, et dans les difficultés de compréhension des énoncés non littéraux ou humoristiques.

Selon Mc DONALD et PEARCE (cités par JAGOT et coll. [14]), les capacités de production du discours procédural seraient en lien avec les compétences exécutives. Ils considèrent leur épreuve du « Dice Game » (Annexe III), basée sur l'analyse du discours procédural comme un moyen de mesurer de façon écologique l'impact des déficits exécutifs sur les habiletés conversationnelles.

SAINSON [56] nous rappelle que certains troubles de la communication tels que la difficulté à maintenir un thème, le manque d'organisation du discours et l'inadaptation aux besoins de l'interlocuteur seraient imputables aux troubles exécutifs. Ces déficits pragmatiques seraient liés à des altérations de l'autocontrôle, de la planification et à une désinhibition comportementale.

La production d'éléments non pertinents serait liée à une déficience de la sélectivité, et les persévérations lexicales s'expliqueraient par un manque de flexibilité conceptuelle d'après GODEFROY et coll. repris par TEYSSIER et VIBERT [69].

Certaines fonctions exécutives telles que la volition, la planification, la capacité à diriger une action vers un but ou la capacité à vérifier l'efficacité de l'action seraient impliqués dans les situations de communication, selon DARDIER et BERNICOT [36].

D'après PETER-FAVRE [53], les fonctions exécutives sont mises en œuvre dans l'adaptation du comportement aux situations de conversation. En effet, elles interviennent dans le choix et les contenus des thèmes de l'échange, dans leur modification et leur ajustement permanent aux propos de l'interlocuteur, ainsi que dans le contrôle de la posture et des comportements sociaux de communication. De plus, selon cette auteure, les incapacités des traumatisés crâniens à établir des demandes indirectes adaptées sont la conséquence d'une difficulté à mettre en place des stratégies adéquates dans des situations nouvelles.

RIBAS [68] nous informe que les déficits concernant la compréhension de l'ironie, des sarcasmes, et plus généralement des actes de langage indirects, s'expliquent par un manque de flexibilité mentale et par la focalisation sur la signification immédiate d'un énoncé.

L'inadaptation de la communication non verbale s'expliquerait également par le syndrome dysexécutif selon AUBERT et coll [29].

Toutefois, certains auteurs minimisent l'implication des fonctions exécutives dans les performances discursives des victimes de TC. Quelques travaux n'ont pas pu mettre en lien les résultats aux épreuves neuropsychologiques avec les capacités communicationnelles. Ainsi, JAGOT et coll. [14] ne parviennent pas à corrélérer les scores obtenus chez leurs vingt-trois patients dans l'analyse de la conversation avec ceux résultant des tests du fonctionnement exécutif. De même, RENATE-DRECHSLER [24] n'a pas pu établir de correspondance entre les profils neuropsychologiques de deux patients et leurs habiletés conversationnelles. Il semblerait donc que d'autres éléments interviendraient dans les troubles des habiletés pragmatiques.

2. Déficit en théorie de l'esprit

Depuis quelques années, les chercheurs ont mis l'accent sur des troubles plus complexes de l'interaction sociale, qui seraient également reliés aux performances communicatives. Il s'agit des déficits en théorie de l'esprit (« Theory of Mind » en anglais, ToM). Ce concept, qui appartient au champ de la cognition sociale, renvoie à la capacité d'inférer les états mentaux d'autres individus. La ToM nous permet de prédire le comportement et les émotions d'autrui, de les comprendre et de nous y adapter.

La communication nécessite une prise en considération de son interlocuteur, de ses pensées, de ses connaissances, de ses états d'âmes. Le locuteur doit tenir compte de ce qu'il considère être connu de son interlocuteur, pour ajuster au mieux son message. Il doit pouvoir lui attribuer des croyances, des intentions et des désirs pour formuler un énoncé intelligible par autrui, et pour pouvoir comprendre ce que l'autre a voulu lui transmettre. Ainsi, la ToM permet à la fois de produire un énoncé en adéquation avec une situation interlocutive, mais aussi de percevoir les sous-entendus transmis par autrui.

GRICE [44] affirme que la communication est avant tout une affaire d'intentions. L'émetteur et le récepteur d'un message doivent inférer les intentions de l'autre pour se comprendre.

D'après DELEAU et coll. [39], il existe entre la ToM et la pragmatique du langage une relation de « construction réciproque ». Dans une perspective développementale, il semblerait qu'il existe une relation de cause à effet réciproque entre ces deux concepts, car la pratique conversationnelle permettrait le développement de la ToM, qui assurerait en retour une meilleure maîtrise des processus discursifs. Communication et ToM semblent donc intimement liées.

Pour certains auteurs comme COHADON et coll. [7], il est évident que les déficits en cognition sociale et en ToM ont leur part de responsabilité dans les troubles pragmatiques. Ainsi, des difficultés de perception des intentions d'autrui chez les victimes de traumatismes crâniens ont été associées à certaines altérations de la communication, comme des troubles de la production d'inférences ou de la compréhension de l'ironie, des sarcasmes et des métaphores. DELANOE et coll. [38] nous rappellent que lors d'un dialogue, le locuteur doit à la fois prendre en compte les variations du contexte, prédire les états mentaux d'autrui, et utiliser des indices contextuels tels que les expressions faciales de l'interlocuteur. Récemment, GAUDREAU et coll. [42] ont mis en évidence l'implication de l'attribution d'intentions à autrui dans la compréhension du langage non littéral, et plus spécifiquement de l'ironie.

Selon RENATE DRECHSLER [24], certaines altérations communicatives (difficulté dans le maintien du thème, mauvaise organisation du discours, inadaptation aux besoins de l'interlocuteur) sont imputables en partie à un manque d'empathie interpersonnelle.

Pour LE GALL et coll. [47], la pragmatique du langage serait une manière écologique d'évaluer la cognition sociale. D'après eux, des anomalies de ToM peuvent se repérer au travers d'épreuves pragmatiques telles que la compréhension d'actes de langage indirects, de l'humour, de l'implicite, ou l'analyse de conversations. Cette approche des situations d'interlocution leur semble intéressante, puisqu'elle se centre sur l'interaction des sujets. La capacité à utiliser le langage dans des contextes sociaux refléterait les habiletés en cognition sociale. Le dysfonctionnement de ces compétences de l'interaction sociale entraînerait donc des répercussions sur la communication.

3. Perturbation linguistique

En dehors des déficits exécutifs et de la cognition sociale, il semblerait que d'autres facteurs soient responsables des troubles de communication chez les traumatisés crâniens.

Ainsi, certains auteurs se sont attachés à prouver que les déficiences communicatives post-traumatiques seraient imputables à des troubles spécifiquement langagiers. Selon HINCHLIFFE et coll. [46], il existerait dans les formes les plus sévères des dysfonctionnements linguistiques de l'organisation du discours et une altération du contrôle pragmatique des modalités communicatives. Mais ce point de vue a été peu repris dans d'autres études.

Les facteurs responsables des troubles de la communication des traumatisés crâniens sont donc multiples. Quelques auteurs défendent exclusivement une cause, mais la majorité évoque l'association de plusieurs déficits. Nous retrouvons fréquemment dans la littérature le terme de « troubles cognitivo-communicationnels », preuve de la complexité des éléments qui interviennent. Le consensus actuel est de parler d'une intrication de déficits.

Ce chapitre nous a permis de comprendre les théories pragmatiques et d'entrevoir le nouveau regard qu'elles nous apportent sur les altérations des compétences communicatives de certains patients. La pragmatique offre des perspectives originales dans l'évaluation et dans la remédiation des troubles de communication des traumatisés crâniens. Elle contribue à apporter un plus grand bien-être à ces patients qui souffrent de l'impact de ces déficits dans leur vie quotidienne : retour à l'emploi, reprise des études, relations sociales...

Les déficiences des compétences pragmatiques touchent à la fois les modes de production et de compréhension. L'élaboration d'un tableau classique des séquelles communicatives n'est pas envisageable, puisque les variations au sein de cette population sont considérables. Les facteurs étiologiques sont également nombreux, et ils seraient tous en cause de façon plus ou moins importante dans ces troubles.

Nous avons évoqué les relations étroites existant entre les déficits sociocognitifs et pragmatiques. Il nous a donc semblé intéressant de développer dans la suite de notre travail le thème de la cognition sociale et de la ToM, qui interviennent dans toute communication humaine.

Chapitre III

LA COGNITION SOCIALE

I. Présentation de la cognition sociale et de ses différents aspects

1. La cognition sociale

Le terme de cognition sociale désigne « l'ensemble des aptitudes et expériences émotionnelles et sociales régulant les relations entre les individus et permettant d'expliquer les comportements humains individuels ou en groupe »⁷.

Elle renvoie à tous les processus cognitifs qui interviennent dans les interactions sociales et nécessite l'acquisition de savoirs sociaux et émotionnels [1]. Son implication dans la production et la reconnaissance de signaux expressifs, émotionnels, posturaux et langagiers est indéniable. Elle entretient donc un lien étroit avec la communication et les compétences pragmatiques.

La cognition sociale englobe un ensemble de facultés qui régissent et guident les comportements humains. Parmi elles, nous pouvons citer l'adaptation du comportement à la situation, la compréhension et l'expression des émotions, l'utilisation et la réception du langage indirect et implicite, l'attribution d'intentions et d'états mentaux à autrui, ou encore la connaissance des règles et des valeurs.

Ce nouveau champ d'étude est apparu suite au décalage observé chez certains patients neurologiques entre la relative préservation des performances cognitives (fonctions exécutives...) et leur inadaptation comportementale et sociale d'après LE GALL et coll. [47]. Il semblerait que les modifications de personnalité subies par ces sujets ne soient pas uniquement imputables à des déficits cognitifs, tels qu'un manque de flexibilité ou d'inhibition. Ces constatations ont permis de mettre en évidence les limites des approches exclusivement centrées sur les habiletés cognitives et ont favorisé l'introduction de nouveaux champs d'exploration.

Ainsi s'est développé le courant écologique dans les années 1990, qui constitue une approche fonctionnelle du sujet dans sa vie quotidienne, puis il a laissé place dans les années 2000 à la cognition sociale. Ce dernier courant émerge actuellement et fait l'objet d'innombrables travaux dans le monde entier [72].

Selon LE GALL et coll. [47], les études en cognition sociale ont d'abord concerné les compétences sociales des primates suite aux travaux de WOODRUFF et PREMACK en 1978, puis elles se sont intéressées aux acquisitions de l'intelligence sociale (actuellement synonyme de théorie de l'esprit) chez l'enfant. En clinique, les recherches se sont majoritairement concentrées sur les pathologies psychiatriques telles que l'autisme ou la schizophrénie. L'intérêt pour la cognition sociale s'est ensuite porté sur la perception des émotions, l'empathie et la théorie de l'esprit.

⁷ ALLAIN [1], 2012, p. 7

Il est actuellement admis qu'une approche uniquement cognitive des patients neurologiques et de leurs troubles comportementaux et interactionnels est vaine [72]. Elle ne parvient pas à rendre compte de tous ces dysfonctionnements.

Plusieurs régions cérébrales interviendraient dans la cognition sociale selon BEAUCHAMP et ANDERSON, cités par ALLAIN lors de sa conférence [72] :

- le sillon temporal supérieur (A)
- le gyrus fusiforme (B)
- le pôle temporal (C)
- le cortex préfrontal médian (D)
- le cortex cingulaire (E)
- le cortex orbito-frontal (F)
- l'amygdale (G)
- la jonction temporo-pariétale (H)
- le cortex pariétal inférieur (I)
- le cortex frontal inférieur et l'insula (J)

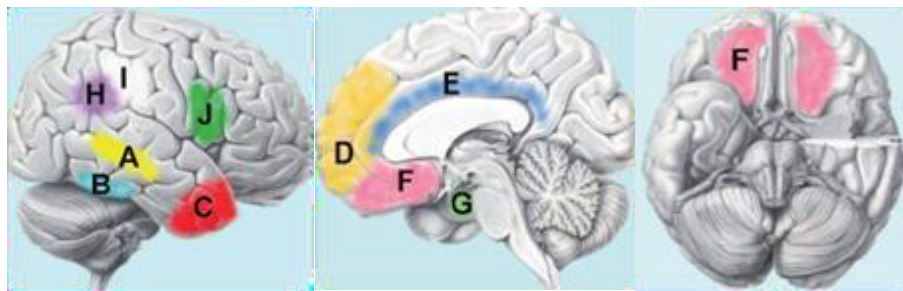


Figure 5 : Localisations anatomiques de la cognition sociale, BEAUCHAMP et ANDERSON (2010)

ALLAIN [72] évoque l'existence de deux entités au sein de la cognition sociale :

- **Une cognition sociale froide**, regroupant la théorie de l'esprit, l'empathie cognitive et la pragmatique ;
- **Une cognition sociale chaude**, qui recouvre notamment l'empathie émotionnelle et la reconnaissance des émotions.

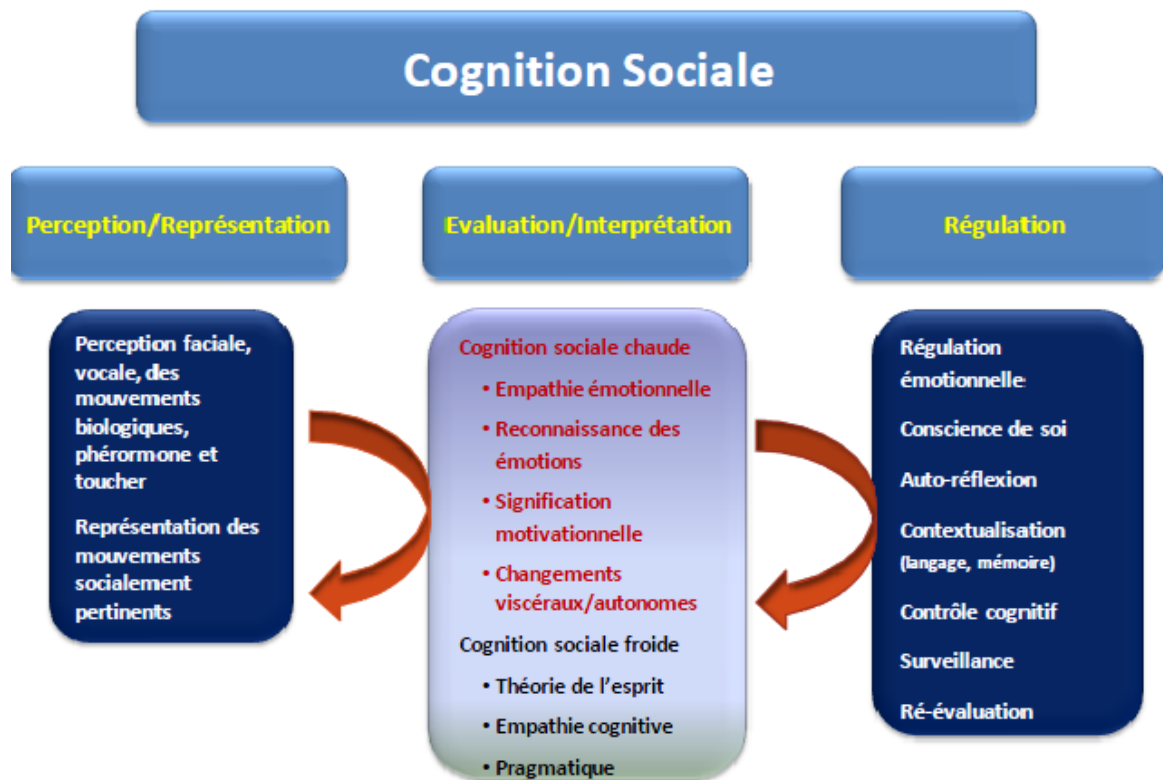


Figure 6 : Processus de cognition sociale, ALLAIN adapté d'ADOLPHS (2010)

Cet auteur distingue plusieurs habiletés en cognition sociale : la prise de décision, la compréhension des émotions, la théorie de l'esprit, l'empathie et le raisonnement social. Bien que la théorie de l'esprit soit très étudiée, il convient de préciser qu'elle n'est qu'une facette des neurosciences sociales. Nous allons nous appuyer sur cette distinction pour aborder les divers domaines de l'approche sociocognitive.

2. La prise de décision

ALLAIN définit la prise de décision comme la « capacité essentielle à l'adaptation sociale qui consiste à choisir entre plusieurs alternatives en compétition, qui requiert une analyse des risques/bénéfices et une estimation de leurs conséquences à court, moyen et long-terme pour soi ou son environnement social ». ⁸

L'acte de décider réclame le passage par plusieurs phases. Il faut d'abord définir l'objet de la décision, puis rechercher, traiter et organiser les informations utiles, ensuite il convient d'élaborer et d'évaluer les hypothèses de décision, et enfin de choisir une hypothèse et la mettre en œuvre.

⁸ ALLAIN [72], 2013

COHADON [7] nous rappelle la « théorie des marqueurs somatiques » développée par DAMASIO. Elle postule que les prises de décisions ne dépendent pas uniquement de mécanismes cognitifs (mémoire de travail, fonctions exécutives...), ils sont aussi influencés par des facteurs émotionnels via des marqueurs somatiques. Ceux-ci représentent les manifestations somatiques, agréables ou désagréables, ressenties comme la conséquence de nos choix.

Ainsi, nos décisions seraient motivées par le ressenti corporel émotionnel (positif ou négatif) que nous évoquent ces actes ou choix. En faisant jouer nos émotions, par le biais des marqueurs somatiques, nous arrivons à réaliser des choix pertinents. Ces marqueurs se construisent grâce à l'éducation et la socialisation. Tous ces processus seraient activés inconsciemment. Nous serions guidés malgré nous par nos émotions.

Selon ce théoricien, le cortex frontal ventro-médian régit l'activation de ces représentations somatiques liées aux situations vécues. Il permet de relier automatiquement ces situations aux souvenirs émotionnels qui leur sont associés. Les sujets porteurs d'une lésion de cette région cérébrale seraient incapables de prendre des décisions et d'effectuer des choix adaptés.

La tâche du jeu de poker de BECHARA permet d'évaluer de manière écologique l'aptitude à prendre des risques, comme le développent WIEDERKEHR et coll [58]. Les sujets doivent tirer des cartes dans quatre paquets au choix et apprennent, par essai/erreur, les pénalités et les récompenses associées à chaque paquet. A chaque essai, ils sélectionnent une carte d'un paquet, l'objectif étant de gagner le plus d'argent possible. Dans deux paquets, les gains sont faibles (50\$), mais les pertes sont modérées (250\$), tandis que dans les deux autres, les gains sont élevés (100\$), mais les pertes sont très importantes (1250\$). Les individus porteurs d'une lésion ventro-médiane obtiennent des résultats déficitaires à cette tâche. En effet, ils privilégient une stratégie induisant des pertes sur le long terme, mais dont les gains sont immédiats, plutôt qu'une stratégie favorable sur le long terme, même s'ils sont conscients de l'issue de leurs décisions.

3. Le raisonnement social

Il renvoie aux aptitudes du sujet à évaluer les relations interpersonnelles et les règles normatives et morales qui sous-tendent la vie sociale [72].

Le raisonnement social peut être testé via des épreuves de dilemmes moraux personnels (« La passerelle ») ou impersonnels (« Le tramway »). Ces dilemmes possèdent une valeur émotionnelle variable et induisent une tension éthique entre deux choix. GIL [13] a repris deux exemples de situations problématiques.

Scénario de la passerelle : « Un tramway lancé sur la voie va écraser 5 personnes qui travaillent un peu plus loin sur les rails. Vous êtes sur une passerelle qui domine la voie et vous voyez la scène. Près de vous se trouve un homme, un étranger qui est de forte corpulence. La seule manière de sauver les 5 hommes est que vous poussiez cet homme corpulent pour qu'il chute sur la voie et son corps arrêtera le tramway. Bien sûr cet homme mourra mais les 5 autres seront sauvés. Pousseriez-vous cet étranger sur les rails afin de sauver les 5 travailleurs ? »

Scénario du tramway : « Vous êtes au volant d'un tramway qui approche à grande vitesse d'un aiguillage : sur les rails qui se dirigent vers la gauche, se trouve un groupe de 5 travailleurs. Sur les rails qui se dirigent vers la droite, se trouve un seul travailleur. Si vous ne faites rien, le tramway prendra la voie de gauche, et causera la mort de 5 personnes. Le seul moyen d'éviter la mort de ces travailleurs est d'appuyer sur un bouton situé sur le tableau de bord, ce qui permettra au tramway de prendre la voie de droite, et de causer la mort d'un seul travailleur. Appuieriez-vous sur le bouton pour éviter la mort des 5 travailleurs ? »

Il s'agit d'effectuer un choix déontologique (respect de la règle morale de ne pas être l'agent direct de la mort d'un sujet) ou un choix utilitariste (transgression de la règle morale en se plaçant comme l'agent direct d'un décès afin de sauver un maximum de vies en contrepartie). Dans les dilemmes moraux personnels, pour la majorité des individus, l'aversion émotionnelle quant à générer la mort d'un individu est majeure, ce qui nous pousse à adopter une position déontologique. Mais dans les dilemmes moraux impersonnels, être l'agent direct de la mort d'un individu dans le but de sauver plusieurs vies diminue l'aversion émotionnelle à l'égard de la solution utilitariste.

On peut également évaluer ces capacités grâce aux jugements moraux et conventionnels. Une saynète est proposée aux patients, dans laquelle une personne transgresse une norme morale (« Un garçon se précipite jusqu'au piano de l'école et commence à démolir l'instrument avec un marteau. ») ou conventionnelle (« Un garçon est allé à l'école vêtu d'une jupe »). Ils doivent ensuite répondre à des questions concernant la permissivité de l'acte et la gravité de la transgression.

4. La compréhension des émotions

Elle se réfère à l'identification des émotions de base, dont les expressions faciales émotionnelles. Reconnaître les émotions exprimées par les visages joue un rôle important dans les interactions sociales, car cela favorise la compréhension des états affectifs de nos interlocuteurs. L'analyse des émotions produites par nos interlocuteurs nous permet de réguler nos conduites et d'adapter nos échanges aux situations sociales.

DELANOE et coll. [38] précisent que les locuteurs doivent interpréter les expressions faciales d'autrui lors des situations de communication. Elles constituent des indices précieux permettant de mieux saisir le message de l'interlocuteur et d'être en accord avec le contexte conversationnel.

Selon ADOLPHS cité par ALLAIN [72], la perception des émotions, faciales ou autres, implique un réseau de structures dont le néo-cortex occipito-temporal, l'amygdale, le cortex orbito-frontal et le cortex fronto-pariétal.

Chez les sujets porteurs d'une atteinte cérébrale focale, diffuse ou dégénérative, des troubles de la reconnaissance des émotions sont très souvent observés. Ces déficits seraient responsables du comportement inadapté de ces patients. En effet, une incompréhension des émotions d'autrui peut conduire à des réactions inadéquates. Toutefois, peu de travaux se sont réellement intéressés à cette hypothèse.

Les études ont surtout concerné la perception des émotions basiques (peur, joie, tristesse, dégoût, surprise, colère) par le biais d'expressions faciales. On peut la tester grâce à un matériel visuel, avec des photographies de visage ou avec des films transmettant diverses émotions, ou bien par le biais d'un matériel auditif, avec des musiques ou des voix véhiculant la peur, la colère, la joie, etc...

5. L'empathie

DECETY [37] définit ce concept de deux manières. D'une part, l'empathie renverrait au sentiment de partage et de compréhension affective propre à l'homme. Cette habileté est en lien avec notre capacité à nous mettre à la place de l'autre (théorie de l'esprit). D'autre part, elle serait un ressenti ou une attitude particulière induisant des comportements altruistes. Grâce à l'empathie, nous pouvons comprendre les émotions d'un tiers et y répondre par des actes concrets (rassurer, aider...).

Pour résumer ces idées, ALLAIN propose de décrire l'empathie comme le fait de « partager le ressenti et les émotions des autres (basiques et complexes) et d'adopter un comportement altruiste »⁹.

Selon ESLINGER cité par ROBIN et coll. [55], l'empathie joue un rôle dans le raisonnement social, puisque c'est en éprouvant les sentiments d'autrui que l'on peut opérer un jugement moral.

Comme le rappelle THOMASSIN-HAVET [70], cette compétence peut être volontaire ou involontaire. L'empathie est fondée sur deux éléments : une compétence innée et inconsciente à éprouver que les autres sont « comme nous », et une aptitude consciente à nous mettre mentalement à la place d'autrui.

Nous pouvons aisément comprendre la proximité entre empathie et théorie de l'esprit. L'empathie favorise la connaissance des états psychologiques des autres, ce qui se rapproche de la théorie de l'esprit, qui concerne la capacité à interpréter l'état mental d'autrui. De plus, avant de partager des émotions avec autrui, il faut d'abord tenter de les comprendre.

Toutefois, certains auteurs tels que HEIN et SINGER repris par ALLAIN [72] distinguent ces deux notions. La théorie de l'esprit se réfère davantage à la compréhension des émotions, contrairement à l'empathie qui correspond au partage de l'émotion et de l'état sensoriel associé.

Pour ALLAIN [72], il existe une interface entre théorie de l'esprit et empathie. Il distingue une ToM cognitive basée sur la compréhension des états mentaux cognitifs d'autrui (pensées, croyances, connaissances, intentions), et une ToM affective centrée sur l'inférence des états mentaux affectifs d'un tiers sans les éprouver soi-même (affects, ressentis, émotions). Il différencie également l'empathie cognitive, qui correspond à la

⁹ ALLAIN [72], 2013

ToM affective, et l'empathie émotionnelle qui permet de partager et vivre les ressentis d'un autre de façon concomitante (par exemple pleurer en même temps qu'un de nos proches pleure).

Aucune région cérébrale n'est spécifique de l'empathie, car elle dépend de plusieurs processus interactifs comme la perception, la cognition, la motivation et la mémoire.

Pour appréhender les habiletés d'un individu à percevoir les émotions d'un tiers, on utilise classiquement des questionnaires d'auto et d'hétéro-évaluation, comme le quotient d'empathie de BARON-COHEN [72].

6. La théorie de l'esprit

Le concept de théorie de l'esprit (« Theory of Mind » en anglais, ToM) correspond à « la capacité à inférer des états mentaux à autrui, comme des croyances, des désirs ou des intentions »¹⁰. Elle désigne donc l'aptitude à se représenter les contenus mentaux d'autrui (cognitifs ou affectifs), et permet de comprendre, de prédire et d'anticiper les comportements d'autrui.

Elle s'avère indispensable à la régulation de nos conduites et au bon fonctionnement de l'interaction sociale. THOMASSIN-HAVET [70] nous rappelle que l'adaptation sociale découle de la ToM, car c'est en anticipant les états mentaux des autres dans chaque situation et en s'y adaptant de façon appropriée qu'un comportement sera adéquat dans une interaction sociale.

Les premiers travaux concernant la ToM ont été menés par PREMACK et WOODRUFF en 1978 selon LE GALL et coll. [47]. Ils se sont intéressés aux aptitudes des chimpanzés à comprendre les intentions inobservables (pensées, émotions, croyances, désirs) de leurs semblables. Par la suite, ces auteurs ont essayé de désigner la compétence d'un individu à attribuer des états mentaux à lui-même et aux autres (comme penser, ressentir, vouloir...). Cette capacité repose d'après eux sur un système d'inférences et permet de prédire le comportement d'autrui.

Ce concept ainsi défini a fait l'objet d'une multitude de recherches, dépassant le domaine de l'éthologie. La psychologie du développement et la psychologie cognitive en ont fait l'un de leurs champs d'étude privilégiés.

Les techniques d'imagerie ont récemment permis d'identifier un réseau cérébral sur lequel reposerait la ToM. Il serait composé du cortex préfrontal, du pôle temporal et de l'amygdale, ainsi que du sillon temporal supérieur et de la jonction temporo-pariétale.

¹⁰ DUVAL et coll. [40], 2011, p. 41

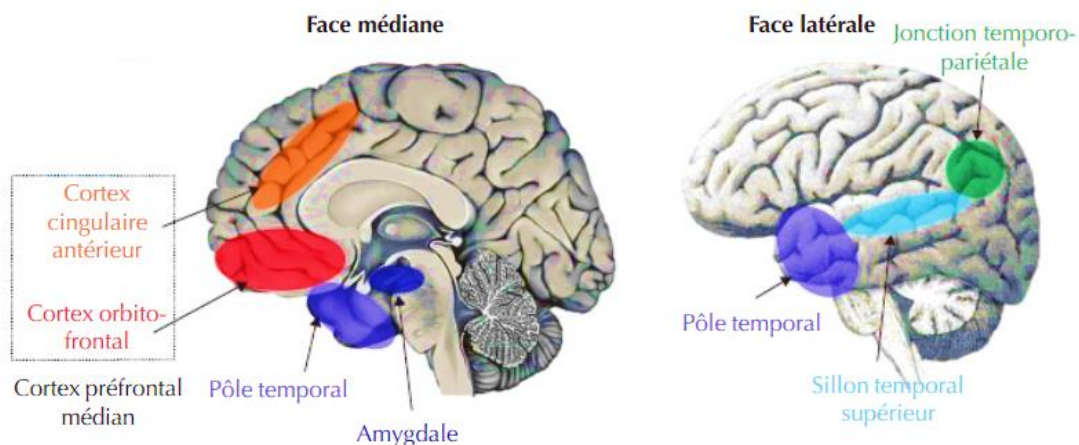


Figure 7 : Les bases anatomiques de la théorie de l'esprit, DUVAL et coll. (2011)

Pour CORICELLI cité par ALLAIN [72], la ToM aurait deux composantes fonctionnelles, selon le type d'état mental inféré :

- **Une ToM cognitive**, qui serait la composante froide et qui reposerait sur des états mentaux cognitifs (actions, intentions, pensées) ;
- **Une ToM affective**, correspondant à la composante chaude, et qui impliquerait des états mentaux affectifs (émotions, ressentis).

Comme nous l'avons vu précédemment, la frontière entre la cognition « chaude » (ToM affective) et l'empathie peut être floue. Or, si la compréhension des états mentaux affectifs d'autrui reste purement cognitive, sans générer de réaction émotionnelle, on parlera davantage de ToM sur un versant affectif. Si l'interprétation des contenus mentaux affectifs d'un tiers s'accompagne d'une réponse émotionnelle (partage du sentiment d'autrui), alors il s'agira de l'empathie.

De plus, différentes études reprises par ALLAIN [72] nous informent que le lobe frontal détient un rôle essentiel dans les aptitudes en ToM. Plus spécifiquement, elles ont confirmé la dissociation entre la ToM cognitive, régie par les régions frontales dorso-latérales, et la ToM affective, dépendant des régions frontales ventro-médianes.

DUVAL [40] nous rappelle également qu'il existe différents niveaux de ToM selon le degré de représentation :

- **L'ordre zéro** : il n'implique aucun raisonnement sur un état mental.
- **Le 1^{er} ordre** : il correspond à la représentation que l'on a de l'état mental d'une personne en adoptant son point de vue.
- **Le 2^{ème} ordre** : il s'agit de la représentation que l'on a de la représentation d'un état mental d'une autre personne.

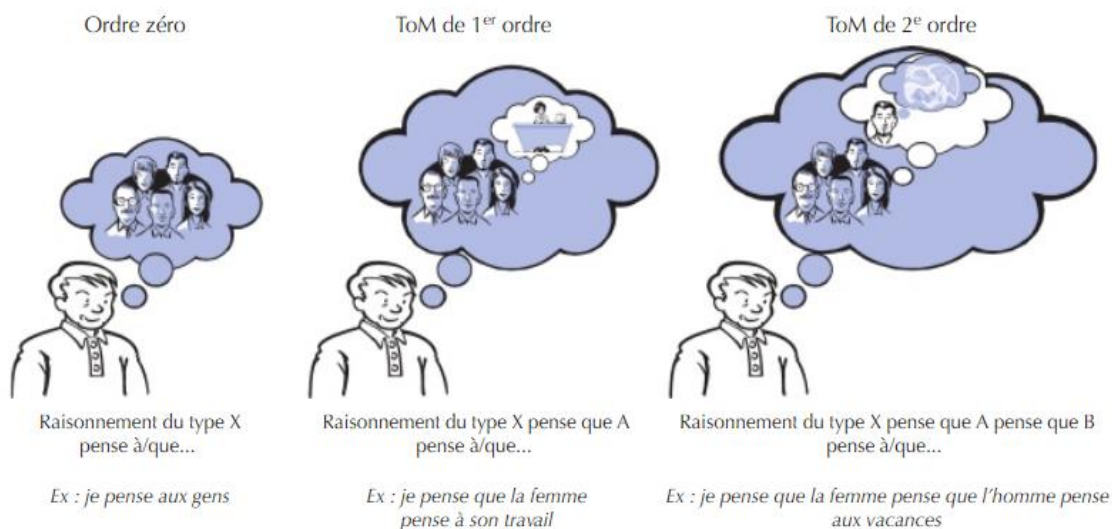


Figure 8 : Les divers niveaux cognitifs de la théorie de l'esprit, DUVAL et coll. (2011)

Plusieurs épreuves permettent de mettre en évidence les aptitudes en ToM. Elles ont d'abord été appliquées aux enfants autistes pour vérifier l'hypothèse d'un déficit de compréhension intuitive des états mentaux d'autrui chez ces sujets, qui a été par la suite validée unanimement.

STONE et coll. cités par ALLAIN [72] ont élaboré une classification de ces épreuves :

- Tâches d'attribution d'états mentaux cognitifs
- Tâches d'attribution d'états mentaux affectifs
- Tâches d'attribution d'intentions

L'inférence d'états mentaux cognitifs est le plus souvent testée par une **tâche de fausse croyance** [25]. Elle est souvent présentée sous forme de scénarios mettant en jeu plusieurs personnages. Dans cette épreuve, le sujet doit inférer l'état mental d'un protagoniste qui a une croyance erronée d'une situation, car elle ne correspond pas à la réalité. On présente une personne A qui prend connaissance de l'état réel du monde, et à l'insu de cette personne, la réalité du monde change. Cette tâche évalue la ToM cognitive selon le 1^{er} ordre et le 2^{ème} ordre. Dans les épreuves de fausse croyance de 1^{er} ordre, le sujet doit inférer la représentation mentale d'un personnage, alors que dans celles de fausse croyance de 2^{ème} ordre, il doit déduire la représentation mentale qu'un personnage a de celle d'un autre personnage.

SAMSON [25] affirme que l'un des scénarios les plus connus est celui de « Sally et Anne », élaboré par WIMMER et PERNER et repris par BARON-COHEN en 1985 : « Sally met sa balle dans sa malle et sort se promener. Pendant ce temps, Anne prend la balle et la met dans son sac. Sally revient sur les lieux et veut jouer avec sa balle. ». Le sujet doit pouvoir inférer la représentation de Sally à propos de la localisation de la balle, puisqu'on lui demande « Où Sally va-t-elle chercher en premier sa balle : dans la malle ou dans le sac ? ». Cette épreuve évalue la ToM de 1^{er} ordre, et est réussie par un enfant de 4 ans environ. A cet âge, il est capable de dissocier la croyance d'une personne par rapport à ce qu'il sait ou à ce qu'une autre personne sait. La tâche de fausse croyance de 2nd ordre est réussie vers 6-7ans.



Figure 9 : Illustration du test "Sally et Anne", BARON-COHEN (1985)

L'évaluation de l'inférence d'états mentaux affectifs se fait généralement grâce à une **tâche d'interprétation du regard** [25]. L'examineur montre des photographies de regards, et le sujet doit trouver parmi quatre adjectifs, celui qui correspond le plus à l'état mental exprimé par ce regard.

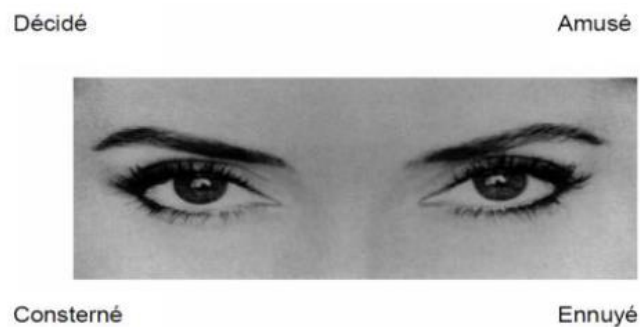


Figure 10 : Illustration d'une tâche d'interprétation du regard, BARON-COHEN (2001)

Les **tâches d'attribution d'intention** demandent d'inférer le comportement futur d'un personnage dans une petite histoire présentée sous forme d'images séquentielles [25]. Le sujet doit choisir parmi trois propositions celle qui lui semble la plus appropriée.

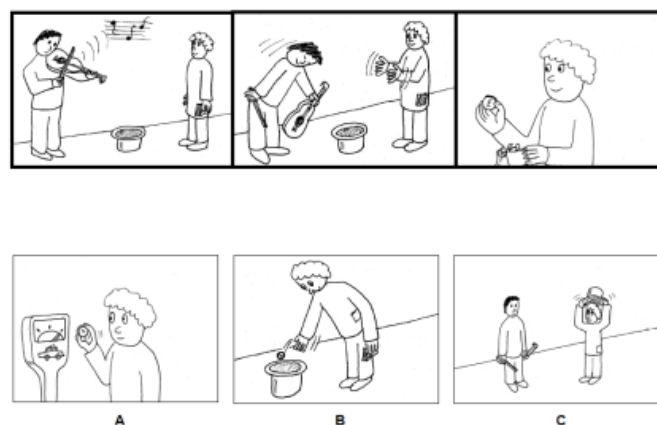


Figure 11 : Illustration d'une tâche d'attribution d'intentions, BRUNET et coll. (2000)

Les **tâches de faux pas** constituent une épreuve mixte, évaluant à la fois la ToM cognitive et affective [25]. En effet, le participant doit détecter une maladresse sociale d'après une courte histoire où l'un des personnages tient des propos inadaptés, sans réaliser l'impact de ce qu'il dit. Le sujet doit évaluer si le discours est déplacé (aspect cognitif) et s'il est blessant pour l'interlocuteur (aspect affectif). Cette épreuve est réussie vers 9-11 ans.

Les liens entre ToM et fonctions exécutives restent actuellement très discutés [47,69]. Pour certains auteurs, ces deux niveaux seraient dépendants l'un de l'autre. Ils postulent que l'interprétation d'états mentaux nécessite l'intervention des fonctions exécutives. En effet, la réalisation d'une tâche de ToM demande d'une part de la comprendre et de contrôler ses propres représentations mentales. Ils ajoutent que ces deux niveaux se développeraient en parallèle au cours de l'enfance. Mais d'autres chercheurs font état d'une indépendance de ces deux niveaux. Ils ont observé des patients présentant un syndrome dysexécutif sans perturbation de la ToM, ou avec altération des tâches d'inférence d'état mental mais sans dysfonctionnement exécutif. THOMASSIN-HAVET [70] a étudié un groupe de traumatisés crâniens graves qui ont échoué plus que les témoins aux épreuves testant ces deux aspects, mais elle n'a pas trouvé de corrélations entre les fonctions exécutives et les tâches de ToM. Ses résultats corroborent l'hypothèse d'une indépendance de ces deux niveaux et l'existence d'un système modulaire spécifique de ToM.

Comme nous pouvons le constater, le débat reste encore ouvert. Toutefois, en dehors de toute recherche causale, le constat actuel est que les traumatisés crâniens graves souffrent, à différents degrés, de troubles de la cognition sociale.

II. Déficiences sociocognitives des traumatisés crâniens

Les approches cognitives de la ToM, des comportements de prise de décisions et de l'empathie permettent de mieux comprendre certaines attitudes sociales inadaptées des traumatisés crâniens. Ces sujets ont des troubles de la cognition sociale à la fois froide et chaude, c'est-à-dire atteignant les versants cognitif et émotionnel. La littérature relaye principalement quatre types de séquelles sociocognitives dans cette population.

1. Altération de la prise de décisions

Il semble que les traumatisés crâniens graves rencontrent des difficultés dans le raisonnement, la prise de décisions et la réalisation de choix.

WIEDERKEHR et coll. [58] l'ont confirmé en réalisant une étude auprès de 15 stagiaires d'une Unité d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle (UEROS) ayant subi un TC grave. Ils leur ont présenté la tâche du jeu de poker de BECHARA et ont comparé leurs résultats à ceux de 15 sujets témoins. Il s'est avéré que ces patients effectuent des choix beaucoup moins avantageux pour eux que les témoins, surtout lorsqu'ils présentent des lésions frontales orbito-basales. Ils favorisent les gains immédiats induisant une perte sur le long terme, en toute connaissance de cause. Leurs comportements étaient corrélés aux résultats des tests évaluant les fonctions

exécutives (épreuves d'inhibition, de mémoire de travail et de flexibilité cognitive), reflétant le rôle du système attentionnel superviseur dans la prise de décisions.

Les sujets ayant subi un TC grave sont dans l'incapacité de prendre des décisions raisonnables, ce qui participe à leurs difficultés d'insertion sociale.

2. Trouble de l'expression et de la reconnaissance des émotions

Les troubles de l'identification des émotions sont souvent observés chez les traumatisés crâniens, comme le rappellent DELANOË et coll. [38]. Ils ne perçoivent que partiellement les signaux émotionnels d'autrui, ce qui altère la compréhension en situation de communication.

MERCERON [67] s'est intéressée à l'alexithymie chez les traumatisés crâniens graves. Cette notion renvoie aux difficultés à reconnaître et exprimer ses propres émotions et celles des autres. Elle a repéré chez 20 stagiaires UEROS victimes de TC graves un niveau d'alexithymie plus élevé que chez les 20 témoins. Ces patients présentaient des difficultés pour identifier les expressions faciales ainsi qu'une faible conscience émotionnelle. Ils verbalisaient peu les émotions ressenties et disposaient d'un lexique émotionnel restreint.

Le manque de prise en compte des émotions d'autrui et l'insuffisance d'expression de ses propres sentiments nuit à la communication. Effectivement, les émotions sont des indicateurs indispensables à la compréhension du contexte et à l'adaptation du comportement des partenaires de la conversation. Ces altérations constituent un obstacle majeur dans la vie quotidienne de ces individus.

3. Déficit d'empathie

Peu d'études se sont attachées à traiter les difficultés des traumatisés crâniens à éprouver et partager les ressentis d'autrui. ROBIN et coll. [55] l'abordent pourtant dans leur article en la classant dans les principales atteintes socio-émotionnelles des cérébrolésés.

SPINELLA [57] a établi un lien entre le cortex préfrontal très souvent lésé dans les TC, et l'empathie, notamment l'empathie émotionnelle. Il s'est servi de diverses échelles d'auto-évaluation qui ont mis en évidence un déficit de partage des émotions et des sentiments chez les sujets porteurs de lésions préfrontales.

Ces troubles d'empathie constatés chez les traumatisés crâniens affectent les interactions sociales, car c'est en éprouvant les ressentis d'autrui que l'on peut adopter un comportement communicationnel adéquat (par exemple ne pas blesser l'autre en lui parlant de quelque chose qui lui ferait de la peine). Sans ces capacités, nos échanges seraient dénués d'émotion et d'humanité.

4. Trouble de la théorie de l'esprit

Les régions cérébrales impliquées dans la ToM, notamment le cortex préfrontal, sont bien souvent touchées dans les TC par accident de la voie publique. Les déficits de la capacité à percevoir les états mentaux d'autrui sont donc très fréquemment relevés chez les traumatisés crâniens.

Depuis le début des années 2000, de nombreuses études ont abordé la question de l'altération de la ToM chez les traumatisés crâniens graves, afin d'expliquer leur inadaptation comportementale et sociale. Elles ont largement confirmé les difficultés qu'ils rencontrent dans ce domaine.

ROBIN et coll. [55] rapportent les travaux de HENRY qui a démontré les perturbations de certains traumatisés crâniens dans l'identification des émotions et dans l'inférence des états mentaux d'autrui. Ils ont souligné l'impact de ces troubles sur l'anticipation des réactions d'autrui. Ces patients ne parviendraient pas à prévoir les comportements de leurs pairs, aboutissant à des conduites sociales inadaptées.

L'étude de THOMASSIN-HAVET [70] auprès de 17 patients traumatisés crâniens graves a mis en évidence leur échec significatif aux tâches d'interprétation du regard et d'attribution d'intention, de même qu'aux épreuves testant les fonctions exécutives. Elle conclut à une atteinte de la ToM chez ces sujets, mais sans corrélation avec les troubles dysexécutifs ou le niveau d'intelligence des patients.

Plus récemment, MULLER et coll. [52] ont testé une population de 15 traumatisés crâniens graves auxquels ils ont proposé quatre tâches de ToM verbale et non verbale (tâche de faux-pas, tâche de fausse croyance de 1^{er} et 2^{ème} ordre, tâche d'attribution d'intention et tâche d'interprétation du regard). Les patients ont obtenu de moins bons résultats que les sujets contrôles sur toutes ces épreuves, sauf dans la fausse croyance de 1^{er} ordre. Cette équipe a donc mis en évidence leurs difficultés à interpréter les contenus mentaux des autres. Il semble qu'ils échouent aussi bien dans les épreuves de ToM cognitive (tâche d'attribution d'intentions) que de ToM affective (épreuve de faux pas), ce qui atteste leur incapacité à analyser correctement les intentions et pensées d'autrui, mais aussi leurs émotions et sentiments.

Les altérations de la perception des intentions et des émotions d'autrui sont donc courantes au stade séquellaire des TC graves. Elles sont reliées aux troubles de la communication retrouvés dans cette population, tels que les difficultés à comprendre et à produire des énoncés non littéraux (métaphores, sous-entendus, sarcasmes, humour, ironie) d'après COHADON et coll. [7]. Privés de cette capacité à inférer les états mentaux de leurs pairs et à anticiper leurs réactions, les traumatisés crâniens se heurtent à des difficultés d'adéquation de leur discours au contexte et à leurs interlocuteurs. Ils semblent ne pas tenir compte des pensées et des ressentis des autres, et produisent des messages inadaptés qui entravent la communication (manque d'informativité, monologue, phrases inachevées, absence de respect des tours de parole, digressions, manque d'initiative...).

Les perturbations de la cognition sociale constituent l'une des séquelles les plus invalidantes des traumatisés crâniens sévères. Ces perturbations sont à rapprocher des troubles comportementaux et communicationnels dont ils souffrent. Ces domaines sont étroitement reliés, comme nous l'avons déjà souligné. Tous ces dysfonctionnements s'additionnent et handicapent profondément les victimes de TC dans leur tentative de réinsertion sociale. La prise en charge de ces troubles auprès d'eux s'avère donc indispensable afin d'améliorer leurs compétences communicatives et ainsi leur qualité de vie. Nous allons à présent examiner les différents modes thérapeutiques proposés à ces patients dans la réhabilitation de leurs troubles communicationnels.

Chapitre IV

LA PRISE EN CHARGE DES

TROUBLES DE PRAGMATIQUE DU

LANGAGE DES TRAUMATISES

CRANIENS

I. Les phases d'évolution de la réhabilitation des traumatisés crâniens

La récupération du traumatisé crânien est divisée en plusieurs phases. Elles se sont construites autour de quatre repères évolutifs : l'ouverture des yeux qui traduit la sortie du coma, la prise de conscience de soi, la prise de conscience des incapacités séquellaires, et l'acceptation de soi. Ces phases répondent à un besoin de la part du patient, de sa famille et de l'équipe médicale d'identifier sa place au sein du processus de réhabilitation. A chaque palier vont correspondre des actions de prise en charge spécifiques. Les modalités thérapeutiques devront être adaptées au patient selon son évolution. Il est donc primordial que tout professionnel intervenant auprès de traumatisés crâniens connaisse ces diverses phases cliniques (COHADON et coll. [7]).

1. Phase d'éveil et de reprise de conscience (Stimulation)

La phase d'éveil est une période qui débute à l'ouverture des yeux du patient et qui s'étend jusqu'à la récupération de la conscience de soi. Elle est marquée par l'incapacité du patient de comprendre et de participer à une rééducation fonctionnelle classique.

Le blessé est confronté à une perte de ses repères internes et externes liée aux perturbations sensorielles et aux techniques de prise en charge passives (respiration artificielle, sonde vésicale et gastrique...). Toutes ces modifications provoquent chez lui une désorientation personnelle et temporo-spatiale ainsi qu'un isolement perceptif, intellectuel et affectif, à l'origine d'une grande angoisse.

Le patient traverse trois stades selon COHADON et coll. [7] :

- Le stade végétatif : de l'ouverture des yeux à toute manifestation de conscience. Le patient est capable de répondre à un ordre simple.
- Le stade de manifestation de conscience réactive : de toute forme de manifestation de conscience à la prise de conscience de l'environnement. Les actions ne sont réalisées d'abord que sur ordre, puis elles se complexifient progressivement.
- Le stade des premiers échanges relationnels : le patient utilise son environnement, reconnaît les personnes, formule des demandes. Peu à peu, il retrouve sa mémoire autobiographique, se rappelle de qui il était et prend conscience de ce qu'il est devenu.

La stimulation multi-sensorielle va permettre au patient de faciliter son éveil. Elle est réalisée par toute l'équipe pluridisciplinaire ainsi que la famille qui vont l'exposer à divers stimuli (auditifs, visuels, olfactifs, tactiles...), afin de déclencher des réactions de plus en plus complexes, de l'ouvrir à son environnement et d'accroître sa conscience de soi. La prise en charge sera ensuite axée sur la motricité, la communication, la mise en place de repères grâce à différentes activités (gestuelles, visuelles d'expression...), l'initiation de l'action et la mémoire.

Cette phase s'achève lorsque les sujets retrouvent une conscience de soi, qui est corrélée à la pénible découverte des déficiences.

2. Phase de réentraînement des déficiences (Rééducation)

A partir de la réapparition de la conscience de soi, le patient va progressivement prendre conscience de l'état dans lequel il se trouve, des changements qui ont eu lieu et de ses incapacités. Il est à présent apte à participer à sa prise en charge afin de se rapprocher le plus possible de son état antérieur.

COHADON et coll. [7] définissent trois étapes par lesquelles les traumatisés crâniens vont passer lors de la phase de rééducation des déficiences :

- La prise de conscience de soi : grâce aux témoignages des autres, le patient va pouvoir récupérer sa mémoire du passé et insérer son accident dans son parcours de vie. S'il reconnaît ses déficiences motrices, on repère une anosognosie concernant ses troubles intellectuels, psychiques et comportementaux. La méconnaissance de ses déficits cognitifs va bien souvent engendrer un profond mal-être. Il va l'attribuer à l'équipe soignante qui aura le rôle délicat de faire céder cette anosognosie en le confrontant à ses incapacités.
- La phase de rééducation acceptée : quand le patient sera davantage conscient de ses troubles, il va pouvoir accéder au réentraînement des fonctions déficitaires. Surestimant ses capacités, il aborde la rééducation de façon passive. Il adopte une attitude égocentrique et n'accepte que la rééducation individuelle. Persuadé que les autres patients sont plus atteints que lui, il refuse le travail en groupe. Il faudra l'encourager à y participer et lui faire comprendre qu'elle est le meilleur moyen de le faire progresser.
- La phase de rééducation investie : son attitude se modifie, il retrouve des repères, s'autoévalue et comprend les objectifs rééducatifs. Il accepte la prise en charge de groupe et développe un sentiment d'appartenance. La relation thérapeutique qui va s'instaurer entre le patient et le soignant doit faire l'objet d'une attention toute particulière. Le thérapeute doit être vigilant à l'installation d'une routine dans la prise en charge, qui nuirait à l'évolution du blessé. Les deux parties peuvent trouver inconsciemment un bénéfice dans ce réentraînement et occultent l'importance d'un projet de réinsertion.

Lors de cette phase, la rééducation aura pour objectif principal la réduction des déficiences motrices et cognitives. L'équipe visera la fonctionnalité du langage oral et écrit ainsi que de la motricité. La réhabilitation des troubles se fera en individuel et en groupe, afin de proposer un travail spécifique et une adaptation des aides, tout en favorisant la généralisation et les relations interpersonnelles.

3. Phase de restauration d'une identité (Réadaptation)

Elle commence lorsque l'état du patient est stabilisé. La difficulté pour l'équipe pluridisciplinaire est de percevoir le moment où le blessé ne progresse plus. Certains blessés retrouvent une autonomie satisfaisante et un équilibre socio-familial proche de leur vie antérieure. Mais dans la plupart des cas, les patients gardent des séquelles limitant leurs possibilités de réinsertion. Une adaptation est donc primordiale, ce qui n'est pas évident à accepter pour le sujet et sa famille.

Le patient va à la fois prendre conscience de la stabilisation de ses déficiences et de ses séquelles. Il va alors traverser les différentes étapes du processus de deuil pour accepter peu à peu son handicap résiduel. La famille aura également des difficultés à admettre cette stagnation de l'évolution. Il faut accompagner le blessé dans la restauration de son identité. Le maintien d'une vie sociale lui permet de se confronter à autrui et d'accepter la nouvelle personne qu'il est devenu, avec ses incapacités et ses compétences.

La réadaptation va consister à réduire les séquelles du patient et lui permettre une nouvelle adaptation à une vie normale, notamment en accédant à l'emploi. Pour y parvenir, l'équipe va évaluer les capacités et incapacités du patient, poursuivre la rééducation fonctionnelle et encourager l'entraînement en situation de vie réelle. Le sujet doit comprendre et accepter ses déficiences résiduelles, s'y adapter et y faire face. La participation de la famille est nécessaire afin de proposer des mises en situation concrètes et de soutenir le patient dans cette reconstruction.

4. Phase de réinsertion

4.1. Présentation

Cette dernière phase correspond au retour progressif du patient à une vie sociale et professionnelle. La réinsertion est une étape difficile pour lui, car sa personnalité est en cours de restructuration, ses séquelles sont spécifiques et les ressources du milieu extérieur sont souvent inadaptées. Le projet de vie du patient devient enfin réalisable, mais il faut bien souvent le réajuster. En effet, il doit tenir compte des ressources et de la tolérance du milieu ainsi que de l'évolution du handicap face à cet environnement, afin de permettre la réussite de la réintégration sur le long terme. Il convient d'évaluer la situation de façon répétée, d'apporter des ajustements et d'éduquer le milieu d'accueil.

L'accompagnement est essentiel pour permettre au sujet de retrouver sa place dans la société. Il consiste à repérer les facteurs environnementaux et à les rendre plus favorables. Il faut aider le patient à définir son projet, le préciser, vérifier sa faisabilité et l'assister dans sa réalisation. Pour assurer cet accompagnement, les structures UEROS ont été installées dans chaque région de France.

4.2. Les UEROS

Les Unités d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle sont destinées à la prise en charge des traumatisés crâniens et par extension des cérébrolésés dès la fin de la phase de rééducation-réadaptation. D'après la circulaire du 4 juillet 1996, ces dispositifs s'adressent aux patients relevant d'un GOS 2 ou 3, voire de GOS 1. Ils ont pour but de favoriser leur réinsertion sociale et professionnelle en améliorant leur modalité d'accueil dans le secteur médico-social.

La mission des UEROS est de développer la rééducation cognitive, d'évaluer et de développer l'autonomie à la vie sociale, mais aussi d'accroître les capacités de travail et de reprise professionnelle.

L'objectif central est de permettre au sujet d'accéder à l'autonomie sociale et/ou professionnelle en développant ses capacités personnelles et ses compétences relationnelles.

La prise en charge du patient comporte plusieurs volets :

- Evaluation des séquelles et des potentialités (physiques, psychiques, cognitives, comportementales, relationnelles).
- Programme de réentraînement à la vie active et de revalorisation (accroître et consolider les acquis).
- Elaboration d'un projet de réinsertion (en partenariat avec l'entourage du patient et le milieu d'accueil).
- Information du patient, de sa famille, et des divers partenaires sur son évolution, son projet, son suivi.

Les stages en UEROS durent de 3 à 6 mois selon les structures. Le réentraînement se fait le plus souvent en ateliers de groupe. L'équipe intervenant auprès des stagiaires est pluri-professionnelle, afin de proposer une prise en charge du patient dans sa globalité : médecins, infirmiers, psychologues, assistants sociaux, ergothérapeutes, neuropsychologues, orthophonistes, éducateurs, formateurs...

Notre étude s'intéressera surtout à la phase de réinsertion. En effet, le patient a récupéré un niveau fonctionnel correct, les déficiences majeures se sont atténuées. C'est à ce stade qu'apparaissent des troubles plus fins touchant notamment la communication et la pragmatique du langage et qui restreignent les possibilités de socialisation du patient.

II. Les approches thérapeutiques

Les programmes de réhabilitation cognitive se sont longtemps inspiré des accidents vasculaires cérébraux en additionnant les prises en charge des divers symptômes. Il n'existait pas de modèle théorique de la rééducation cognitive de la pathologie traumatique. Le développement de programmes spécifiques et multidisciplinaires s'est fait progressivement grâce à divers courants théoriques (le behaviorisme, le modèle psychanalytique, la neuropsychologie cognitive, le courant pragmatique ou écologique).

La rééducation des troubles cognitifs débute dès que le patient accepte d'y participer. Elle est intégrée au projet thérapeutique global et suppose la participation de tous les professionnels de santé dont les objectifs sont l'autonomie sociale, le bien-être et la qualité de vie du patient et de sa famille.

On recense trois grands types d'approche rééducative des traumatisés crâniens : les approches cognitive, fonctionnelle et holistique.

1. Approche cognitive

Cette conception est centrée sur les déficiences du patient et concerne les troubles cognitifs isolés et peu sévères. Le thérapeute va mettre en place des stratégies conscientes et explicites pour contourner les fonctions altérées et privilégier les processus préservés. Ces techniques requièrent une grande motivation du patient et une bonne conscience de ses déficiences.

Selon l'organisation ECRI [73], la réhabilitation cognitive dépend de la particularité des déficits rencontrés, du thérapeute et du lieu de prise en charge (en centre de rééducation, en libéral, à domicile...). Le rééducateur devra se poser plusieurs questions : quand commencer la prise en charge ? quelles méthodes employer ? à quel rythme ? pendant combien de temps ? Il ne semble pas y avoir de consensus autour de ces questions, chaque thérapeute étant le seul juge des meilleures conditions de prise en charge pour son patient.

Deux catégories sont actuellement distinguées dans l'approche cognitive :

- L'approche restauratrice : elle vise le rétablissement et le renforcement des fonctions relativement préservées. Les exercices sont le plus souvent sur ordinateur ou de type papier-crayon permettant de travailler de manière spécifique chacun des troubles cognitifs.
- L'approche compensatoire : elle se focalise sur l'éducation du patient qui consiste à l'aider dans l'utilisation des stratégies de contournement des déficits. Elle tente de se rapprocher des activités de la vie quotidienne. Le thérapeute a recours à des stratégies compensatoires telles que des « aide-mémoire », des calendriers, des alarmes...

2. Approche fonctionnelle

Elle cible les limitations d'activité grâce à l'évaluation précise de ce que le patient est capable ou incapable de faire dans sa vie quotidienne. Cette approche écologique prône le recours à des techniques de compensation afin de réduire les déficiences. Elle s'adresse aux patients ayant une moins bonne conscience de leurs troubles et dont les déficits sont plus sévères.

Dans le domaine de la communication, il ne suffit pas de traiter les troubles, il faut surtout identifier les situations de handicap auxquelles sera confronté le patient et l'entraîner à développer des stratégies d'adaptation, comme l'affirment MAZAUX et coll. [49]. Selon ces auteurs, le thérapeute doit encourager le patient à identifier les modifications survenues dans sa communication et lui donner les outils afin de les améliorer. Un des moyens utilisé est le visionnement de séquences mettant en scène des personnes en train de discuter, après un rappel des règles régissant toute conversation. Le patient doit ensuite comparer son comportement communicatif à ceux des protagonistes du film. La conscience des troubles est un élément majeur de la réhabilitation des habiletés pragmatiques. Une fois ses difficultés connues, le patient peut anticiper les situations problématiques dans sa vie quotidienne et mettre en place des stratégies.

Le programme « Rehabilitation for Everyday Adaptive Living » conduit par SNOW et PONSFORD en Australie dans les années 90 se fonde sur ces principes écologiques. MAZAUX et coll. [49] en ont repris les éléments centraux :

- En individuel, il s'agit de repérer les situations de communication les plus pertinentes, les lister et les travailler systématiquement à l'hôpital puis à domicile.
- Utiliser les dialogues simulés et les jeux de rôle (interviews, achats dans un magasin, appel téléphonique pour demander des renseignements ou passer une commande, entretien d'embauche...
- Au sein de ces différentes situations, il est nécessaire de graduer les réactions ainsi que l'aide apportée par le thérapeute, en allant de la plus grande amabilité à l'indifférence voire l'hostilité simulée.
- Travailler en ambiance calme, puis bruyante, puis réelle.
- Recourir à l'utilisation de la vidéo le plus souvent possible, afin d'analyser a posteriori avec le patient ses comportements, les causes de réussites ou d'échec de l'échange.
- Appliquer les principes du conditionnement opérant en valorisant systématiquement les réussites et en développant l'apprentissage à partir des erreurs. Par exemple, un discours flou, une question mal posée n'obtiendront pas de réponse précise de la part du thérapeute.
- En groupe, il convient d'apporter systématiquement au patient des rétro-informations (ou « feed-back »), par exemple lorsqu'il est trop bavard et monopolise la parole, en invitant les autres patients du groupe à participer à ces feed-back.

Les proches du patient doivent être impliqués précocement dans cette rééducation, car ils sont des partenaires privilégiés de communication. C'est avec eux que le patient sera le plus souvent en interaction conversationnelle. L'éducation et l'information de la famille concernant les déficiences du blessé garantissent un cadre propice à la réhabilitation des troubles de communication. L'entourage assure l'application en situation concrète de ce qui est travaillé avec le thérapeute et informe le patient de la qualité de ses énoncés.

Ce courant écologique a suscité l'intérêt de nombreux rééducateurs qui se sont inspirés de ces principes.

FRANCOIS-GUINAUD [41] a proposé une prise en charge pragmatique des troubles cognitifs des traumatisés crâniens. Elle affirme que la rééducation orthophonique de ces sujets doit inclure le réentraînement du syndrome dysexécutif, de la mémoire de travail, de l'attention et de la communication, mais en insérant ce travail dans des situations proches de la vie courante pour permettre le transfert en situation réelle. Le but est de « permettre au patient de faire face aux composantes à la fois cognitives et émotionnelles du syndrome dysexécutif, pour lui permettre d'apprendre à structurer ses activités et optimiser ses capacités en vue de l'orientation mise en œuvre »¹¹. Ainsi, elle privilégie les mises en situation, les sketches et les jeux de rôle mettant en scène toutes les activités

¹¹ FRANCOIS-GUINAUD [41], 2010, p. 59

quotidiennes et les interactions sociales dans lesquelles le patient pourrait se trouver (rechercher un appartement, passer un entretien d'embauche, mettre au clair une incompréhension lors d'une discussion...).

FERRACCI et coll. [12] ont présenté une prise en charge de la compréhension de l'implicite réalisée auprès d'un patient traumatisé crânien. Ils se sont servis d'un matériel écologique : la publicité audio-visuelle. Pour ces auteurs, elle représente un support de communication fréquemment utilisé dans la vie quotidienne. Ils ont présenté 30 publicités à leur patient sur une durée de 3 mois. Ce programme n'a pas pu permettre une meilleure compréhension de l'implicite chez le patient en situation écologique (compréhension d'autres publicités), mais il a bénéficié de meilleurs résultats aux tests. De plus, l'équipe a noté une amélioration de ses comportements en interaction sociale (meilleure initiative et flexibilité dans la communication et les échanges). Cette étude prouve l'intérêt d'une intervention écologique sur les troubles pragmatiques.

Selon COHADON et coll. [7], une intervention exclusivement centrée sur les déficiences et leurs conséquences fonctionnelles s'avère inefficace. L'expérience clinique a prouvé qu'il est préférable d'avoir une vision globale de la personne traumatisée crânienne, avec ses troubles, mais aussi son passé, sa personnalité, ses désirs, ses projets, son environnement familial et social. C'est dans cette optique qu'est apparue l'approche holistique.

3. Approche globale ou holistique

Cette perspective est centrée sur l'individu, son évolution psychologique, non plus uniquement sur ses déficiences ou ses incapacités. Elle s'intéresse à l'être dans sa globalité : son identité, ses attentes, ses besoins et ceux de son entourage.

Elle a été initiée aux Etats-Unis par DILLER, BEN-YISHAY, PRIGATANO et leurs élèves, sous l'influence des théories de GOLDSTEIN et des notions « d'environnement ordonné » (cadre rassurant permettant l'acceptation des séquelles) et de « communauté thérapeutique » (participation active du patient, de sa famille et des soignants) [7].

Les idées centrales de ce modèle sont les suivantes :

- Améliorer la conscience de soi et de ses déficits ;
- Bénéficier de la dynamique de groupe (Milieu-Oriented Rehabilitation) ;
- Encourager la participation active du sujet et de son entourage pour former une réelle « alliance thérapeutique » ;
- Prendre en charge de façon spécifique, systématique et durable les troubles cognitifs et comportementaux en y associant une psychothérapie et en développant les stratégies de coping (habiletés à faire face à une situation) ;
- Proposer d'abord des situations routinières pour éviter les manifestations anxieuses, puis confronter progressivement le patient à des situations contraignantes en développant des moyens de compensation ;
- Automatiser les stratégies en les utilisant dans son milieu de vie ;

- Permettre l'acceptation des troubles et leurs impacts sur la vie quotidienne et future (nécessité d'adapter les projets) ;
- Renseigner le patient et sa famille sur la nature des troubles et leurs répercussions sur la vie quotidienne ;
- Orienter précocement la réhabilitation vers le retour à une activité professionnelle et une autonomie sociale ;
- Inciter l'auto-évaluation régulière ;
- Aider à la construction d'une nouvelle identité.

Ce modèle nord-américain s'est répandu en Europe suite à quelques aménagements. En France, l'approche holistique est surtout menée dans les UEROS.

Selon ces auteurs, la rééducation des traumatisés crâniens doit être globale, car les diverses fonctions cognitives interagissent et il serait vain de les traiter les unes indépendamment des autres. Ainsi, pour rééduquer la communication, il faut également s'attacher à rééduquer les fonctions exécutives, le comportement, les aptitudes socio-cognitives, car toutes ces fonctions sont sous influence réciproque.

VANBERTEN et SONRIER [27] ont créé une prise en charge intégrant l'exercice de diverses fonctions. Leur but était d'améliorer les troubles de cognition sociale de patients cérébrolésés en s'appuyant sur la dynamique de groupe. Pour y parvenir, elles ont construit leur travail autour de quatre domaines en interaction les uns avec les autres : l'émotion, la communication, le comportement et l'implicite. Au total, 26 patients ont bénéficié de cette rééducation de groupe pendant 20 séances en moyenne. A chaque séance était abordé l'un des thèmes. Les résultats ont démontré une amélioration de leurs difficultés initiales avec des profils de récupération différents. Cette étude atteste l'importance de considérer chaque fonction cognitive comme l'élément d'un système plus général et d'encourager la réhabilitation en groupe chez les traumatisés crâniens.

CICERONE et son équipe [31,31] préconisent l'association de programmes holistiques et d'interventions individuelles spécifiques.

4. Les prises en charge de groupe

La rééducation orthophonique vise à rendre au patient la communication la plus fonctionnelle possible. Elle peut se réaliser en individuel ou en groupe. Le travail individuel a l'avantage d'être plus structuré et mieux adapté aux besoins spécifiques du patient, car les aides sont précises et leur efficacité est plus facilement contrôlée. Il est pratiqué dans les rééducations très techniques et convient aux sujets âgés ou en grande difficulté de communication. Cependant, COHADON et coll. [7] reconnaissent que ce mode d'intervention limite l'évolution psychique, affective et relationnelle du patient.

D'après COQUET [8], le groupe est organisé comme une société à petite échelle. Il est soumis à des règles sociales, comportementales et communicationnelles. Chaque membre s'engage donc à respecter ces conventions afin d'assurer le fonctionnement harmonieux du groupe. Les patients doivent adapter leurs comportements de communication aux autres et au contexte (respecter le tour de parole, être clair et informatif, introduire des sujets en adéquation avec la situation, initier l'échange sans le monopoliser...). Ils sont également confrontés aux difficultés langagières des autres et doivent adapter leur message afin de se faire comprendre. Le groupe requiert une accommodation aux contraintes des interactions sociales et favorise ainsi la socialisation.

Pour les patients anosognosiques, le groupe est aussi un moyen efficace de prise de conscience de leurs troubles, comme le rappellent COHADON et coll. [7]. Grâce au regard et aux remarques des autres, ils se rendent compte progressivement de leurs difficultés et les acceptent d'autant plus facilement qu'elles viennent de leurs pairs. Ils s'expriment aussi plus volontiers avec les autres patients, car ils partagent les mêmes difficultés et le même parcours.

La dynamique de groupe permet une émulation, notamment lorsque les membres partagent un objectif commun, car chacun va faire bénéficier les autres de sa créativité. Les patients vont se comparer plus ou moins consciemment et tenter de se dépasser. Ils vont peu à peu s'identifier aux autres, ce qui va les aider à accepter leurs déficiences et relativiser leurs difficultés. Un sentiment d'appartenance va se développer chez eux, ce qui leur confère une plus grande confiance en soi. Le groupe leur accorde enfin une place, ce qui les revalorise.

Les groupes sont composés le plus souvent de façon homogène, selon l'âge, le type de pathologie, le niveau de réadaptation. Le thérapeute doit veiller à une participation équitable de tous les membres du groupe, être attentif aux besoins individuels, gérer les difficultés de chacun (canaliser le patient logorrhéique ou inciter la parole d'un patient plus passif).

La prise en charge de groupe s'inscrit tout à fait dans une démarche rééducative holistique et écologique. Elle plonge le patient dans des situations d'interaction sociale variées, comparables à celles qu'il peut rencontrer quotidiennement. Le groupe est un lieu vivant, propice à l'initiative langagière (les patients se questionnent, commentent un avis, rebondissent sur la parole d'un autre...). Ces situations concrètes de communication correspondent à l'objectif central de réinsertion sociale.

MERCAT et coll. [50] ont réalisé une prise en charge globale et en groupe des troubles de communication de quatre traumatisés crâniens pris en charge individuellement en orthophonie. Après évaluation de leurs troubles et mise en place d'objectifs individuels, les thérapeutes ont proposé aux patients deux ateliers de groupe cognitifs et pragmatiques : « expression verbale » et « resocialisation ». Les exercices présentés regroupaient des activités de mime, d'évocation à partir de jeux de société, d'écriture, de jeux de rôle, de mémoire, de planification et de doublage de scènes sans son. Cette intervention écologique a montré des améliorations de leur communication au niveau verbal et non verbal. Elle démontre l'intérêt de la combinaison de prises en charge individuelles et d'ateliers de groupe dans la réhabilitation cognitive et sociale des traumatisés crâniens.

III. Les grands principes de la rééducation des compétences pragmatiques de communication des traumatisés crâniens

COEHLO et coll. [7] ont souligné l'importance de quatre éléments dans la prise en charge de la communication de ces patients.

1. L'évaluation

De manière générale, avant toute rééducation, il est nécessaire d'évaluer de façon précise les difficultés du patient, de même que les ressources dont il dispose. L'investigation des troubles fournit les repères indispensables à l'élaboration d'un projet thérapeutique réaliste, comme le rappellent TRUELLE et coll. [26]. L'efficacité de la rééducation doit également être vérifiée régulièrement, afin d'ajuster le programme de prise en charge aux besoins du patient. Ces évaluations permettent de comprendre les difficultés du patient et de mettre en place des moyens de facilitation.

Il convient également de proposer une investigation des troubles dans un cadre agréable pour le patient, en le rassurant sur ses difficultés et en prenant le temps de répondre à ses questions, afin d'établir une relation thérapeutique qui est le fondement de la rééducation future.

D'après de nombreux auteurs comme AZOUVI et coll. [3], l'évaluation standardisée des troubles de la pragmatique du langage est difficile. JAGOT et son équipe [14] évoquent cependant trois stratégies d'investigation des troubles communicationnels affectant l'expression :

- Etude d'un discours narratif : elle repose sur la construction d'une histoire à partir d'une scène imagée ou sur le rappel d'un récit lu ou entendu.
- Analyse d'un discours procédural : elle requiert la description d'une activité bien connue, c'est-à-dire un script, comme « Changer une roue » (MENTIS et PRUTTING cités par JAGOT et coll. [14]).
- Etude d'un échantillon de conversation entre le patient et un partenaire : elle se réalise à l'aide de grilles d'analyse à partir d'échanges libres (sans sujet prédéfini) ou semi-structurés (avec un thème imposé).

A ces évaluations formelles, il peut s'avérer intéressant d'ajouter des observations cliniques du patient en situation de communication, comme le suggèrent SNOW et DOUGLAS (repris par RIBAS [68]), telles que des informations sur la qualité du feedback ou la conscience des troubles. Cette idée est reprise par COEHLO et coll. [34] qui préconisent une évaluation des troubles de communication dans différents contextes (avec l'orthophoniste, mais aussi en situation plus réelle).

Nous détaillerons les divers tests existant pour évaluer les compétences pragmatiques dans la partie pratique afin d'expliquer notre sélection d'épreuves.

2. Les interventions

La rééducation des troubles de pragmatique du langage peut être tardive, comme l'affirment CICERONE et coll. [. Ils ont démontré une progression de la communication fonctionnelle des traumatisés crâniens grave à plus d'un an de leur accident, et le profit persiste pendant plusieurs années après la prise en charge. Elle peut se faire en groupe ou bien en séance individuelle. Les effets positifs du groupe sur la communication fonctionnelle de ces patients ont été mis en évidence par MERCAT [50] ou encore ELMAN et BERNSTEIN-ELLIS (cités par CICERONE et coll. [32]).

Les approches thérapeutiques étudiées précédemment peuvent être combinées. COEHLO et coll. [34] recommandent d'alterner les interventions globales (psychologiques, comportementales...) et la réhabilitation plus spécifique de certains processus.

Quelle que soit l'approche choisie, les consignes fournies doivent être claires et les exercices répétés afin de permettre une consolidation des acquis selon TEYSSIER et VIBERT [69]. Il faut privilégier les centres d'intérêt du patient et toujours établir des liens entre ce qui est travaillé en rééducation et les situations de la vie quotidienne. Il convient également de diversifier les méthodes utilisées pour ne pas susciter l'ennui.

La réhabilitation des aptitudes pragmatiques nécessite le recours à différentes techniques selon SNOW et DOUGLAS cités par RIBAS [67] :

- **Le feed-back** : le thérapeute renvoie au patient des rétro-informations objectives, instantanées et précises. Elles sont indispensables, car les traumatisés crâniens ont souvent tendance à surestimer leurs performances. Ces indications permettent au patient de percevoir leurs difficultés et d'analyser leur contexte d'apparition afin de pouvoir mieux les identifier et les anticiper.
- **L'échange autour des règles conversationnelles** : thérapeute et patient analysent ensemble les règles qui régissent les discussions, et étudient leur variation selon les différents contextes (par exemple une discussion entre un directeur et son employé est un contexte de conversation différent de celui d'un échange entre deux amis), selon le but de l'interaction (signer un contrat n'est pas organiser une sortie), selon l'environnement physique (discuter dans une pièce calme ou plus bruyante).
- **La vidéo** : cet outil est très fréquemment utilisé pour aider les traumatisés crâniens à apprécier leurs performances. Elle leur permet d'apporter un jugement sur certains comportements communicatifs adaptés ou non. La vidéo peut aussi être un support d'échange au cours de la rééducation entre le patient et le thérapeute.
- **Les jeux de rôles et les mises en situation** : ils assurent le développement des compétences d'interaction lors de la communication, l'adaptation du comportement, le respect des règles, avec consigne par exemple de transmettre une information de façon concise, ou d'employer des comportements non verbaux appropriés à l'échange.

Nous retrouvons au moins l'un de ces principes dans la majorité des prises en charge des habiletés pragmatiques des victimes de TC.

D'un point de vue plus concret, VANBERTEN et SONRIER [27] ont envisagé de travailler de manière globale les interactions sociales grâce à des outils variés :

- Pour l'émotion : reconnaissance d'émotions à partir de photos, de phrases, mimer un sentiment, d'abord isolément, puis de façon globale en associant diverses émotions.
- Pour la communication : auto-évaluation par les patients de leur mode de communication actuel et antérieur, mise en scène et enregistrement vidéo de diverses situations de communication afin de prendre conscience des difficultés et des adaptations à mettre en place pour transmettre correctement un message, puis mise en situation réelle.
- Pour le comportement : enregistrement vidéo et analyse des comportements en situation de jeux pour l'autoévaluation, jugement moraux via des histoires comportant une transgression, en sollicitant l'argumentation et la confrontation des opinions.
- Pour la compréhension de l'implicite : étude de publicités, analyse de dessins, de vidéos et de sketches humoristiques, compréhension d'actes de langage directs et indirects...

Cette étude est intéressante, car elle nous montre la diversité des supports et des méthodes que l'on peut employer dans ce type de rééducation.

3. Le travail pluridisciplinaire

Selon COEHLO et coll. [34], il est nécessaire d'intervenir sur les troubles de communication des traumatisés crâniens en collaboration avec d'autres professionnels.

En effet, les difficultés de ces patients s'intègrent dans un tableau complexe où interviennent des déficiences motrices, linguistiques, cognitives, psychoaffectives et comportementales. La prise en charge par une équipe multidisciplinaire s'avère donc indispensable afin d'accompagner ces sujets dans leur progression, selon CLAUS et coll. [6]. Médecin, orthophoniste, neuropsychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute, éducateur et autres intervenants travailleront conjointement pour offrir au patient une prise en charge complète apportant chacun un autre regard sur ses déficits et ses ressources. Par ailleurs, le travail en équipe permet d'échanger autour des difficultés ou des progrès des patients, et ainsi d'ajuster la prise en charge.

4. La généralisation des acquis

Le thérapeute doit fournir au patient diverses situations de communication afin de permettre un transfert des apprentissages en situation réelle. Les prises en charge écologiques basées sur les activités de la vie quotidienne et les ateliers de groupe facilitent cette généralisation. Le patient va mettre en place des stratégies avec l'orthophoniste, puis il va essayer de les appliquer et les automatiser en situation intermédiaire auprès d'un groupe de patients et enfin de les utiliser concrètement dans la vie courante.

STEVEN et coll. (cités par RADILLO [54]) remarquent que ce transfert des acquis est favorisé lorsque :

- il porte sur des savoirs conceptuels plutôt qu'automatiques ;
- le thérapeute offre des contextes variés pour l'apprentissage d'une même connaissance ;
- le patient a la possibilité d'expérimenter plusieurs solutions pour réussir la tâche, ce qui requiert une flexibilité de l'environnement et du matériel proposé.

COEHLO et coll. [34] préconisent aux orthophonistes de prendre en compte le contexte de vie du patient. Une prise en charge dont les activités prendraient place dans un cadre artificiel, trop différent de l'environnement des patients, serait inefficace. Les patients seraient amenés à mobiliser des ressources différentes de celles qu'ils adoptent en réalité.

L'orthophoniste doit également obtenir la motivation du patient, en tenant compte de ses centres d'intérêt, en choisissant des supports variés, en établissant un climat relationnel agréable, pour qu'il participe activement à la rééducation et intègre les bénéfices de la prise en charge.

Nous venons d'aborder les différents moyens de rééducation des troubles pragmatiques du langage des traumatisés crâniens. Il existe plusieurs approches thérapeutiques et une variété de techniques et d'outils permettant d'intervenir sur ces altérations. Bien que l'efficacité d'une prise en charge orthophonique sur les troubles des compétences communicatives des cérébrolésés ait été démontrée par COEHLO et coll. [34], la réhabilitation de ces déficits se fait encore trop rare. C'est un domaine de recherche qui doit se développer.

Le jeu de société, par son caractère social et son potentiel à exercer diverses fonctions cognitive, communicationnelle ou comportementale, nous semble combiner plusieurs avantages à la réhabilitation des troubles des habiletés pragmatiques des traumatisés crâniens.

Chapitre V

LES JEUX DE SOCIETE

I. Théorie du jeu

1. Définition

Le jeu est un terme vaste et difficile à définir de façon exhaustive, car il regroupe des sens très différents. Il vient du latin « jocus » qui signifie plaisanterie. Le dictionnaire Larousse en donne plusieurs définitions, mais nous retiendrons pour notre sujet la suivante : « *Activité d'ordre physique ou mental, non imposée, ne visant à aucune fin utilitaire, et à laquelle on s'adonne pour se divertir, en tirer un plaisir. Activité de loisir soumise à des règles conventionnelles, comportant gagnant(s) et perdant(s), et où interviennent, de façon variable, les qualités physiques ou intellectuelles, l'adresse, l'habileté et le hasard.* »¹²

Cette définition établit certaines qualités propres au jeu : la liberté, le plaisir, l'organisation selon des règles. Elle mentionne également l'implication de compétences physiques et cognitives.

Selon AIMARD (citée par COQUET [8]), le jeu renvoie à deux concepts :

- Le « play » : il correspond aux jeux libres, à l'expression spontanée de l'instinct de jeu (chez les enfants, ce sont les gribouillis, les galipettes...).
- Le « game » : c'est le jeu structuré par des règles.

HUIZINGA décrit le jeu comme une « *activité volontaire, libre, qui s'accomplit dans des limites de temps et de lieu suivant une règle librement consentie, mais complètement impérieuse. Il a un caractère improductif, gratuit, qui s'accompagne d'un sentiment de plaisir et nous amène loin de la vie courante* ». ¹³ Cette définition est acceptée par la majorité des auteurs, qui en ont repris les principaux éléments.

CAILLOIS [5] considère ainsi le jeu comme une activité :

- Libre : spontanée et volontaire.
- Séparée : limitée à un espace et à un temps précis.
- Incertaine : son déroulement est imprévisible.
- Improductive : elle ne crée rien, la finalité du jeu se trouve en lui-même.
- Régulée : soumise à un ensemble de règles.
- Fictive : elle se déroule en dehors de la vie courante.

¹² Dictionnaire LAROUSSE [74], 2014

¹³ HUIZINGA [16], 1995, p. 35

BESNARD [61] a détaillé les différentes caractéristiques fondamentales du jeu dont voici les idées centrales :

- Liberté : chaque joueur s'engage librement et spontanément, sans obligation, sinon le jeu perd sa caractéristique divertissante.
- Gratuité et improductivité : jouer pour jouer, sans chercher à produire quoi que ce soit, sans attendre aucun résultat.
- Temps et espace spécifiques : le jeu est délimité par un début et une fin, et pendant toute la durée du jeu, nos actes n'ont pas de répercussion sur la vie réelle. De plus, l'espace de cette activité est autonome, la règle y est respectée par tous.
- Règles : tout jeu repose sur un système de conventions. Elles doivent être suivies par tous les participants, sans quoi le jeu prend fin instantanément.
- Créativité : le jeu offre un cadre différent de la vie réelle où les actes n'ont pas de conséquence sur la vie courante. Il autorise le sujet à agir, à faire de nouvelles expériences, sans craindre de sanction du réel.
- Universalité : tous les partenaires sont égaux, le jeu efface les disparités (sexe, âge, statut...)

2. Classifications

Il existe une variété infinie d'activités ludiques, ce qui rend complexe la classification du jeu. Plusieurs théoriciens ont tenté de les répartir en un nombre restreint de catégories bien définies. Les nombreuses classifications du jeu reposent sur différents critères selon les auteurs (l'instrument du jeu, la qualité principale qu'il exige...). Elles sont fréquemment basées sur le développement des activités ludiques de l'enfant. Nous allons exposer succinctement les typologies les plus courantes et les plus pertinentes dans le cadre de notre étude.

PIAGET a distingué les jeux en fonction du développement cognitif de l'enfant et des structures ludiques du jeu. D'après DROZ et RAHMI [10], il les classe en trois catégories :

- Le jeu d'exercice : il implique la répétition de conduites pour le plaisir de la réussite. Il est d'abord centré sur les actions, puis sur les pensées et activités opératoires. L'enfant va élaborer progressivement des schèmes grâce aux jeux.
- Le jeu symbolique : il s'agit d'utiliser des objets qui servent de symbole pour représenter un objet absent ou une situation non actuelle (c'est le jeu de « faire semblant » ou jeu de fiction). L'enfant développe une compétence dans le maniement des symboles ce qui favorise la pensée abstraite et la progression du langage.
- Le jeu de règles : il requiert l'interaction sociale, l'enfant ne joue plus seul. Il doit respecter des règles imposées par le groupe, qui déterminent les rôles. Ce sont les jeux de coopération (parvenir ensemble à un but), mais aussi de compétition (atteindre un objectif en concurrence avec d'autres joueurs).

D'après la classification d'AIMARD, les jeux piagétiens se situent dans le « play », puisqu'ils correspondent à une activité libre et spontanée.

GROOS a analysé les jeux en fonction de ceux que l'individu peut réaliser seul et ceux qui nécessitent la participation d'autrui [8] :

- Les jeux d'expérimentation (ou fonctionnels) : jeux sensoriels, jeux de l'appareil moteur avec les parties du corps ou les objets (construire, pousser...), jeux où interviennent les fonctions mentales supérieures (mémoire, attention, raisonnement...), les sensations affectives (surprise, peur...), la volonté.
- Les jeux socionomiques (d'inspiration ludique) : jeux de lutte, jeux d'amour (reliés à la tendance combative), jeux d'imitation, jeux de société (où interviennent les règles à respecter).

CAILLOIS [5] a élaboré une typologie des jeux qui est une grille de lecture communément admise des différentes activités ludiques. Il propose quatre rubriques principales selon la prédominance d'un des éléments :

- L'agôn (compétition) : il suppose une rivalité, un combat entre adversaires, basé sur l'égalité des chances en début de jeu. L'objectif est de l'emporter sur l'autre. Il nécessite attention, entraînement, effort et volonté. Il regroupe les épreuves sportives (tennis, football, athlétisme) et les jeux où les adversaires disposent au départ d'éléments de même valeur (dames, échecs, billard).
- L'alea (hasard) : ce sont des jeux de chance totalement arbitraires. Le joueur n'a aucun pouvoir sur le jeu, il est passif face au hasard. On retrouve dans ce groupe les dés, la roulette ou encore la loterie.
- La mimicry (simulation) : elle fait référence à une illusion. Ces jeux consistent à prendre le rôle d'un personnage ou d'un autre individu. Le but est le plaisir de se faire passer pour quelqu'un d'autre. L'imitation enfantine, le déguisement, le théâtre entrent dans cette catégorie.
- L'ilinx (vertige) : il renvoie au plaisir du vertige et de l'étourdissement. Il s'agit de supprimer provisoirement la stabilité de la perception. Il correspond aux attractions des fêtes foraines, aux tournis enfantins, à la balançoire ou aux manèges.

Les jeux peuvent combiner plusieurs principes. Par exemple, de nombreux jeux de société (dominos, Scrabble® ...) associent compétition et hasard.

De plus, BESNARD [61] insiste sur la distinction entre quatre formes de jeux :

- Jeu ludique : le plaisir et le divertissement sont au centre de ces jeux, le reste est accessoire.
- Jeu éducatif : c'est un support d'acquisition, un moyen détourné d'apprendre de manière agréable. Il permet de faire progresser les fonctions mentales, de développer certaines connaissances.
- Jeu pédagogique : il permet de parfaire ses connaissances, de mieux comprendre, de contrôler les acquis, de découvrir une méthode. Il vise un objectif. C'est un jeu qui fait appel aux savoirs et aux compétences des joueurs.
- Jeu de formation : il est destiné aux adultes et correspond au jeu éducatif des enfants. Le but est d'acquérir des connaissances, de développer ses habiletés, de mener une réflexion. Il vise à mêler plaisir et travail.

Toutefois, cette séparation reste subjective. Les individus ne perçoivent pas toujours la nuance entre les différents types de jeux. Certains les considèrent avant tout comme une activité ludique, un loisir, mais ne ressentent pas l'effort demandé, la notion de travail.

3. Fonctions du jeu

L'une des principales missions du jeu est le plaisir. Selon FOURNIER [45], le joueur recherche la joie, l'excitation, la fièvre. Le jeu n'a pas de fin en lui-même, c'est une activité récréative nécessaire pour emmagasiner de l'énergie. Le plaisir est le moteur du jeu, c'est lui qui engage l'individu dans cette activité de loisir. Dans le jeu ludique, la dimension de plaisir prédomine, mais elle existe aussi dans les jeux éducatifs, pédagogiques ou de formation (plaisir de se soumettre aux règles, d'apprendre, de se perfectionner...).

Le jeu a aussi une fonction d'apprentissage. Pour CHATEAU (cité par COQUET [8]), il fournit un cadre dans lequel le sujet peut s'approprier un savoir. Il permet d'expérimenter, de découvrir des concepts, d'acquérir des connaissances, de développer des aptitudes. Dans le jeu, l'enfant ne se contente pas d'imiter, il crée et invente. Le sujet est actif dans sa démarche d'apprentissage, il participe à la construction de son savoir. De plus, c'est grâce au respect des règles que l'individu peut acquérir une méthode. Enfants et adultes apprennent ainsi de manière attrayante, ce qui favorise l'assimilation des savoirs. Les jeux éducatifs, pédagogiques et de formation s'appuient sur cette notion d'apprentissage dans une ambiance ludique.

L'activité ludique joue aussi un rôle de socialisation. Le jeu est un « principe permanent de la vie sociale » pour CAILLOIS [5]. Il a toujours existé, en tout temps, en toutes circonstances et dans toutes les sociétés. C'est un phénomène culturel et social. Jouer suppose l'appartenance à une communauté qui a ses règles, il permet de se socialiser et de construire son identité. D'un point de vue développemental, le jeu est d'abord egocentrique, puis l'enfant va peu à peu intégrer autrui et lui permettre de découvrir les règles du jeu. Il va apprendre le respect de l'autre et la maîtrise de soi, qui sont à la base de toute socialisation. Grâce au jeu, l'enfant se construit, affirme sa personnalité, comprend ses devoirs et se confronte aux règles semblables aux lois de la société. De manière générale, le jeu rassemble les hommes, il permet de s'ouvrir aux autres, suppose le respect de ses pairs et des règles, et favorise le lien social.

Le jeu constitue un média favorisant la communication. Il requiert le plus souvent la participation de plusieurs individus qui doivent échanger pour jouer ensemble (comprendre les règles, se mettre d'accord sur l'objectif, la méthode, commenter le jeu...). L'atmosphère agréable qu'il diffuse est également favorable à la communication. Le jeu offre un cadre détendu, en dehors de la vie réelle, dans lequel le sujet se sent libre de s'exprimer. Cette activité ludique nécessite l'intervention de fonctions cognitives (anticipation, planification, évaluation des risques, attention, mémoire, raisonnement) et sociales (maîtrise de soi, empathie, prise en compte du point de vue de l'autre) nécessaires à une bonne interaction.

II. Jeu et orthophonie

1. Le jeu, un outil thérapeutique

En orthophonie, le jeu est un support très utilisé, surtout auprès du public enfant qui apprécie son aspect ludique. D'après COQUET [8], il présente de nombreux intérêts dans la rééducation orthophonique. Il stimule le développement psychomoteur et cognitif, l'imagination, le langage, les apprentissages, la socialisation. De plus, il favorise la curiosité intellectuelle et la confiance en soi.

L'approche rééducative formelle, qui propose des méthodes de remédiation et d'entraînement des compétences déficitaires, a recours à diverses activités dont le jeu. Elle repose sur l'exercice spécifique de certains niveaux de fonctionnement du langage (phonologie, lexique, morphosyntaxe...) par le biais de jeux avec des objets ou des jouets, de jeux didactiques, de jeux de société... Bien entendu, le jeu n'est pas le seul média utilisé, mais il s'agit de l'un des plus courants. Il est alors envisagé dans ses aspects éducatif et pédagogique, avec des règles et des objectifs précis à atteindre (restaurer une fonction).

Dans une vision plus psychothérapeutique, le jeu est considéré comme une médiation dans la relation thérapeutique, comme le rappelle DEREGNAUCOURT [64]. Il permet une mise à distance par rapport au symptôme, et offre un espace neutre, intermédiaire, dans lequel le patient se sent en confiance. Ce cadre rassurant atténue les angoisses du sujet et l'incite à accéder à l'expression et à la symbolisation. Le jeu pédagogique est utilisé dans le but de redonner confiance en soi, de « renarcissiser », car l'orthophoniste est sur le même pied d'égalité que l'enfant. Le jeu symbolique permet la mise en scène des situations de la vie quotidienne et l'expression des inquiétudes. Il active la fonction symbolique requise dans le langage.

2. Le jeu, un vecteur de communication

La situation de jeu place le patient dans des conditions favorables à l'échange. Le jeu met en relation les partenaires et suscite la communication. Chaque instant du jeu est propice aux échanges. En début de partie, les joueurs doivent se mettre d'accord sur les règles, rappeler les objectifs, distribuer les rôles, établir les modalités (« qui veut quel pion ? », « qui est-ce qui commence ? »). Pendant le jeu, tout le monde partage le même objectif, et la communication est le moyen naturel d'y parvenir. Les participants échangent des signes verbaux (faire deviner une carte, commenter l'un des coups, encourager, mettre en garde...) et non verbaux (mimiques, postures, gestes...). Ils s'expriment ensuite sur la partie effectuée (sentiments, difficultés rencontrées, félicitations, critiques, débats...).

Le jeu crée une atmosphère détendue et conviviale, dans laquelle le patient s'autorise à expérimenter. En effet, cette activité ludique se déroule dans un cadre différent de la vie quotidienne, le patient sait qu'il n'y aura pas de conséquence sur la vie réelle. De plus, la relation thérapeutique est moins asymétrique, soignant et soigné se

situent au même niveau dans le jeu. Le patient se sent ainsi plus en confiance et ose s'exprimer en toute liberté.

La communication et le jeu partagent des similitudes. Tous les deux sont régis par des règles que doivent respecter les usagers pour leur bon fonctionnement. Le jeu fait également intervenir le changement de rôle, comme dans tout échange. Les actes de langage directs (locutoire, illocutoire et perlocutoire) sont présents dans la communication, mais aussi dans le jeu. Lorsqu'un joueur énonce, il agit sur son partenaire en lui transmettant une information, et cet acte va avoir une conséquence sur le destinataire, qui va y réagir et apporter une réponse adaptée. Les actes de langage indirects sont aussi impliqués, car dans un jeu, il peut être stratégique de produire des sous-entendus et de les comprendre.

Toutes les fonctions de communication de JAKOBSON se retrouvent également dans le jeu. L'un des joueurs va exprimer ses idées (fonction émotive), ce qui va déclencher une réaction verbale ou non verbale de la part de son adversaire (fonction conative). Le jeu peut aussi être le point de départ d'une conversation, car le thème de la partie va initier une discussion qui va progressivement s'élargir (fonction phatique). Le jeu doit respecter une certaine forme (fonction poétique) et il prend place dans un contexte auquel doivent s'adapter les joueurs (fonction référentielle). Il peut également faire émerger un échange à propos de l'un des indices fournis (fonction métalinguistique).

Le jeu est donc intéressant à utiliser en séance auprès de certains patients, car il offre un cadre propice aux interactions langagières et sociales.

3. Le jeu, un support utile dans la rééducation de l'adulte

Comme nous venons de l'étudier, le jeu possède bien des avantages. C'est un moyen d'apprentissage ludique. Il permet d'acquérir des savoirs et d'exercer ses compétences sans en avoir conscience. Il facilite la communication et encourage les relations sociales.

Le jeu est un support d'apprentissage intéressant auprès des sujets adultes. Il permet de rétablir ou de maintenir la communication. D'après BESNARD [60], le jeu éducatif permettrait de stimuler les fonctions altérées ou disparues, tandis que le jeu pédagogique assurerait le maintien des capacités et des connaissances. De plus, les activités ludiques peuvent être utilisées en famille pour recréer du lien social et développer les compétences communicatives du patient. L'ambiance agréable du jeu instaure un climat de confiance dans lequel les adultes osent davantage entrer en interaction avec autrui.

Les patients se sentent revalorisés, car le jeu exerce les fonctions cognitives et stimule leurs ressources intellectuelles. Ils ressentent cet entraînement et prennent conscience de leurs compétences, ce qui augmente l'estime de soi. Ceci renforce leur motivation et favorise à nouveau la communication. BESNARD [60] insiste sur l'intérêt du jeu en début de prise en charge pour établir un contact avec le patient, car il le met d'emblée en confiance. Elle conseille également son utilisation pour redynamiser une rééducation.

Toutefois, le jeu utilisé auprès d'adultes requiert quelques adaptations. Dans la rééducation, le jeu perd sa gratuité et sa liberté. L'orthophoniste propose cet outil, car il cherche à obtenir une amélioration. Il doit donc recueillir l'adhésion du patient pour qu'il participe ensuite activement à la prise en charge.

Tous les adultes n'ont pas une image positive du jeu. Ils peuvent le considérer uniquement comme un loisir, non pas comme une méthode de travail, voire le juger infantilisant. Par ailleurs, ils sont souvent volontaires, soucieux de progresser et en demande de résultats. Avant de proposer toute activité ludique à un adulte, il convient d'abord de se demander quelle est sa représentation du jeu. D'autre part, l'orthophoniste doit lui expliquer les avantages de ce support par rapport à ses besoins et reprendre les différents objectifs visés afin de crédibiliser la méthode.

III. Intérêts du jeu de société dans la prise en charge des troubles de la pragmatique du langage des traumatisés crâniens

Selon GROOS (cité par COQUET [8]), le jeu de société fait partie des jeux socionomiques, c'est-à-dire qu'il se joue à plusieurs, par opposition aux jeux solitaires. Comme dans toute communication, il nécessite la participation d'au moins deux individus et il est organisé selon des règles qui s'imposent à tous les participants. Il implique les fonctions sociales et cognitives identiques à celles intervenant en situation d'interaction.

Le jeu de société constitue un support original pour exercer les aptitudes pragmatiques, car il fait appel à divers domaines nécessaires à la compréhension et l'expression des intentions de communication.

1. Une approche globale combinant plusieurs domaines

Les compétences pragmatiques se situent au carrefour de la communication, de la théorie de l'esprit et des fonctions exécutives. Nous avons envisagé les altérations sociocognitives et le syndrome dysexécutif des traumatisés crâniens comme les principales causes de leurs troubles de la pragmatique du langage. Or, le jeu implique ces différentes fonctions.

1.1. La communication

Comme nous l'avons exposé précédemment, le jeu est source de nombreux échanges. Les joueurs s'impliquent dans cette activité et la communication devient le moyen naturel de parvenir à l'objectif de gagner. Ils doivent respecter à la fois les règles du jeu et les règles conversationnelles, telles que le principe de coopération ou les maximes de GRICE (respect de la quantité, de la qualité, de la pertinence et de la clarté du message). Les énoncés doivent être concis, sincères, informatifs et en lien avec le thème pour comprendre et être compris de son partenaire. De plus, le jeu réclame l'adéquation des comportements des joueurs à la situation de communication (initiative, tour de parole, intelligibilité, feed-back, cohérence entre les idées...). Ils doivent adapter

leur message à leurs interlocuteurs et percevoir correctement les énoncés des autres pour espérer emporter la partie.

Le jeu de société sollicite la production et la compréhension d'actes de langage directs (locutoire, illocutoire et perlocutoire) et indirects, comme dans toute interaction. La communication non verbale joue également un rôle important dans le jeu. Les regards ou les gestes donnent de précieuses informations sur les pensées ou les intentions du partenaire.

1.2. La théorie de l'esprit

Le jeu nécessite d'inférer les états mentaux de son partenaire. En effet, les joueurs doivent déjouer les stratégies de leur adversaire, échanger leurs rôles ou faire deviner un mot ou une idée à l'autre. Pour y parvenir, ils ne peuvent faire autrement que de se mettre à la place d'autrui et adopter son point de vue. Cette qualité est également requise dans toute interaction. Nous avons précédemment mis en évidence le lien entre la ToM et les compétences pragmatiques. Les aptitudes sociocognitives interviennent dans l'adaptation du message au partenaire (discerner ce qu'il sait ou ne sait pas), l'informativité (apporter des éléments pertinents), la quantité et la clarté du message, le maintien du thème, la prise en compte des indices verbaux et non verbaux, mais aussi l'adéquation des énoncés au contexte (ne pas utiliser de mots grossiers, ne pas être trop familier ou trop distant...). Le jeu exerce l'inférence d'intentions ce qui renforcerait les habiletés pragmatiques et améliorerait l'adaptation des comportements de communication.

1.3. Les fonctions exécutives

Dans les jeux de société comme en situation de communication, certaines capacités cognitives sont engagées. Les sujets doivent faire preuve d'anticipation, de flexibilité mentale, de planification et d'autocontrôle. Le jeu nécessite de gérer son impulsivité, de maintenir son rôle et de vérifier ses actions. L'entraînement des fonctions exécutives qu'offre le jeu permettrait un meilleur ajustement du discours du patient à son interlocuteur et au contexte interactionnel.

Communication, ToM et fonctions exécutives ne sont pas exercées de façon homogène dans tous les jeux. Certains insistent davantage sur un aspect au détriment d'un autre. Par exemple, les jeux de stratégie non verbaux comme le Puissance 4[®] ou Les dames[®] n'induisent que très peu d'échanges au cours de leur déroulement, mais ils demandent aux joueurs une grande anticipation des intentions d'autrui. D'autres jeux vont quant à eux insister sur la communication, comme le Taboo[®].

2. Un matériel écologique

Le jeu de société fait partie de la vie sociale. C'est un loisir courant, qui séduit enfants comme adultes. Il est accessible à tout le monde, car il est peu coûteux et sa grande variété peut contenter chacun. Sa démocratisation en fait un support très répandu et idéal pour susciter les interactions verbales.

3. Une diversité de contextes sociaux

Les situations de communication proposées par le jeu sont nombreuses. Il peut être employé en individuel afin de travailler spécifiquement les difficultés du patient, lui donner des aides et des conseils adaptés, ou bien en groupe pour aller vers un travail encore plus écologique et une généralisation des acquis. La famille peut aussi se servir de ce support facilement utilisable en dehors de la rééducation, ce qui permet un prolongement de la prise en charge et un entraînement supplémentaire des compétences pragmatiques.

4. Un support attrayant et stimulant

L'approche par le jeu de société suscite l'intérêt du patient. Son aspect ludique ainsi que son atmosphère agréable et propice aux expérimentations le motivent dans sa prise en charge. Par ailleurs, le large choix de jeux existant permet de varier les supports, ce qui évite la lassitude, permet l'expérimentation de diverses stratégies, et favorise un transfert des acquis.

5. Une source d'aides variées

Enfin, le jeu assure la mise en place de divers moyens d'aide de manière explicite et implicite. Le patient qui est investi dans l'activité ludique imite spontanément les stratégies de l'orthophoniste. Le thérapeute peut alors lui fournir implicitement des aides, ce qui permet d'éviter les blocages du patient et favorise l'automatisation des processus et l'autonomie.

Le jeu de société semble tout à fait s'inscrire dans la prise en charge des aptitudes pragmatiques des traumatisés crâniens. Il respecte les critères traditionnels de rééducation de leurs troubles, tout en combinant de nombreux avantages comme le respect de règles conversationnelles et l'intervention de la ToM. Evidemment, le jeu n'est pas le seul matériel à proposer, mais il nous paraît très intéressant dans la réhabilitation des compétences communicationnelles. Nous allons donc essayer d'étudier dans une seconde partie les impacts que produirait une prise en charge axée sur les jeux de société dans la rééducation des troubles de la pragmatique du langage de ces sujets.

PARTIE PRATIQUE

Chapitre I

HYPOTHESE ET OBJECTIFS

I. Problématique

A travers la partie théorique, nous avons exposé la pathologie post-traumatique et les déficits cognitifs rencontrés dans cette population. A la lumière des théories pragmatique et de la cognition sociale, nous avons mieux cerné et compris leurs troubles communicatifs. En effet, lors de la phase de réinsertion, les traumatisés crâniens graves peuvent souffrir de troubles séquellaires des capacités d'utilisation du langage en situation d'interaction verbale. Comme nous l'avons abordé, ces dysfonctionnements sont responsables d'un handicap social considérable. Ils restreignent les possibilités de retour à l'emploi et perturbent la création ou le maintien de relations sociales.

La revue des grands axes de prise en charge des traumatisés crâniens et plus spécifiquement de leurs troubles des habiletés pragmatiques a complété notre réflexion sur l'importance de l'intervention orthophonique sur ces déficits, et les modalités de cette action thérapeutique. Les altérations des comportements sociaux de communication de ces sujets sont encore trop peu connues et prises en charge en France, selon MAZAUX et coll. [49]. L'attention est davantage portée sur les troubles instrumentaux du langage et de l'expression orale (aphasie, dysarthrie, dysphonie). Depuis quelques années, leur évaluation progresse, avec la création de divers tests et protocoles standardisés. Il apparaît donc primordial de développer les interventions ciblant ces déficits des compétences communicationnelles.

Comme nous l'avons évoqué dans la précédente partie de ce travail, certains auteurs ont mis en évidence les liens entre les troubles des habiletés pragmatiques et les déficits en théorie de l'esprit dans cette population (COHADON et coll. [7], LE GALL et coll. [47]). D'après GRICE [44], toute conversation suppose une intention. Pour que la communication soit efficace, les interlocuteurs doivent anticiper les pensées, les savoirs et les intentions de l'autre. Ainsi, ils produisent des énoncés pertinents et adaptés à leur auditoire, et comprennent les éléments sous-entendus ainsi que les énoncés nécessitant une inférence.

Partant du principe que les troubles de la pragmatique du langage et des aptitudes sociocognitives sont intriqués, nous avons eu l'idée d'élaborer une prise en charge de ces habiletés communicatives en insistant sur la notion de théorie de l'esprit. L'étude des fondements théoriques du jeu et de ses fonctions a mis en évidence les divers intérêts de ce support dans la réhabilitation des compétences pragmatiques. Les jeux de société combinent l'avantage d'être de précieux supports de communication ludiques et stimulants, tout en sollicitant l'attribution d'états mentaux à autrui. Ainsi, nous considérons qu'ils pourraient apporter un bénéfice aux troubles des compétences pragmatiques des traumatisés crâniens.

II. Hypothèse

Les jeux de société, dans lesquels sont impliquées la théorie de l'esprit, et pour certains d'entre eux les règles conversationnelles, permettraient-ils une réhabilitation des habiletés pragmatiques des traumatisés crâniens ?

Nous avons sélectionné cinq jeux requérant la théorie de l'esprit. Certains sont verbaux et induisent nécessairement une communication, d'autres sont non verbaux et ont demandé une adaptation par l'ajout de règles conversationnelles (échanges à partir du jeu).

III. Objectifs

Notre étude a pour but de cerner les impacts d'une intervention orthophonique basée sur des jeux de société dans la rééducation des troubles de la pragmatique du langage des victimes de TC.

Pour y parvenir, nous avons proposé cette prise en charge à deux patients traumatisés crâniens graves suivis à l'UEROS (Unité d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle) de La Gaude (06). Elle s'est étendue sur 3 mois, pendant lesquels les sujets ont bénéficié de 12 séances individuelles et de 2 ateliers de groupe, soit 14 séances au total. Un bilan a été effectué pour chacun d'eux en début et en fin de rééducation. Chaque séance a fait l'objet d'une analyse détaillée des troubles des habiletés pragmatiques observés. Nous cherchons à mettre en évidence une évolution de ces déficits en confrontant les résultats des pré- et post-tests, mais aussi en observant la progression des troubles au fur et à mesure de la prise en charge.

Nous verrons par la suite si cette intervention a apporté des améliorations notables aux troubles des habiletés pragmatiques des deux patients. Si ces incompétences ont été sensibles à notre action thérapeutique, nous tenterons d'analyser plus précisément en quoi les jeux proposés interviendraient dans l'évolution de ces altérations.

Chapitre II

METHODOLOGIE

I. Population

1. Critères d'inclusion

Dans le cadre de notre étude, nous avons sélectionné les patients présentant les critères suivants :

- Traumatisme crânien sévère ;
- Lésions à dominance frontale ;
- Entre 18 et 55 ans ;
- Troubles des compétences de communication ;
- Trouble(s) exécutif(s) ;
- Niveau de réadaptation supérieur à 2 ans ;
- Volonté et motivation à la prise en charge de 3 mois.

2. Critères d'exclusion

Certaines conditions ont été éliminées :

- Troubles majeurs du comportement ou de la personnalité ;
- Aphasie (expression ou compréhension) ;
- Carences socioculturelles ou éducatives ;
- Prise en charge orthophonique complémentaire.

3. Présentation des patients

Pour constituer notre population, nous avons proposé un bilan des habiletés pragmatiques à cinq stagiaires de l'UEROS. Deux d'entre eux présentaient des troubles comportementaux et éducatifs qui auraient empêché le bon déroulement de la prise en charge. Les épreuves réalisées auprès d'un troisième stagiaire n'ont mis en évidence aucun trouble de communication. Nous avons finalement retenu deux patients qui remplissaient tous les critères et paraissaient être les plus aptes à bénéficier d'une rééducation ultérieure.

3.1. Patient 1 : B.C.

Monsieur C. est un homme de nationalité française âgé de 48 ans (né le 13.10.1966). Il a effectué une scolarité jusqu'en 4^{ème} et a obtenu par la suite un CAP de carrossier. Il a exercé cette profession pendant une vingtaine d'années. Actuellement, il est sans emploi et vit seul avec son fils, dont il partage la garde une semaine sur deux avec son ex-compagne. Ses loisirs sont la moto, le modélisme, le ski, la marche et les jeux de société. Cependant, il avoue avoir perdu ses centres d'intérêt et ne plus pratiquer ces activités depuis son accident.

Il a été victime d'un AVP en moto en avril 2006 qui lui a causé un traumatisme crânien grave, ainsi qu'un traumatisme maxillo-facial massif et un arrachement du plexus brachial droit. Le patient souffre d'une hémiparésie du membre supérieur droit et de douleurs neuropathiques sévères qui l'ont contraint à devenir gaucher. Nous ne disposons pas de données concernant les lésions cérébrales précises liées à l'accident.

Le **bilan orthophonique** réalisé au sein de l'UEROS en juin 2013 met en évidence des fonctions langagières globalement préservées. Les capacités de compréhension orale et écrite sont satisfaisantes. L'expression orale est correcte, malgré quelques difficultés d'accès au stock lexical. Les fluences verbales sont légèrement altérées. Les épreuves de langage élaboré (recherche de synonymes, d'antonymes, concaténation de phrases, explication de proverbes...) sont relativement bien réussies, mais avec une certaine lenteur. La communication est toutefois entravée par un manque d'incitation verbale et de précision, des temps de latence ou au contraire des réponses impulsives.

Le **bilan neuropsychologique** effectué en juin 2013 dans la même structure objective un faible déficit attentionnel (attention divisée et soutenue) associé à un léger manque de flexibilité mentale. Le raisonnement logico-déductif non verbal est inférieur à la norme pour son âge. Les épreuves soulignent également la présence d'un trouble mnésique épisodique avec une faiblesse de l'encodage et des fluctuations du stockage.

Monsieur C. présente donc à la fois des déficiences cognitives (attention, mémoire, raisonnement, flexibilité mentale) et des troubles communicationnels (hypo-spontanéité verbale alternant avec des phases d'impulsivité, faible informativité).

3.2. Patient 2 : T.P.

Monsieur P. est un homme de 50 ans (né le 30.03.1963) de nationalité française. Il est titulaire du baccalauréat et d'un BTS en commerce. Il a été employé dans une entreprise d'outillages télé-portatifs pendant 10 ans en tant que commercial. Le patient vit actuellement avec sa compagne et est père d'une jeune fille née d'une précédente union avec laquelle il est peu en contact. Sans emploi depuis son accident, il pratique la randonnée pédestre, s'intéresse beaucoup à l'actualité et au cinéma, et apprécie la lecture.

Il a subi un traumatisme crânien grave suite à un AVP en voiture en juin 1991 le plongeant dans un coma pendant trois semaines. De cet accident, il garde aujourd'hui certaines séquelles dont une hémiparésie droite, une spasticité digitale ainsi qu'une légère dysarthrie. La marche et les efforts cognitifs provoquent chez lui une fatigabilité importante. Une IRM cérébrale réalisée en octobre 2012 indique la présence de quelques hypersignaux des centres semi-ovales, dont un frontal droit de la convexité.

Le **bilan orthophonique** effectué à l'UEROS en avril 2013 révèle des capacités d'expression orale satisfaisantes avec de faibles séquelles dysarthriques et une bonne intelligibilité. En échange spontané, le patient présente un léger manque du mot qui n'est pas décelé dans les épreuves proposées, ainsi qu'une logorrhée. La compréhension orale et écrite est préservée, mais sa précipitation dans le choix des réponses lui fait commettre des erreurs. Le langage élaboré semble correct, mis à part quelques difficultés dans l'évocation sur définition. La concaténation de phrases est parfois laborieuse, mais la syntaxe est respectée. Une fatigabilité est observée en fin d'épreuve.

Le **bilan neuropsychologique** objective un fonctionnement cognitif globalement correct. La mémoire de travail est efficiente, mais les fluctuations attentionnelles diminuent les performances. Les capacités mnésiques épisodiques sont bonnes concernant les processus d'encodage et de stockage. La récupération des informations est quant à elle perturbée. La mémoire visuelle non verbale est très déficitaire, ce qui est corrélé aux difficultés attentionnelles et à une certaine impulsivité. La flexibilité mentale est normale, de même que le raisonnement logico-déductif non verbal. Les aptitudes à catégoriser, conceptualiser et abstraire sont satisfaisantes.

Les résultats obtenus par Monsieur P. aux différents bilans signent des atteintes cognitives (mémoire, processus attentionnels, fatigabilité) et des altérations de la communication (logorrhée, impulsivité).

Signalons ici que nous nous nommerons « expérimentatrice » dans la suite de notre travail pour une plus grande clarté des propos, par distinction avec l'orthophoniste exerçant à l'UEROS.

II. Protocole expérimental

Notre expérimentation se divise en trois temps :

- Le bilan initial
- La prise en charge par les jeux de société
- Le bilan final

1. Le bilan

1.1. Présentation et sélection des bilans

L'évaluation standardisée de la pragmatique du langage s'avère difficile d'un point de vue clinique, comme le rappellent AZOUVI et coll. [3]. Il est complexe d'objectiver les compétences de communication, en raison de leur multiplicité et de leur inadéquation avec une norme. De plus, LESAGE [66] précise que l'analyse pragmatique est paradoxale, puisqu'elle nécessite un traitement scientifique et rigoureux, tout en requérant une spontanéité de la communication. En effet, cette étude doit placer le patient dans des conditions naturelles d'interaction, alors que la situation d'examen est par définition artificielle. L'enjeu des protocoles d'investigation des altérations communicationnelles consiste donc à reproduire des circonstances d'échange les plus authentiques possible.

Les principaux tests d'analyse des troubles pragmatiques des traumatisés crâniens graves, sur le plan de l'expression et de la compréhension, sont présentés en Annexe III.

Nous rappelons que notre objectif n'est pas d'analyser tous les aspects de la pragmatique, car elle constitue un champ de recherche trop vaste pour en aborder chaque point. Nous cherchons à mettre en évidence les principaux troubles des habiletés pragmatiques présentés par les patients que nous suivons, avant et après le protocole. Nous avons choisi de proposer un bilan général de l'aspect pragmatique du langage, en

évaluant à la fois la compréhension et l'expression, dans le but de faire émerger un maximum d'incompétences communicationnelles. Ceci nous permettra d'examiner si ces variables sont sensibles ou non à notre prise en charge. Pour notre étude, nous avons donc choisi deux tests des habiletés pragmatiques, l'un examinant les capacités expressives, l'autre les capacités réceptives.

1.1.1. Le « Protocole Pragmatique de PRUTTING et KIRCHNER »

Cet outil est l'un des premiers protocoles (1983) basé sur des théories pragmatiques permettant l'évaluation des troubles de communication. Il a été utilisé majoritairement auprès de patients traumatisés crâniens. Le thérapeute enregistre par vidéo ou sur bande audio une discussion entre le patient et son interlocuteur. Il complète ensuite une grille standardisée d'analyse des comportements de communication reposant sur 30 paramètres pragmatiques, regroupés en trois types d'actes de langage : actes d'élocution, actes propositionnels, actes illocutoires et perlocutoires.

L'examineur estime la qualité de chacun des éléments pragmatiques selon trois appréciations : adéquat, inadéquat ou pas d'opportunité. L'analyse du discours peut se réaliser de manière qualitative (adéquation ou inadéquation des paramètres identifiés, ou paramètres non observés) et/ou quantitative (pourcentage des éléments jugés inadéquats sur le total de ceux observés).

Le protocole de PRUTTING et KIRCHNER est exposé plus exhaustivement en Annexe IV. Cet instrument étant élaboré initialement en anglais, nous avons utilisé la version française traduite par BASSIBE [59] (Annexe V). Elle est accompagnée d'une notice de définition des termes utilisés (Annexe VI).

Ce protocole a remporté notre adhésion, car son intérêt auprès des traumatisés crâniens a été validé par divers auteurs (MILTON et coll. [51], BASSIBE [59], BERALS [60]). Il est adapté à la spécificité des troubles de cette population. De plus, il s'intéresse au discours conversationnel qui respecte un contexte d'interactions naturelles et assure la spontanéité des échanges. Il a également fait ses preuves depuis de nombreuses années, et nous a semblé rapide et simple d'utilisation. Enfin, nous avons retenu cette technique d'observation comportementale en contexte, car elle supprime tout effet d'apprentissage, ce qui convient à notre démarche d'évaluation avant et après rééducation.

Dans notre étude, nous nous intéressons surtout aux actes propositionnels, illocutoires et perlocutoires. Les actes d'élocution qui concernent les modalités extralinguistiques sont moins développés. Nous privilégions les aspects langagiers des troubles pragmatiques, car ce sont les paramètres qui nous sont apparus les plus altérés chez nos deux patients. Par ailleurs, nous avons choisi une analyse qualitative du discours, qui nous semble plus représentative des déficits de communication des sujets qu'une simple traduction en termes de pourcentages, d'autant plus qu'il n'existe pas d'étalonnage. Chaque élément qualifié d'inadéquat est repris et explicité pour chaque patient dans les comptes rendus initiaux et finaux. Notons également que nous n'avons pas filmé les patients, car l'enregistrement vidéo nous est apparu comme un facteur supplémentaire de stress chez nos patients pouvant nuire à la spontanéité du discours. Nous avons préféré l'enregistrement audio, plus discret et moins anxiogène. Dans un

souci d'objectivité, la grille d'observation a été remplie par deux examinateurs après observation et réécoute des entretiens.

1.1.2. Le protocole « Montréal d'Evaluation de la Communication » (MEC)

Cet instrument conçu par JOANETTE, SKA et COTE [76] en 2004 est voué à l'évaluation des habiletés communicationnelles des adultes cérébrolésés droits. Il étudie plus spécifiquement les dimensions prosodique, lexico-sémantique, discursive et pragmatique du langage. Les auteurs précisent toutefois que leur protocole peut aussi être appliqué à tout patient présentant un trouble acquis de la communication tel que les traumatisés crâniens, les aphasiques ou encore les sujets parkinsoniens.

Parmi les tâches du protocole MEC évaluant les aspects pragmatiques du langage, nous avons sélectionné les épreuves d'interprétation de métaphores et d'idiomes, ainsi que d'interprétation d'actes de langage indirects. Nous présentons de façon détaillée ces deux sous-tests en Annexe VII.

Le patient doit d'abord expliquer ces énoncés, puis un choix de réponse lui est fourni automatiquement, afin de confirmer sa compréhension des différents items, de tester sa résistance aux interférences et de souligner ses éventuelles persévérations. Cette analyse apporte des éléments importants qui peuvent expliquer en partie les difficultés de ces sujets en situation de communication. Par ailleurs, nous précisons que les subtests du protocole MEC étaient proposés après la conversation, afin de jouer sur la fatigabilité des patients et de diminuer ainsi le risque d'un éventuel effet d'apprentissage entre les deux tests.

Pour compléter notre évaluation des compétences pragmatiques, nous avons sélectionné ces deux épreuves, car ce sont les rares à appréhender les altérations de la compréhension des énoncés non littéraux et implicites requérant une inférence. De plus, ce protocole est étalonné de 30 à 85 ans, ce qui permet de situer le patient par rapport à une population témoin et de mettre en évidence un trouble réceptif de la pragmatique. Sa passation est relativement rapide et sa cotation est aisée.

1.2. Protocole d'évaluation

L'examen des habiletés pragmatiques a eu lieu au début et à la fin de notre intervention (début octobre et fin janvier). Il concerne les aspects productifs et réceptifs du langage en contexte, testés à l'aide des deux protocoles présentés précédemment.

A ces épreuves, nous avons ajouté une observation des comportements de communication des patients en dehors de la situation du bilan (en atelier de groupe, lors d'échanges informels avec un membre de l'équipe UEROS ou avec un autre stagiaire...). Il nous a semblé intéressant d'apporter ces éléments cliniques à notre étude, car nous avons noté que certaines inaptitudes pragmatiques ne sont pas apparues lors des épreuves, bien qu'elles soient visibles en dehors de la situation d'évaluation.

Lors du bilan final, nous avons également questionné les patients sur leurs impressions vis-à-vis de leurs troubles, ainsi que les membres de l'équipe sur les éventuelles modifications de la communication remarquées chez eux.

Après l'évaluation initiale des compétences pragmatiques de Monsieur C. et Monsieur P., nous leur avons exposé les résultats obtenus et les difficultés rencontrées. L'intervention, les supports, les modalités (enregistrement des séances, durée, rythme) et les objectifs visés leur ont été présentés, afin d'obtenir leur accord à la participation à notre prise en charge.

2. La rééducation

2.1. Matériel utilisé

Notre protocole de prise en charge se base sur 5 jeux de société, sélectionnés pour leur action sur les processus de ToM qui sont fortement liés aux habiletés pragmatiques. Comme nous l'avons déjà abordé, les aptitudes sociocognitives sont nécessaires à la qualité de la communication. La production d'un message adapté à l'interlocuteur et la compréhension d'énoncés non littéraux demandent de tenir compte des savoirs et des pensées d'autrui, ainsi que de considérer ses indices linguistiques et extralinguistiques. Tous les jeux choisis nécessitent donc l'attribution d'intentions et de connaissances à autrui.

Les jeux proposés sont les suivants :

- Le Puissance 4[®] [77] ;
- Les Dames[®] [75] ;
- Unanimo[®] [80] ;
- Le Taboo[®] [78] ;
- Le Time's up Family[®] [79].

Ces supports ludiques font partie des « games » d'après la classification d'AIMARD (citée par COQUET [8]), puisqu'ils sont régis par des règles auxquelles chacun des participants doit se soumettre. Certains ont recours aux échanges verbaux et nécessitent donc le respect des règles conversationnelles (Taboo[®] et Time's up Family[®]), d'autres sont plus axés sur la réflexion et l'anticipation des intentions du second joueur (Puissance 4[®], Dames[®], Unanimo[®]), mais ils permettraient tous d'exercer les compétences pragmatiques.

Même si tous les jeux ne sollicitent pas uniformément le recours au langage, il n'empêche que chacun d'eux constitue un point de départ à la communication. En effet, les patients doivent rappeler les règles du jeu en début de séance, ce qui requiert l'apport d'informations claires, concises et pertinentes. D'autre part, la fin de jeu est souvent le moment d'échanges sur la partie effectuée. Les discours parallèles assurent aussi des échanges verbaux riches. Toutes ces interactions avec les patients constituent des situations de communication à part entière, que nous analyserons également.

Nous avons essayé de trouver un équilibre dans le nombre de jeux proposés, c'est-à-dire ne pas en proposer trop, afin de renforcer les stratégies acquises par la répétition, tout en variant les supports, pour éviter la monotonie. Ainsi, nous suggérons des jeux verbaux (Taboo® et Time's up Family®) et non verbaux (Puissance 4®, Dames®, Unanimo®), des jeux à l'oral et à l'écrit (Unanimo®), des jeux de compétition (Puissance 4®, Dames®) et coopératifs (Unanimo®, Taboo® et Time's up Family®).

Le matériel ludique choisi auprès de patients adultes se doit de respecter leur âge, c'est-à-dire ne pas être trop infantilisant. Nous avons donc privilégié des jeux qui sont aussi bien adaptés aux enfants qu'à leurs aînés. Pour gommer les connotations infantilisantes du jeu, nous leur rappelons à chaque séance les objectifs et intérêts de ce matériel dans l'entraînement de leurs troubles. Notons que les patients que nous avons suivis apprécient les jeux de société et n'ont montré aucune résistance face à ces supports.

Nous allons présenter chacun des jeux, en expliquant leur but ainsi que les compétences requises pour y participer. Nous ajoutons également les interférences propres à chaque support. En effet, les jeux de société ne sont pas spécifiquement adaptés à la rééducation de patients cérébrolésés et peuvent contenir des facteurs de distraction. Les patients doivent alors jouer tout en inhibant ces facteurs. Cette situation de double tâche peut les mettre en difficulté. Il convient donc de souligner les interférences, d'en tenir compte dans nos observations et d'ajuster nos aides, notamment par la verbalisation des difficultés propres à chaque jeu. L'orthophoniste doit adapter ces outils ludiques à la prise en charge afin d'en atténuer l'éventuel effet distracteur et favoriser la réussite du patient.

2.1.1. Puissance 4®

But du jeu : être le premier à aligner 4 pions de sa couleur, horizontalement, verticalement ou en diagonale.

Domaines exercés :

- Alternance du tour de jeu (en lien avec l'alternance du tour de parole) ;
- Maîtrise de la logorrhée (jeu non verbal) ;
- Prise en compte de la stratégie et des intentions de l'autre joueur (requiert les processus de ToM) ;
- Adaptation de sa stratégie à celle de l'autre joueur (en corrélation avec l'adéquation du discours et du comportement à son interlocuteur) ;
- Exercice de l'attention, de la planification, de l'inhibition, de la mise à jour, de la flexibilité mentale et de la mémoire de travail (intervenant également dans la communication).

Interférence : attention focalisée sur son propre jeu (perturbe la prise en compte des stratégies d'autrui).

2.1.2. Dames[®]

But du jeu : éliminer progressivement du damier tous les pions de son adversaire.

Domaines exercés : idem que pour le Puissance 4[®].

Interférence : attention focalisée sur son propre jeu (perturbe la prise en compte des stratégies d'autrui).

Nous avons décidé de réunir les deux jeux précédents lors d'une même séance, car ils entraînent les mêmes compétences, et la durée de leurs parties est assez courte.

2.1.3. Unanimo[®]

But du jeu : chaque joueur doit écrire 8 mots qui lui viennent à l'esprit à partir d'une image, l'objectif étant d'avoir le maximum de pensées communes avec les autres joueurs.

Adaptation de la règle : ce jeu se pratique normalement à trois joueurs minimum. Un système de points assure la victoire à celui qui aura le plus de mots en commun avec les autres participants. Nous avons modifié les règles, en précisant au patient que le but n'est pas de l'emporter face à l'autre, mais de jouer ensemble, comme dans un jeu coopératif. Après avoir évoqué 8 mots à partir d'une image, les deux joueurs comparent leurs productions et s'accordent un point pour chaque mot identique. Le but est d'obtenir le plus de points possible à chaque manche.

Domaines exercés :

- Initiative (écrite par la sélection de 8 termes différents, et orale par la confrontation des mots) ;
- Adaptation des choix lexicaux au contexte (à l'image, au partenaire, à la situation de jeu) ;
- Sélection d'un champ sémantique (en lien avec la sélection d'un thème) ;
- Maintien du thème et gestion des digressions (se concentrer sur l'illustration) ;
- Changement de champ sémantique quand le précédent est épuisé, contention des persévérations, souplesse mentale (à relier à la capacité à changer de thème dans le discours) ;
- Maîtrise de la logorrhée (jeu majoritairement non verbal et écrit) ;
- Concision (un seul mot à fournir) ;
- Prise en compte de la pensée de l'autre joueur pour tenter de trouver des mots identiques aux siens (implique la ToM) ;
- Entraînement de l'attention, de la mémoire sémantique, de la flexibilité mentale, de l'inhibition et de l'évocation (nécessaires à la qualité de la communication).

Interférences :

- Evocation de mots en fonction de la pensée du partenaire (cette situation limite l'évocation et nécessite un effort cognitif supplémentaire) ;
- Respect des interdits (le jeu place le patient en situation de double tâche, car il doit se concentrer sur son évocation tout en respectant les interdits) ;
- Dessin (cette distraction peut restreindre l'évocation, car le patient peut avoir des difficultés à se détacher du support imagé et à citer des mots dans des catégories sémantiques plus vastes).

2.1.4. Taboo[®]

But du jeu : deviner et faire deviner le plus de mots possible à ses coéquipiers sans utiliser certains mots interdits en un temps limité.

Adaptation de la règle : le Taboo[®] se joue normalement à partir de 4 personnes, avec 2 équipes qui s'affrontent pour se faire deviner un maximum de mots. Dans notre prise en charge, le patient et l'expérimentatrice forment une seule et même équipe. Ils doivent se faire deviner l'un à l'autre le plus de mots possible sans prononcer les termes tabous en un temps donné. Nous alternons donc la position d'émetteur (faire deviner un mot à son partenaire) et de récepteur (trouver le mot qu'essaye de nous faire deviner l'autre). Pour ne pas placer les patients en situation d'échec, nous allongeons le temps imparti en proposant deux durées de sablier. A chaque tour de jeu, nous comptons le nombre de mots trouvés, l'objectif étant de dépasser le score total d'une manche à l'autre.

Domaines exercés :

- Initiation verbale ;
- Maintien d'un thème et gestion des digressions (concentration sur le mot cible)
- Respect du tour de parole ;
- Feed-back verbaux et/ou non verbaux envers l'interlocuteur ;
- Concision (mots à faire deviner en un temps limité) ;
- Introduction de nouvelles informations (en lien avec la progression du discours et l'apport d'un nouveau sujet à la discussion) ;
- Informativité (apport d'indices pertinents et recherche de stratégies palliatives pour améliorer ce déficit d'informativité) ;
- Sélection d'un champ sémantique pour faire deviner un mot d'après l'un de ses sens (en lien avec la sélection d'un sujet dans l'interaction verbale) ;
- Changement de champ sémantique afin de contourner les mots tabous, souplesse mentale et contention des persévérations (en lien avec les changements de thème dans le discours) ;
- Appréhension des divers sens d'un mot selon les individus (à relier à la diversité des points de vue et à la ToM) ;
- Prise en compte du discours, des pensées et des intentions du partenaire de jeu pour deviner le mot cible (position de récepteur) ou faire trouver un mot à autrui (position d'émetteur) (à corréler à la ToM) ;

- Apport d'indices adaptés à l'interlocuteur et au contexte (en lien avec la ToM) ;
- Exercice de l'attention, de la planification, de la mémoire sémantique, de la flexibilité mentale, de l'inhibition, de la mise à jour et de l'évocation (fonctions requises dans la communication).

Interférences :

- Présentation des mots interdits sur la carte (cet élément perturbe l'évocation et l'idéation et impose un effort cognitif supplémentaire) ;
- Respect des interdits (le jeu place le patient en situation de double tâche, car il doit se concentrer sur l'élaboration de ses indices tout en respectant les interdits).

2.1.5. Time's up Family[®]

But du jeu : deviner et faire deviner un nombre prédéfini de mots (objets, animaux et professions) en un temps de sablier et de trois façons différentes. Lors d'une première manche, les joueurs se font deviner ces mots en parlant librement. Puis à la manche suivante, ils reprennent les mêmes cartes, les mélangent et ne peuvent fournir qu'un seul terme. Enfin, la troisième manche se déroule en mimant, en fredonnant ou en faisant des bruitages.

Adaptation de la règle : ce jeu est normalement adapté à un minimum de 4 joueurs. Nous formons une équipe patient-thérapeute, où chacun prendra alternativement le rôle de l'émetteur et du récepteur. L'objectif reste toujours le même, à savoir faire deviner un certain nombre de mots à son partenaire. A chaque séance de Time's up Family[®] est fixé un nombre croissant de cartes-mot (1^{ère} séance : 20 cartes, 2^{ème} séance : 30 cartes, 3^{ème} séance : 40 cartes), afin d'augmenter progressivement la difficulté. La durée d'un tour de jeu est également allongée à deux temps de sablier pour permettre au patient de mettre en place des stratégies adaptées.

Domaines exercés :

- Initiation verbale ;
- Concision et informativité (apport d'indices courts, pertinents et fournissant un maximum de sens aux manches 1 et 2) ;
- Maîtrise de la logorrhée (fournir un seul mot à la manche 2, interdiction de parler à la manche 3) ;
- Respect du tour de parole ;
- Feed-back verbaux et/ou non verbaux envers l'interlocuteur ;
- Maintien d'un thème et gestion des digressions (concentration sur le mot cible) ;
- Introduction de nouveaux indices (en lien avec la progression du discours et l'apport d'un nouveau sujet à la discussion) ;
- Sélection d'un champ sémantique pour faire deviner un mot d'après l'un de ses sens (en lien avec la sélection d'un sujet dans l'interaction verbale) ;
- Appréhension des divers sens d'un mot selon les individus (à relier à la diversité des points de vue et à la ToM) ;

- Prise en compte du discours, des pensées et des intentions du partenaire de jeu pour deviner le mot cible (position de récepteur) ou faire trouver un mot à autrui (position d'émetteur) (à corréliser à la ToM) ;
- Apport d'indices adaptés à l'interlocuteur et au contexte (en lien avec la ToM) ;
- Modalités non verbales (travail de la mimogestualité et de la prosodie) ;
- Exercice de l'attention, de la mémoire à long terme, de la mémoire sémantique, de l'inhibition, de la planification, de la flexibilité mentale et de l'évocation (capacités cognitives indispensables dans toute conversation).

Interférences : le jeu place le patient en situation de double tâche, car il doit se concentrer sur son idéation et son évocation tout en respectant les interdits.

2.2. Protocole de rééducation

La phase de rééducation s'est déroulée sur 3 mois, de mi-octobre 2013 à mi-janvier 2014. Nous avons proposé aux deux patients une prise en charge individuelle à raison d'une séance de 45 minutes par semaine, soit 12 séances. A ces interventions duelles, nous avons ajouté 2 séances de groupe, soit 14 séances au total pour chaque sujet.

Notre intervention s'est articulée autour des 5 jeux présentés ci-dessus, que nous avons sélectionnés d'après une caractéristique commune : l'implication de la théorie de l'esprit. En effet, parmi la multitude de jeux de société existants, tous ne requièrent pas obligatoirement la faculté d'attribution d'états mentaux à autrui, ou bien très faiblement. Nous avons donc choisi des supports qui nécessitent fortement l'intervention de la ToM. Certains jeux de société sélectionnés sont verbaux, stimulant la communication verbale, et d'autres sont non verbaux, exerçant de façon moindre la communication, mais ciblant l'anticipation des intentions d'autrui et les fonctions cognitives sous-jacentes à toute interaction. Nous avons également le souci de ne pas présenter un trop grand nombre de jeux, pour que les patients se souviennent des stratégies et des comportements adaptés, qu'ils se les approprient et les appliquent d'une séance à l'autre. C'est cette éventuelle capacité à réutiliser des stratégies et des comportements adaptés que nous cherchons à mettre en évidence dans l'évaluation dynamique des compétences pragmatiques au fur et à mesure de la progression du protocole.

Lors des séances individuelles, nous avons mis en place un roulement de 5 jeux sur 4 séances de la manière suivante :

- séance n°1 = Puissance 4[®] et Dames[®]
- séance n°2 = Unanimo[®]
- séance n°3 = Taboo[®]
- séance n°4 = Time's up Family[®]

Chaque jeu est donc présenté une fois par mois à chaque patient, et au total trois fois au cours de la prise en charge individuelle. Cette exposition équitable des jeux assure une participation identique de chacun d'eux à l'exercice des compétences pragmatiques.

Les séances se déroulaient ainsi :

- rappel des règles du jeu et des domaines exercés
- utilisation du jeu
- synthèse (sentiments du patient, observations de l'expérimentatrice)

Il convient de souligner que certaines règles de jeux ont dû être adaptées à la situation duelle de la prise en charge, car ils requièrent habituellement la participation de 3 ou 4 joueurs minimum. Nous avons essayé de les modifier en conservant l'aspect ludique de ces supports. Chaque séance a fait l'objet d'un enregistrement audio, avec l'accord des patients. L'écoute différée a permis une restitution détaillée des paramètres pragmatiques relevés et des principaux éléments de la séance, à l'aide d'un tableau d'observation (Annexe I). Il résume les objectifs de la séance, les stratégies et comportements du patient, les aides explicites ou implicites apportées par l'expérimentatrice et les réactions engendrées chez lui. Cette méthode nous permet de tenir compte d'un maximum de comportements de communication afin d'évaluer ensuite leur éventuelle progression. De plus, elle met en évidence l'adaptation des jeux à la rééducation orthophonique que nous avons effectuée, et elle souligne l'importance du travail de l'orthophoniste dans la prise en charge de ces troubles.

Les ateliers de groupe ont pour double objectif de placer les patients en situation plus écologique, car ils sont en interaction avec d'autres stagiaires de l'UEROS, ainsi que de permettre une généralisation des acquis effectués en séance individuelle. Ils sont mis en place par l'orthophoniste du centre, ainsi que nous-mêmes. Nous intervenons peu lors du groupe, afin de permettre aux patients suivis d'expérimenter leurs habiletés ou inaptitudes, et de mettre en place ou non les stratégies utilisées en séance. Nous nous concentrons davantage sur la gestion de la situation groupale et l'observation des comportements des deux patients. Les groupes étaient de taille variable, 8 stagiaires pour le premier atelier et 12 pour le second. Les séances duraient deux heures et se composaient de plusieurs étapes : lecture des règles du jeu et complétion d'un questionnaire, mise en commun des réponses et explications des règles à l'oral, précision des compétences exercées, jeu, bilan de l'expérience (impressions, échanges...). La présentation du questionnaire (Annexe II) a pour but de permettre aux autres stagiaires de s'impliquer dans la compréhension des règles et de les rendre actifs dans la recherche d'informations. Pour les deux patients que nous suivons, ce questionnaire implique la sélection des informations pertinentes, la cohérence ainsi que la concision. Nous avons sélectionné le même jeu, le Taboo®, pour les deux ateliers de groupe, car il s'est avéré être le plus simple et rapide à prendre en main par tous les membres du groupe présentant chacun des troubles hétérogènes.

Chapitre III
PRESENTATION DE LA PRISE EN
CHARGE

I. Patient B.C.

1. Bilan initial

La première évaluation des aptitudes pragmatiques de Monsieur C. a été réalisée le 07.10.2013. Le contenu détaillé du bilan avec les résultats obtenus aux différentes épreuves ainsi que les comportements observés en situation écologique est présenté en Annexe VIII. La grille issue du Protocole Pragmatique de PRUTTING et KIRCHNER se trouve en Annexe IX, et le corpus de la conversation en Annexe X. Dans un souci de concision, nous exposons ici les altérations communicatives repérées au terme du bilan.

Nous avons décelé plusieurs troubles des compétences pragmatiques en communication chez Monsieur C, dont voici les éléments essentiels.

En compréhension :

- Compréhension des métaphores légèrement altérée ;
- Quelques difficultés dans la compréhension des actes de langage indirects et de l'implicite.

En expression :

- Peu de variations prosodiques, expression faciale figée ;
- Très faible initiation verbale ;
- Manque d'ajouts d'informations nouvelles ;
- Progression du discours limitée ;
- Quantité de message trop faible, expression réduite ;
- Faiblesse de l'informativité (à relier à la théorie de l'esprit ou à la focalisation sur un champ sémantique) ;
- Peu de feed-back envers l'interlocuteur ;
- Choix lexicaux inadaptés (imprécisions lexicales, formules familières) ;
- Répétition d'informations inutiles ;
- Peu de variété dans le style de communication (peu d'interjections, insuffisance d'utilisation des modalités non verbales et paralinguistiques, syntaxe peu diversifiée) ;
- Actes de langage limités (beaucoup d'assertions, mais peu de commentaires et absence de requête) ;
- Manque d'introduction d'un nouveau sujet au discours ;
- Difficulté dans le changement de thème ;
- Temps de pause trop brefs, interruption et chevauchement de la parole (liés à son impulsivité).

Les altérations se situent donc surtout sur le versant expressif, avec une inhibition verbale et non verbale, un manque d'informativité, une mauvaise gestion des tours de parole et un apport insuffisant d'idées nouvelles au discours.

2. Rééducation orthophonique

2.1. Intérêts des jeux adaptés à la rééducation

Pour chacun des éléments pragmatiques perturbés chez Monsieur C., nous avons établi les intérêts que pourraient présenter les jeux.

2.1.1. Inadaptation de la prosodie et des expressions faciales

Puissance 4[®] et Dames[®] : Situation de jeu induisant l'expressivité des émotions au niveau vocal et de la mimique (joie si le patient gagne ou déception s'il perd).

Unanimo[®] : Idem.

Taboo[®] : Interaction verbale impliquant les modulations prosodiques et la mimique (joie, déception...).

Time's up Family[®] : Utilisation du mime, des expressions faciales, des bruitages, de la prosodie (manche 3).

2.1.2. Faible initiation verbale - Expression réduite

Puissance 4[®] et Dames[®] : Initiation de stratégies et d'actions.

Unanimo[®] : Initiative écrite (sélection de 8 mots) et orale (mise en commun des mots).

Taboo[®] : Participation verbale nécessaire (deviner et faire deviner).

Time's up Family[®] : Idem (manches 1 et 2).

2.1.3. Manque d'apport d'informations nouvelles - Progression du discours restreinte

Puissance 4[®] et Dames[®] : Planification de stratégies variées en fonction de celles mises en place par l'adversaire.

Unanimo[®] : Evocation de 8 mots différents.

Taboo[®] : Elaboration de multiples indices - Introduction de nouvelles informations quand le partenaire ne trouve pas.

Time's up Family[®] : Idem.

2.1.4. Manque d'informativité

Puissance 4[®] et Dames[®] : Explication des règles de façon claire et concise - Prise en compte des intentions de l'adversaire et adaptation de sa stratégie en conséquence (ToM).

Unanimo[®] : Explication des règles de façon claire et concise - Adaptation des mots à autrui - Appréhension des divers sens des mots selon chaque individu (polysémie et ToM).

Taboo[®] : Explication des règles de façon claire et concise - Sélection d'indices courts et pertinents, apportant un maximum de sens - Polysémie et ToM.

Time's up Family[®] : Idem.

2.1.5. Feed-back insuffisant

Taboo[®] : Production de rétro-informations verbales et non verbales sur les indices d'autrui.

Time's up Family[®] : Idem.

2.1.6. Inadaptation des choix lexicaux

Puissance 4[®] et Dames[®] : Adaptation de sa stratégie aux intentions de l'adversaire (ToM).

Unanimo[®] : Evocation de 8 termes en adéquation avec la pensée d'autrui et la situation de jeu.

Taboo[®] : Emission de mots précis et pertinents, adaptés au partenaire et au contexte de jeu.

Time's up Family[®] : Idem.

2.1.7. Répétitions inutiles

Puissance 4[®] et Dames[®] : Mise en place de stratégies diversifiées - Inhibition des persévérations.

Unanimo[®] : Choix de 8 mots distincts.

Taboo[®] : Concision (indices courts) - Introduction de nouvelles informations.

Time's up Family[®] : Idem.

2.1.8. Style communicatif peu diversifié - Pauvreté des actes de langage

Puissance 4[®] et Dames[®] : Production de commentaires et d'interjections parallèlement au jeu.

Unanimo[®] : Idem.

Taboo[®] : Recours à diverses formes syntaxiques, aux formules de politesse, aux interjections, aux requêtes et commentaires.

Time's up Family[®] : Idem.

2.1.9. Manque d'introduction de nouveaux sujets

Puissance 4[®] et Dames[®] : Elaboration de stratégies nouvelles à chaque tour de jeu.

Unanimo[®] : Sélection de 8 mots différents - Choix d'un champ sémantique.

Taboo[®] : Introduction d'indices variés - Choix d'un champ sémantique.

Time's up Family[®] : Idem.

2.1.10. Difficulté dans le changement de thème

Puissance 4[®] et Dames[®] : Adaptation régulière des stratégies - Limitation des persévérations - Flexibilité mentale.

Unanimo[®] : Changement de champ sémantique - Contention des persévérations - Flexibilité mentale.

Taboo[®] : Changement de champ sémantique - Ajout d'informations lorsque le partenaire ne trouve pas.

Time's up Family[®] : Ajout d'informations lorsque le partenaire ne trouve pas.

2.1.11. Interruptions et chevauchements

Puissance 4[®] et Dames[®] : Tour de jeu (relié au tour de parole).

Unanimo[®] : Tour de parole et écoute (lors de la mise en commun des mots).

Taboo[®] : Tour de jeu - Ecoute et respect des indices fournis par le partenaire.

Time's up Family[®] : Idem.

2.1.12. Difficulté de compréhension de l'implicite et des énoncés non littéraux

Puissance 4[®] et Dames[®] : Anticipation des intentions sous-jacentes de l'adversaire (ToM).

Unanimo[®] : Interprétation des savoirs, pensées et intentions de son partenaire (ToM).

Taboo[®] : Compréhension des messages sous-entendus par son partenaire - Interprétation des pensées d'autrui (ToM).

Time's up Family[®] : Idem.

2.2. Séances individuelles

Dans une perspective d'objectivation des éventuels impacts de notre intervention sur les compétences pragmatiques, nous avons regroupé les séances en fonction des jeux proposés aux patients. Cette démarche nous permet de mettre en évidence les principaux comportements observés et leur évolution au cours de la prise en charge. A partir des grilles d'observation des séances, nous exposons de façon synthétique les principaux comportements inadéquats repérés. Notre objectif est d'étudier si l'action orthophonique à travers les jeux retentira sur ces stratégies inadaptées.

2.2.1. Séances Puissance 4[®] et Dames[®]

Au cours des trois séances de Puissance 4[®] et de Dames[®], nous avons observé certains comportements adéquats. D'une part, Monsieur C. est attentif et concentré. Nous ne notons pas d'impulsivité dans sa façon de jouer, il est calme et réfléchi. Il respecte l'alternance du tour de jeu.

Cependant, nous relevons certaines attitudes communicatives inadaptées chez le patient :

- Faible informativité lors de l'explication des règles ;
- Initiation verbale restreinte, discours parallèle très réduit ;
- Interruptions de parole ;
- Manque de prise en compte des intentions de l'expérimentatrice, focalisation et persévérations sur sa stratégie (en lien avec l'apport d'informations nouvelles, l'informativité et l'adaptation des choix lexicaux ; interférence intrinsèque au jeu).

a. Informativité

- Séance n°1

Comportement du patient : il omet de mentionner certains éléments de la règle des Dames[®] (déplacements des pions et des dames), bien qu'il admette très bien connaître ce jeu, puisqu'il y jouait régulièrement en famille et entre amis.

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous lui faisons prendre conscience de ces oublis et de l'importance de ces éléments de la règle du jeu.

Réaction du patient : il justifie cet oubli par une réaction égocentrique (« Ah oui, mais moi je savais »), ce qui dénoterait un manque d'attributions d'intentions à autrui (ToM).

- Séance n°5

Comportement du patient : il est plus précis et informatif lors de l'explication des règles du jeu. Il n'oublie aucun élément de la règle.

- Séance n°9

Comportement du patient : Monsieur C. est toujours aussi concis et informatif dans le rappel des éléments de la règle du jeu.

b. Anticipation des intentions d'autrui

- Séance n°1

Comportement du patient : au Puissance 4[®], Monsieur C. est focalisé sur ses stratégies et sur sa construction de jeu, mais ne prête pas attention aux nôtres, ce qui l'amène constamment à échouer. Il ne tente pas d'interpréter nos intentions, ni d'adapter sa stratégie en conséquence. Toutefois, il est très performant aux Dames[®], car l'entraînement à ce jeu lui a certainement permis d'intégrer des stratégies qu'il peut réactiver de manière inconsciente. Le Puissance 4[®] lui demande un effort cognitif beaucoup plus conscient et important.

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous lui expliquons qu'il faut qu'il veille à construire son jeu, mais sans oublier d'être attentif à la stratégie de l'autre. Il faut qu'il s'attache à se questionner sur nos intentions, comme il le fait aux Dames[®]. Nous lui conseillons également d'avoir une vision plus globale du jeu et de ne pas observer uniquement ses jetons, mais aussi les nôtres.

Réaction du patient : il ne réagit pas à ces conseils et semble ne pas en tenir compte.

- Séance n°5

Comportement du patient : il rencontre les mêmes difficultés au Puissance 4[®] pour anticiper les intentions d'autrui qu'à la première séance. Monsieur C. persévère dans sa stratégie sans réussir à repérer la nôtre et à adapter la sienne en conséquence. Il rencontre des difficultés pour tenir compte à la fois de ses coups et des nôtres, ce que l'on pourrait relier à son déficit d'attention divisée.

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous lui faisons prendre conscience de ses difficultés d'anticipation et d'adaptation aux pensées de l'autre au Puissance 4[®], et nous lui demandons d'être aussi vigilant à nos stratégies dans ce jeu qu'aux Dames[®]. Nous expliquons parallèlement à son jeu les stratégies mises en place et les raisons de ces choix, afin de montrer au patient l'intérêt de se questionner sur les intentions de l'adversaire, et l'entraîner implicitement dans cette technique.

Réaction du patient : il affirme avoir pris conscience de ses difficultés à anticiper nos pensées et intentions. Il tente d'y parvenir, car il verbalise ses actions en s'interrogeant sur nos propres stratégies. Il s'aide donc des techniques fournies et semble plus attentif à l'interprétation des intentions d'autrui.

- Séance n°9

Comportement du patient : l'anticipation de nos stratégies reste un peu difficile au Puissance 4[®], mais le patient persévère moins qu'aux séances précédentes. Il prend davantage en compte nos intentions et se sert spontanément de l'aide de verbalisation de sa tactique. Il ralentit également son rythme de jeu, de manière à pouvoir mieux anticiper nos intentions et actions, et avoir une vision plus globale du jeu.

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous félicitons Monsieur C. pour la prise de conscience de ses difficultés d'anticipation des intentions d'autrui et son utilisation de techniques palliatives. Nous verbalisons ses progrès dans l'attribution d'intentions à autrui et dans l'adaptation de ses comportements en conséquence. Nous faisons le lien avec la communication, dans laquelle il convient d'adapter son message à son interlocuteur. Nous l'encourageons également à ne pas hésiter à utiliser cette stratégie de ralentissement pour contrôler son impulsivité et prendre en compte les pensées d'autrui dans la vie quotidienne, afin de favoriser la généralisation des acquis.

Réaction du patient : Monsieur C. acquiesce et explique avoir remarqué qu'en ralentissant ses actes dans le jeu, il réussit davantage à repérer les intentions de l'autre. Toutefois, il ne fait pas le lien avec sa vie quotidienne.

c. Initiation verbale

- Séance n°1

Comportement du patient : il est très inhibé sur le plan verbal et ne cherche pas à établir le dialogue pendant le jeu. Cette inhibition pourrait être induite par les troubles du patient ou bien par le jeu (non verbal).

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous essayons de solliciter sa parole en lui posant des questions sur ses stratégies et en lui exposant les nôtres.

Réaction du patient : le patient répond brièvement à nos sollicitations et ne relance pas l'échange.

- Séance n°5

Comportement du patient : Monsieur C. semble plus dans l'interaction avec nous. Ses réactions verbales et non verbales sont plus nombreuses (mimiques de désapprobation, interjections, commentaires sur l'action entreprise).

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous continuons à favoriser les échanges verbaux et non verbaux, en réalisant des commentaires, en abordant des questions sur une stratégie, de manière à ce que le patient modélise inconsciemment ces productions.

Réaction du patient : il répond plus volontiers aux questions et apporte quelques informations à l'échange, sans sollicitation de notre part.

- Séance n°9

Comportement du patient : l'initiation verbale est correcte, il est moins inhibé et participe plus aux échanges. Il ajoute des informations pertinentes à la discussion et émet des requêtes (BC : « Alors, bientôt les vacances ? » / CM : « Oui, et pour vous aussi, vous allez partir avec votre fils non ? » / BC : « Oui c'est ça à Disney. J'espère qu'il va faire beau, ce serait dommage sinon. »). Ces comportements pourraient être liés à la familiarité qui s'instaure entre le patient et nous-mêmes, et qui influe sur les habiletés pragmatiques. Au niveau des interactions, son feed-back non verbal est meilleur ; il sourit davantage lors des échanges parallèles au jeu, les mimiques sont adaptées à la situation de jeu et sont plus marquées (mimique de déception en cas de perte, sourire en cas de gain, mimique de réflexion...).

d. Tours de parole

- Séance n°1

Comportement du patient : lors de la première séance de la prise en charge, nous notons qu'il interrompt et chevauche notre parole. Il se précipite pour achever nos phrases (C.M. : « Ce sont des jeux... » / B.C. : « ...faciles »), ce que nous pouvons relier à son impulsivité. Cependant, les tours de jeu sont respectés, il n'empiète pas sur les nôtres.

Aide apportée par l'expérimentatrice : dès que le patient nous interrompt, nous lui faisons remarquer ce comportement afin qu'il l'intègre et ne le réalise plus. Nous lui expliquons que ceci peut être gênant pour l'interlocuteur et peut perturber le cours de la conversation.

Réaction du patient : il ne réagit pas et semble ne pas prendre conscience de cette attitude inappropriée.

- Séance n°5

Comportement du patient : nous ne constatons plus d'interruption de parole. Il est probable que les précédentes séances basées sur les autres jeux aient eu une répercussion positive sur les tours de parole.

- Séance n°9

Comportement du patient : il semble avoir intégré le respect des tours de parole. Il ne nous interrompt plus et semble contrôler davantage son impulsivité en situation de communication.

2.2.2. Séances Unanimo[®]

Monsieur C. fait preuve d'un bon contrôle de son impulsivité et du respect des règles du jeu lors des trois séances d'Unanimo[®]. Il est concis dans ses réponses et lors de la mise en commun à l'oral.

Nous notons toutefois certaines difficultés en situation de jeu :

- Evocation écrite limitée et focalisation sur un champ sémantique (à relier à son manque d'informativité, à la pauvreté de son expression verbale, ainsi qu'à ses difficultés de sélection et de changement de thème dans le discours) ;
- Initiation verbale restreinte et faible apport d'informations ;
- Inadaptation des choix lexicaux à l'interlocuteur (à corrélérer à l'inadaptation de certains de ses messages à l'autre, à son manque d'informativité et à sa faible anticipation des pensées et savoirs d'autrui) ;
- Interruptions de parole.

a. Evocation écrite et polysémie

- Séance n°2

Comportement du patient : sa fluence est limitée, il ne parvient pas à évoquer 8 mots pour chaque image. Il reste focalisé sur un sens du mot et n'arrive pas à changer de catégorie sémantique. Par exemple, pour le mot « cœur », il a donné plusieurs mots concernant le cœur en tant qu'organe (« battement », « opération », « sang »), mais n'a pas approfondi l'aspect sentimental du mot (donne simplement « amour »).

Aide apportée par l'expérimentatrice : pour lui permettre d'améliorer la fluidité de son évocation, nous lui faisons prendre conscience de toutes les catégories sémantiques d'un mot. L'aide est d'abord explicite, en lui conseillant de bien penser à tous les sens que peuvent véhiculer les mots et de changer de point de vue par rapport à eux (nous pouvons voir un mot de manière concrète, puis plus abstraite). Puis nous lui fournissons une stratégie de façon plus implicite, en proposant dans notre propre liste de mots des évocations très variées. Par exemple pour « pompier » nous citons des termes descriptifs comme « feu, camion, échelle » et abstraits comme « courage, bravoure ».

Réaction du patient : son évocation est ensuite plus aisée, il reste moins focalisé sur une catégorie sémantique. Il se sert de nos stratégies en élargissant les champs sémantiques du mot. Par exemple, pour « journal », il pense au journal papier, mais aussi au journal télévisé, et au journal intime.

- Séance n°6

Comportement du patient : l'évocation des 8 mots est possible, mais les troubles subsistent, car nous observons un temps de latence. De plus, il reste parfois focalisé sur un thème et s'enferme dans l'image proposée. Par exemple, pour « château », accompagné d'un dessin d'un château-fort, il reste dans le domaine du Moyen-âge (« roi », « bataille », « Moyen-Age ») et dans de la description (« rempart », « pont-levis », « tour »). Nous notons également une bonne conscience de ses difficultés de fluence, qu'il exprime durant le jeu (« Là j'ai vraiment du mal à trouver d'autres mots que vous pouvez donner vous aussi. C'est comme dans le test où il fallait donner le plus de mots commençant par la lettre p, à un moment j'étais complètement bloqué. »).

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous entraînons le patient de façon implicite à prendre de la distance par rapport à l'image et à faire plus de liens entre les différentes catégories sémantiques. Nous évoquons des mots qui vont étendre la perception sémantique que le patient a du mot cible. Par exemple, pour « château », nous donnons des mots en lien avec le Moyen-Age, mais également des mots qui donnent une vision différente tels que « sable », « cartes », « contes ». Nous soulignons également la possibilité de donner des noms, mais aussi des adjectifs ou des verbes. Nous lui expliquons qu'il doit prendre conscience que, pour ses interlocuteurs, un mot peut véhiculer des sens différents. S'il est focalisé sur un seul champ sémantique, son interlocuteur ne comprendra pas son message, ou bien lui-même ne comprendra pas ce que l'autre veut lui transmettre.

Réaction du patient : son évocation est plus souple et fluide, et il arrive à se détacher du support imagé pour évoquer dans des catégories sémantiques diversifiées. Par exemple, le mot « sirène » était accompagné de l'image d'une sirène (femme-poisson). Le patient a évoqué à la fois la sirène comme un mythe (« légende », « mer »), mais aussi comme un avertisseur sonore (« alarme », « pompiers »). Sa vision du mot est plus globale (pour « avion », il donne « pilote », « billet », « voyages », mais aussi « Blériot »).

- Séance n°10

Comportement du patient : l'évocation manque encore un peu de fluidité. Il lui arrive à une reprise de ne pas trouver les 8 mots, mais il y parvient pour les autres cartes avec une certaine lenteur. Cependant, nous ne notons pas de focalisation sur un champ sémantique. Il arrive à percevoir un mot sous ses différents aspects. Par exemple, pour « Grèce », il parle de la Grèce Antique, « mythologie », « Dieux », mais aussi de la Grèce actuelle « faillite » ou « manifestation ».

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous n'intervenons pas lorsqu'il rencontre des difficultés, mais nous lui laissons un temps de réflexion plus long pour qu'il parvienne seul à trouver d'autres mots. L'objectif est de diminuer les aides apportées, afin de voir s'il est capable de se servir des conseils apportés aux séances précédentes.

Réaction du patient : en lui laissant ce temps de réflexion supplémentaire, il réussit à trouver des mots complémentaires. Il arrive à élargir sa vision du mot, et ne reste pas focalisé sur certains de ses aspects. Nous notons qu'il peut se servir des aides fournies et reprendre les stratégies utilisées précédemment.

b. Initiation verbale et apport d'informations

- Séance n°2

Comportement du patient : son discours est assez réduit, il n'initie pas l'échange et n'apporte pas d'informations nouvelles. Il se contente d'intervenir verbalement lors de la mise en commun des mots, mais ne réalise aucun commentaire.

Aide apportée par l'expérimentatrice: pour stimuler l'expression du patient, nous introduisons des remarques et commentaires régulièrement dans le jeu. Lors de la mise en commun des réponses, nous interrogeons le patient sur ses choix, nous expliquons les nôtres et nous essayons d'ouvrir le dialogue sur d'autres sujets.

Réaction du patient : l'incitation verbale reste faible, mais il explicite toutefois quelques-uns de ses choix sans notre sollicitation.

- Séance n°6

Comportement du patient : il apporte davantage d'informations à la conversation. Son incitation verbale est meilleure. Il effectue plus de commentaires et partage ses impressions. L'interaction verbale est plus aisée.

- Séance n°10

Comportement du patient : le discours du patient est plus spontané au cours de la séance. L'initiation verbale est meilleure et il apporte plus d'informations sans notre sollicitation. Les remarques et commentaires qu'il effectue pendant le jeu sont plus nombreux et adaptés (sur l'image de Christophe Colomb, il partage sa réflexion « Je ne sais plus comment s'appelle son navire... »).

c. Adaptation des choix lexicaux à l'interlocuteur

- Séance n°2

Comportement du patient : il fournit des références trop personnelles, alors qu'il sait que la règle est d'avoir le plus de pensées communes avec l'autre joueur. Par exemple pour « cœur », il donne « pigeon », car les « cœurs de pigeon » sont les chocolats préférés de son fils. Pour « journal », il donne « café », car il boit souvent un café en lisant le journal. Ces mots sont inadaptés à l'interlocuteur qui ne peut pas comprendre le lien réalisé, ce qui crée une rupture de sens et un manque d'informativité. Cette attitude peut être liée à son manque d'anticipation des pensées d'autrui ou à sa difficulté à établir des liens entre les différents sens des mots.

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous lui signalons notre incompréhension dans le choix de certains de ses mots. Nous l'interrogeons sur la sélection de ces termes, et nous lui faisons prendre conscience que nous ne pouvons pas faire le même lien que lui, car nous ne partageons pas la même expérience. Nous lui rappelons l'objectif du jeu (partager des pensées communes avec son partenaire) et l'importance de prendre en compte les pensées des autres (dans le jeu mais aussi dans toutes les situations de communication pour éviter les ambiguïtés).

Réaction du patient : il produit encore une référence personnelle. Pour « pingouin », il donne « Madagascar » en référence à un dessin animé vu avec son fils dont l'un des personnages est un pingouin. Il semble ne pas avoir tenu compte de nos commentaires.

- Séance n°6

Comportement du patient : Monsieur C. ne réalise plus de références personnelles. Il semble avoir mieux compris qu'il doit se mettre à la place de son adversaire pour trouver des mots en commun avec lui.

- Séance n°10

Comportement du patient : nous ne remarquons plus de références personnelles, ses choix lexicaux sont davantage adaptés à son interlocuteur. Il est dans la démarche de se mettre à la place de l'autre pour trouver les mêmes mots que lui. Il exprime ce fait par des remarques telles que « Je voulais le mettre, mais je me suis dit que vous n'y penserez pas ». Ceci se traduit par un grand nombre de mots partagés lors de cette séance et plus d'idées communes (mot évoqué différent, mais pensée identique).

d. Tours de parole

- Séance n°2

Comportement du patient : il interrompt encore notre parole, notamment lors de l'explication des règles du jeu.

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous lui faisons constater son interruption de parole et nous lui rappelons de contrôler son impulsivité, comme il le fait dans le jeu (respect des tours de jeu, des règles).

Réaction du patient : lors de la suite de séance, il semble respecter davantage notre tour de parole.

- Séance n°6

Comportement du patient : Monsieur C. ne nous interrompt plus, que ce soit pendant l'explication des règles, la mise en commun des réponses ou le discours parallèle au jeu.

- Séance n°10

Comportement du patient : les tours de parole sont respectés, il nous écoute et semble moins impulsif dans la prise de parole.

2.2.3. Séances de Taboo®

Au cours des trois séances de Taboo®, le patient a fait preuve d'une bonne inhibition et du contrôle de son impulsivité. Il cite peu de mots interdits, et lorsque c'est le cas, il s'autocorrige immédiatement. Il est toujours aussi concis et fournit des indices courts. De plus, nous notons que Monsieur C. respecte les tours de parole, il n'interrompt plus son interlocuteur, contrairement aux séances n°1 et 2.

Nous relevons plusieurs comportements inadaptés lors de ce jeu :

- Initiation verbale laborieuse ;
- Manque d'apport d'informations nouvelles et persévérations ;
- Faible informativité et inadaptation de l'énoncé à l'interlocuteur ;
- Pauvreté du feed-back verbal et non verbal.

Précisons également que les deux dernières séances de Taboo[®] et de Time's up[®] ont été inversées afin de ne pas proposer le même jour un jeu identique en séance individuelle et en atelier de groupe. Ainsi, la dernière présentation du Taboo[®] a été réalisée à la séance n°12, non pas à la séance n°11.

a. Initiation verbale

- Séance n°3

Comportement du patient : en début de séance, il rencontre des difficultés à initier la parole, car il n'arrive pas à élaborer des indices afin de nous faire deviner le mot cible. La contrainte des mots interdits semble le freiner. Son temps de réflexion pour trouver une stratégie et parvenir à construire son message est long.

Aide apportée par l'expérimentatrice : pour aider le patient à initier la production des indices, nous lui proposons une stratégie implicite. Lors de notre tour de jeu, nous essayons de faire deviner d'abord les mots interdits, par un synonyme par exemple, puis nous nous en servons pour faire deviner au patient le mot tabou.

Réaction du patient : il s'appuie sur notre stratégie, car il a par la suite fait deviner les mots interdits pour faire trouver les mots tabous. Par exemple, pour « nœud », il propose « pour attacher un bateau au port, on l'attache avec une... » ce qui nous permet de trouver « corde », puis il continue « et avec ça, on fait un ... ». Ceci lui a permis de nous faire deviner plus d'indices et d'améliorer son initiation verbale.

- Séance n°7

Comportement du patient : il élabore plus aisément les indices, son temps de réflexion est moins long. Il arrive à contourner les mots interdits pour construire un indice afin de nous faire deviner le mot-cible. Par ailleurs, il initie davantage les échanges autour du jeu. Il demande des informations supplémentaires quand il en a besoin, comme des précisions concernant la règle du jeu. Lors du discours parallèle, nous constatons que le patient relance la conversation en ajoutant des informations, ce qu'il ne réalisait pas plusieurs semaines auparavant. Son style communicatif est plus varié, il émet des requêtes et semble davantage actif dans l'interaction verbale.

- Séance n°12

Comportement du patient : l'initiation verbale est adéquate. Il produit assez rapidement les indices en s'appuyant sur les stratégies fournies. Par ailleurs, lors des échanges, il relance la conversation en posant des questions et produit plusieurs remarques adaptées au sujet. Même si sa quantité de parole est un peu faible, ce qui est peut-être lié à sa personnalité, il est davantage actif et manifeste plus d'intérêt pour le locuteur dans l'échange. En fin de tour de jeu, il revient lui-même sur ses difficultés. Il essaye d'apporter des solutions et de trouver des indices supplémentaires pour contourner les interdits. Il demande aussi notre avis concernant la stratégie que nous aurions pu employer pour trouver les mots non devinés. Il prend donc plus d'initiatives et participe davantage aux échanges.

b. Apport de nouvelles informations

- Séance n°3

Comportement du patient : en position d'émetteur, Monsieur C. ne parvient pas à trouver des indices supplémentaires lorsque nous ne trouvons pas le mot cible à l'aide de son premier indice. Il a tendance à persévérer dans son explication initiale, sans arriver à apporter de nouvelles informations plus pertinentes. Nous pouvons relier cette difficulté à sa focalisation sur un champ sémantique et à faire des liens entre les divers sens d'un mot, ou bien à son manque de prise en compte des pensées et des intentions d'autrui.

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous reprenons avec lui notre stratégie pour changer d'indices. Nous lui expliquons que l'on peut aborder un autre sens du mot afin d'éviter de persévérer dans son explication. Par exemple, pour le mot « calme », nous lui montrons que nous pouvons le faire deviner de deux façons : « un enfant qui ne fait pas de bruit est... » ou « quand la mer ne bouge pas, elle est... ». Nous soulignons ainsi qu'un mot peut avoir différents sens, et que le sens que nous exploitons peut ne pas être celui auquel pense l'autre. Il convient donc d'apporter de nouveaux indices axés sur d'autres sens.

Réaction du patient : il continue à persévérer dans ses indices initiaux. Il peine à changer de stratégie et à élaborer un nouvel indice permettant à l'autre de trouver le mot cible.

- Séance n°7

Comportement du patient : Monsieur C. rencontre encore des difficultés pour trouver des indices différents du premier évoqué. Il arrive toutefois à donner des informations supplémentaires, mais celles-ci restent pauvres. Par exemple, pour « chauve », il propose d'abord « ça arrive aux hommes », puis « quand les hommes se rasent », sans préciser de quelle partie du corps il s'agit, ce qui aboutit à un message trop peu informatif.

Aide apportée par l'expérimentatrice : pour permettre au patient de trouver de nouveaux indices, nous utilisons dans notre jeu de nouvelles stratégies de manière implicite. Nous

avons recours au contexte inducteur (« Quand je veux ouvrir ma porte, je sors mon trousseau de ... ») et à l'évocation de synonymes du mot cible ou des mots tabous. Nous nous référons également à la vie personnelle du patient (par exemple pour « voyage » : « A Noël, vous allez partir avec votre fils à Paris, vous allez faire un ... »). Ceci a pour but d'encourager le patient à se mettre à la place de l'autre pour adapter ses indices à son partenaire. Nous reprenons également les cartes qui n'ont pas été devinées à chaque tour de jeu, afin que le patient se questionne sur les indices qui auraient été les plus pertinents.

Réaction du patient : il modélise ensuite les techniques que nous avons employées, ce qui lui permet d'apporter des informations supplémentaires. Il utilise le contexte inducteur, mais encore peu les synonymes. Monsieur C. se questionne aussi plus souvent sur les stratégies qu'il aurait pu mettre en place. Il n'attend plus que nous lui demandions ce qu'il aurait pu améliorer, et trouve lui-même des solutions. Nous constatons que le patient est davantage dans l'interprétation de nos états mentaux. Il nous demande à plusieurs reprises si nous aurions trouvé le mot cible à partir de tel indice.

- Séance n°12

Comportement du patient : il ne persévère plus et arrive à ajouter des informations pertinentes qui vont permettre de trouver le mot cible. Il se sert des stratégies données précédemment, comme le contexte inducteur ou les synonymes, et développe d'autres stratégies. Par exemple, pour « tomate », il propose « c'est un légume que l'on mange l'été », puis « elle est ronde, on peut la couper en rondelles ». En tant qu'émetteur il s'appuie sur les éléments apportés par l'autre pour ajouter une information adéquate (pour « pirogue », B.C. : « les tribus s'en servent pour aller sur l'eau », C.M. : « une barque », B.C. : « non c'est pointu », C.M. : « un... », B.C. : « non, une ... »). Les indices supplémentaires sont donc plus adaptés à son partenaire.

c. Informativité et adaptation de l'énoncé à l'interlocuteur

- Séance n°3

Comportement du patient : il effectue des commentaires personnels qui ne nous procurent pas d'informations. Par exemple, pour « araignée », il propose « c'est un animal que je ne n'aime pas du tout », pour « football », il indique « ça s'est un sport que je n'aime pas non plus ». Ces énoncés peuvent être un moyen de contourner leur difficulté à élaborer un indice pertinent. De plus, sa difficulté à élaborer un indice pertinent ou à en ajouter d'autres produit aussi un manque d'informativité du discours.

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous reprenons chacune de ces formules trop personnelles en lui mentionnant qu'elles ne nous ont pas fourni les éléments nécessaires pour trouver le mot cible. L'objectif est qu'il remarque le manque d'informativité de ces énoncés. Nous essayons également d'évoquer des références communes lors de notre tour de jeu, afin de favoriser sa prise en compte des pensées d'autrui. Par exemple pour « contrefaçon », nous donnons l'indice « on en vend beaucoup sur les marchés de San Remo ou Vintimille, sans en avoir le droit », car nous savons que le patient connaît ces villes.

Réaction du patient : il a pris conscience de ses deux commentaires égocentrés (B.C. : « Oui c'est vrai, vous ne pouviez pas savoir »). Aux tours de jeu suivants, il n'en réalise plus. Toutefois, il n'a pas repris notre idée de réaliser des références communes dans ses indices.

- Séance n°7

Comportement du patient : nous n'observons plus de commentaire personnel. Le patient est plus vigilant à la prise en compte de son interlocuteur, et sa pensée est moins égocentrique. Ses indices gagnent également en informativité ; il parvient à trouver des stratégies qui lui permettent de contourner les mots interdits et de formuler des indices pertinents et précis.

- Séance n°12

Comportement du patient : il ne produit plus de formules personnelles. De plus, ses indices sont davantage concis et informatifs. Par exemple, pour « arbitre », il propose « au football, c'est celui qui dirige le match, qui est sur le terrain et qui a un sifflet », ce qui est un indice court, complet et précis.

d. Feed-back verbal et non verbal

- Séance n°3

Comportement du patient : son feed-back est pauvre. Lorsqu'il est émetteur, il ne donne aucune information verbale ou non verbale sur l'exactitude ou non de nos réponses. Quand il est récepteur et qu'il ne parvient pas à trouver le mot-cible, il ne nous avertit pas non plus de son incompréhension. Il énumère des possibilités, mais sans nous questionner afin de préciser notre pensée.

Aide apportée par l'expérimentatrice : lorsqu'il est récepteur, nous demandons au patient de nous solliciter pour que nous précisions notre pensée en nous posant des questions. Nous lui faisons également remarquer qu'en tant qu'émetteur, il ne réagit jamais lorsque nous trouvons ou non le mot-cible (mimiques, interjections, etc.).

Réaction du patient : Monsieur C. n'a pas amélioré son feed-back. Il ne réalise pas de rétro-informations, qu'il soit émetteur ou récepteur. De plus, il ne s'est pas servi de notre stratégie qui est de poser des questions à son interlocuteur pour réussir à trouver le mot cible.

- Séance n°7

Comportement du patient : son feed-back verbal et non-verbal est plus varié. Nous constatons davantage de mimiques, et l'utilisation d'interjections (« hum, hum », « non », « oui »). Lorsqu'il est en position de récepteur, il pose des questions pour que nous

précisions notre pensée. Par exemple, pour l' « Australie », nous proposons « c'est une grande île dans l'hémisphère sud », puis le patient demande « c'est un pays ? », ce qu'il ne faisait pas auparavant.

- Séance n°12

Comportement du patient : son feed-back verbal est meilleur lors des échanges entre les tours de jeu, avec un visage plus expressif et le recours à diverses interjections, ce qui rend la communication plus vivante. Pendant le jeu, son feed-back verbal et non verbal est adapté. En tant que récepteur, il nous pose des questions quand il ne parvient pas à deviner le mot cible, afin que nous ajoutions d'autres informations plus pertinentes.

2.2.4. Séances de Time's up Family®

Lors de ces trois séances, Monsieur C. ne persévère plus et formule de nouveaux indices plus appropriés quand nous nous trouvons dans l'incapacité de répondre à l'aide de son énoncé initial. Nous repérons aussi qu'il ne réalise aucune référence personnelle. Il interprète davantage les pensées d'autrui, et son message apparaît plus adapté à son partenaire de jeu. De plus, il est attentif et maîtrise son impulsivité. Nous ne notons pas d'interruption, ni de chevauchement de parole. En position de récepteur, il trouve facilement les mots que nous lui faisons deviner. Il se met à la place d'autrui, comprend les intentions et les messages sous-entendus de son partenaire.

Nous avons étudié l'évolution de trois altérations communicatives :

- Faible initiation verbale dans le discours parallèle au jeu ;
- Manque d'informativité ;
- Feed-back verbal et non verbal insuffisant.

a. Initiation verbale

- Séance n°4

Comportement du patient : l'initiation verbale dans le jeu est correcte, puisqu'il formule aisément des indices. Il ne bute pas sur leur élaboration, même si ceux-ci ne sont pas toujours très pertinents pour nous permettre de trouver le bon mot. Il utilise également des stratégies adaptées de façon spontanée. Par exemple, à la manche 2, la meilleure technique est d'utiliser l'un des mots donnés lors de la manche 1. Il fait intervenir ses capacités mnésiques pour sélectionner un indice adapté. Cependant, les échanges parallèles au jeu restent restreints. Il est nécessaire de lui poser des questions pour recueillir son avis ou pour qu'il développe une idée. Sa participation spontanée aux discussions est faible, il ne relance pas le sujet.

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous continuons à proposer des stratégies diversifiées pour formuler des indices (contexte inducteur, hyperonyme, synonyme...), afin que le patient développe encore plus de facilité à élaborer son message. Pour développer l'initiation verbale en situation plus écologique (dans l'interaction verbale entre les tours de jeu), nous lui posons des questions, lui demandons son avis, ses impressions, nous essayons de lui faire développer ses idées.

Réaction du patient : les échanges verbaux parallèles au jeu sont plus fréquents, il initie parfois l'échange en demandant par exemple notre avis sur la manière de faire deviner un mot ou en réalisant quelques commentaires.

- Séance n°8

Comportement du patient : Monsieur C. est plus actif dans l'interaction verbale autour du jeu et participe davantage à l'échange. Il partage ses impressions et nous pose des questions, ce qu'il ne faisait pas auparavant. Pendant les tours de jeu, il ne bute pas sur la formulation de son message et initie sans temps de latence un indice adapté.

- Séance n°11

Comportement du patient : l'initiation verbale est bonne lors des échanges parallèles au jeu, ainsi qu'en début et fin de séance. Le patient participe plus à la conversation qu'en début de prise en charge. Il apporte de nombreuses informations adaptées au contexte, produit davantage de remarques et pose des questions quand il rencontre une difficulté. Son style communicatif est plus varié et il produit davantage d'actes de langage. Dans le jeu, nous repérons qu'il se sert de nos stratégies (hyperonyme, synonyme, contexte inducteur...), ce qui lui permet d'accroître ses capacités expressives.

b. Informativité

- Séance n°4

Comportement du patient : nous repérons un manque d'informativité, car ses indices sont parfois peu précis et manquent d'éléments pertinents apportant le sens nécessaire à la compréhension du message. Par exemple, pour « pantalon », il propose « le matin, on l'enfile pour s'habiller », ce qui peut faire évoquer d'autres vêtements.

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous reprenons les indices imprécis à la fin du tour de jeu et lui demandons ce qu'il aurait pu ajouter pour que son message soit plus clair. Nous lui expliquons par exemple que pour « pantalon », il aurait pu spécifier que c'est un vêtement (la catégorie sémantique), qu'il va de la taille aux chevilles, qu'il s'enfile par les jambes... Quand nous sommes en position d'émetteur, nous proposons des indices informatifs, courts, mais précis et qui ciblent l'élément caractéristique du mot cible, afin que le patient puisse mettre en place une stratégie fondée sur l'implicite.

Réaction du patient : ses énoncés sont plus complets du point de vue du sens, même si quelques-uns de ses indices sont encore peu pertinents. Il met en avant les éléments les plus saillants du mot cible. Par exemple, pour « frite », il explique « c'est un aliment qu'on mange souvent dans les 'fast-foods', c'est long, jaune et salé ». Il reprend donc la stratégie de donner un hyperonyme (aliment).

- Séance n°8

Comportement du patient : il manque encore d'informativité. Les indices qu'il choisit sont imprécis et incomplets. Par exemple, à la manche n°1, pour « météorite », il donne « c'est rond, c'est dans le ciel », ce qui évoque plutôt le soleil. Pour « métro », il expose « c'est comme un bus, mais c'est sur des rails », ce qui peut faire évoquer un train ou un tramway. Lors de la 2^{ème} manche, il choisit des indices qui peuvent référer à deux mots de la 1^{ère} manche. Par exemple, pour « papillon », il propose « insecte » qui peut se rapporter également à « mouche ». Il n'a pas été suffisamment précis dans son choix lexical.

Aide apportée par l'expérimentatrice : lors de la 1^{ère} manche, nous expliquons au patient que ses indices auraient pu être plus précis. Nous reprenons certains énoncés non informatifs avec lui afin qu'il tente de trouver des solutions. Pour faire deviner « météorite », nous lui demandons ce qu'il aurait pu proposer à la place de « ciel », pour spécifier le sens de ce mot. Il propose alors le terme « espace » ou « atmosphère ». Puis nous donnons des modèles d'indices complets d'un point de vue du sens lors de notre tour de jeu, afin que le patient modélise de façon implicite notre stratégie. Par exemple, pour papillon, nous évoquons « c'est un insecte qui a de très jolies ailes et qui est éphémère ». Nous insistons sur les 3 éléments caractéristiques du papillon (insecte, jolies ailes et éphémère). Pour la 2^{ème} manche, nous reprenons l'idée de la précision du terme à sélectionner. Nous lui conseillons d'éviter les termes trop larges et de fournir une caractéristique spécifique, afin de trouver un mot qui ne peut faire évoquer qu'une seule carte de la manche précédente.

Réaction du patient : Monsieur C. a pris conscience que ses indices et choix lexicaux ne sont parfois pas assez précis. Lors de la 1^{ère} manche, il est plus attentif à ce que ses indices regroupent les caractéristiques principales du mot cible, afin d'augmenter l'exactitude de son message au niveau du sens. Par exemple, pour « tigre », il dit « c'est un animal chassé en Inde, orange avec des rayures, on le retrouve dans les cirques ». Ses indices sont plus informatifs. Nous notons également qu'il arrive à s'autocorriger et qu'il trouve par lui-même de nouvelles façons de faire deviner un mot (B.C. : « pour 'papillon', au lieu de dire 'insecte', j'aurais pu dire 'éphémère' pour être plus précis »).

- Séance n°11

Comportement du patient : lors de la 1^{ère} manche, les indices qu'il apporte sont concis et précis. Il choisit des indices ciblant les éléments caractéristiques du mot cible. Il est informatif, car il arrive à transmettre en peu de mots suffisamment de sens pour nous permettre de trouver le mot cible. A la 2^{ème} manche, les mots choisis sont pertinents. Il s'efforce de proposer des mots précis qui ne peuvent évoquer que le mot cible.

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous le félicitons pour son informativité et la précision de ses indices. Nous lui faisons remarquer que cet aspect s'est nettement amélioré depuis le début de la prise en charge.

Réaction du patient : il semble content de savoir qu'il a réalisé des progrès, et affirme avoir ressenti ses facilités à faire deviner les indices.

c. Feed-back verbal et non verbal

- Séance n°4

Comportement du patient : son feed-back verbal et non verbal est encore pauvre. Lorsqu'il est émetteur, il ne réalise pas de rétro-information sur la réponse que nous donnons. Par exemple, il n'acquiesce pas en cas de réponse correcte, alors que nous pouvons avoir donné plusieurs propositions à la suite. Nous ne pouvons donc pas savoir quel était le mot correct. Quand il est récepteur et qu'il ne parvient pas à deviner le mot cible, il ne nous pose pas de questions afin que nous apportions des informations plus pertinentes.

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous insistons sur notre propre feed-back. Nous utilisons des réponses non verbales (signes de tête, acquiescement tel que « hum hum »), et verbales (« oui, c'est ça, c'est... », « exact », « tout à fait », « non, pas vraiment, c'est plutôt... »). En position de récepteur, nous n'hésitons pas à le questionner afin qu'il clarifie son indice. L'objectif est qu'il s'appuie sur ces comportements et qu'il se les approprie.

Réaction du patient : son feed-back verbal est par la suite plus fréquent et varié (« oui », « non », « voilà, c'est... »). En tant que récepteur, il nous questionne parfois pour que nous spécifiions un élément de notre indice, afin de le conforter dans sa réponse. Mais son feed-back non verbal est encore un peu pauvre.

- Séance n°8

Comportement du patient : le feed-back de Monsieur C. s'est intensifié. En tant qu'émetteur, il nous fait plus de retours au niveau verbal (« voilà », « non, c'est pas ça... », « presque ») et non verbal (mimique de désapprobation, geste signifiant « pas tout à fait »). En position de récepteur, il n'hésite pas à nous interpeler pour que nous explicitions notre indice.

- Séance n°11

Comportement du patient : son feed-back verbal et non verbal est approprié en conversation (mimiques, gestes, expressions comme « bin ouais », « c'est sûr ») et pendant le jeu (« voilà », « presque »). Nous notons également qu'à la 3ème manche, ses mimes et son visage sont plus expressifs. Quand il est récepteur, son feed-back verbal est également adéquat.

2.3. Ateliers de groupe

Ces deux séances de groupe ont été réalisées en milieu et en fin de prise en charge. En effet, l'objectif est d'étudier si l'évolution des comportements pragmatiques exercés lors de l'intervention individuelle se retrouve également en situation un peu plus proche de la vie quotidienne, c'est-à-dire en groupe. Pour respecter la spontanéité des échanges en situation écologique et observer l'éventuelle généralisation des acquis, nous n'intervenons pas lors du tour de jeu du patient.

L'analyse de ces situations de jeu en groupe nous a permis de considérer cinq éléments pragmatiques exercés en séance individuelle.

2.3.1. Initiation verbale

a. Atelier n°1

Monsieur C. fait preuve d'une bonne incitation verbale. Lors de la mise en commun des réponses du questionnaire, le patient participe volontiers. Il répond aux questions des autres stagiaires en leur précisant les règles. Dans le jeu, il initie sans problème les indices et développe les stratégies abordées en séance. Il utilise le contexte inducteur de façon récurrente, ce qui prouve qu'il a généralisé cette technique qui favorise son expression verbale et la fluidité de son discours. De plus, quand il est récepteur, il est actif et n'hésite pas à proposer plusieurs choix afin de trouver la bonne réponse. Monsieur C. semble moins inhibé, même s'il reste toujours de nature discrète. Cette plus grande spontanéité dans l'interaction verbale observée en séance individuelle se retrouve en groupe, ce qui évoque une généralisation de cette aptitude communicative.

b. Atelier n°2

Monsieur C. maintient un bon niveau d'interaction verbale en atelier de groupe. Il participe à l'explication des règles à l'oral sans demande de notre part. Lors du jeu, il conseille et motive ses coéquipiers. Il produit également de nombreuses remarques et questions pertinentes et adaptées à la situation, ce qui signe une diversification de son style de communication. Le patient n'hésite pas à intervenir lorsque ses collègues transgressent les règles du jeu. En fin d'atelier, il partage ses impressions et développe ses idées. Il expose les raisons qui, selon lui, rendent le jeu en groupe plus contraignant qu'à deux (interférences par le bruit, interprétation différente des mots selon les individus, adaptation aux troubles de chacun des stagiaires, rétention des cartes plus délicate). Sa réflexion sur ses difficultés est donc bonne. Il participe davantage aux échanges qu'au début de la prise en charge, semble plus confiant et moins inhibé.

2.3.2. Apport d'informations nouvelles

a. Atelier n°1

Le patient ne persévère pas lorsqu'il doit faire deviner un mot à son co-équipier. En effet, il apporte de nouvelles informations pertinentes quand son partenaire est incapable de trouver la réponse. Lors de la 1^{ère} manche, pour faire deviner « mur », il mentionne « c'est en pierre, on peut sauter au-dessus », mais son interlocuteur ne trouvant pas, il ajoute « ce sont les maçons qui en fabriquent », puis « il y en a tout autour de la pièce ». Ce comportement adéquat exercé en séance individuelle se repère également en situation plus écologique.

b. Atelier n°2

Lorsqu'il est en position d'émetteur et que ses partenaires ne parviennent pas à trouver le mot cible, nous ne notons pas de persévération. Il fournit de nouveaux indices clairs et compréhensibles par ses coéquipiers, en utilisant certaines stratégies vues en séance, comme le contexte inducteur par la complétion d'une fin de phrase (pour « écran », il propose « au cinéma on regarde un film sur un ... »). Il peut donc généraliser dans un contexte plus écologique les aides apportées en séance. Il parvient à interpréter les pensées d'autrui et à ajuster son message à ses partenaires.

2.3.3. Tour de parole

a. Atelier n°1

Nous repérons un manque de contrôle de l'impulsivité lors de l'explication des règles du jeu, car il a tendance à répondre à la place des autres membres du groupe. Cependant, lors des tours de jeu, il respecte la parole de ses collègues. Le non-respect des tours de parole semble donc réapparaître en situation écologique.

b. Atelier n°2

Nous n'observons pas d'interruption de parole lors de cet atelier. En revanche, les autres membres du groupe n'ont pas toujours respecté son tour de parole. Sa réaction a été de laisser ses interlocuteurs terminer et de reprendre par la suite. Il gère mieux son impulsivité, que ce soit en séance individuelle ou de groupe.

2.3.4. Informativité

a. Atelier n°1

Il sélectionne les informations pertinentes qui permettent à son coéquipier de trouver les mots cibles. Lors de la 1^{ère} manche, il propose des indices qui posent rapidement le contexte et dont les éléments permettent d'accéder rapidement au sens du mot cible (pour « orage » il propose « c'est dans le ciel quand il y a des éclairs, on dit qu'il y a de ... »). De plus, il ne réalise aucun commentaire personnel, ses indices sont tous adaptés aux connaissances des autres joueurs. Lors de la 2^{ème} manche, son choix lexical est adéquat, car il fournit des mots qui ont été utilisés lors de la manche précédente et qui sont spécifiques du mot cible (pas de double possibilité). De plus, les réponses au questionnaire sont concises et relativement informatives. Nous constatons quelques oublis d'informations, mais sur des éléments peu importants. L'utilisation des stratégies vues en séances comme le contexte inducteur prouve qu'il parvient à s'appuyer sur les modèles proposés et à généraliser les aides mises en place en séance. L'évolution de son informativité subsiste donc en situation groupale.

b. Atelier n°2

Il est informatif, que ce soit à l'écrit (explication des règles de façon complète et organisée, malgré l'oubli de quelques éléments secondaires) ou à l'oral (indices précis lors de la 1^{ère} manche, mots pertinents à la 2^{ème} manche). Par ailleurs, nous ne relevons pas d'indices égocentrés. Il semble interpréter davantage les contenus mentaux de ses partenaires. L'informativité de son discours paraît donc conservée face à d'autres interlocuteurs que l'expérimentatrice.

2.3.5. Feed-back

a. Atelier n°1

Le feed-back verbal reste encore un peu faible en position d'émetteur, car il précise rarement à son partenaire si sa réponse est correcte ou non. En revanche, en tant que récepteur, il fournit plus de retours sur le message de son co-équipier en lui posant des questions afin qu'il précise sa pensée. Nous constatons donc qu'il exploite la stratégie que nous avons utilisée en séance. Son feed-back semble donc s'améliorer, ce que l'on remarque en séance individuelle comme en atelier de groupe.

b. Atelier n°2

Son feed-back verbal et non verbal en tant qu'émetteur est correct. Il indique à ses coéquipiers si leur réponse est exacte ou non (« c'est ça » ou hochements de tête). Lorsqu'il est récepteur et que les informations transmises ne lui permettent pas de trouver le mot cible, il est plus actif et questionne son partenaire. Sa capacité à établir des rétro-

informations à son interlocuteur a donc évolué favorablement en séance individuelle et semble perdurer en situation de groupe.

2.4. Synthèse de la prise en charge

Nous avons axé notre intervention sur les principales inaptitudes pragmatiques de Monsieur C. apparues lors du bilan et des séances. Les aides proposées étaient à la fois explicites et implicites, afin de fournir différentes stratégies palliatives à ses comportements communicatifs inadaptés. Au fur et à mesure de la rééducation, plusieurs compétences nouvelles se sont développées chez le patient dans l'interaction duelle et groupale.

De manière générale, le patient accorde plus de place à son interlocuteur dans l'interaction verbale, que ce soit en situation de jeu ou en conversation. Il interprète davantage les états mentaux de son partenaire, ce qui permet l'élaboration d'un message plus adapté à autrui (informativité, tours de parole, feed-back, mimiques...).

Son inhibition verbale a nettement diminué. Il participe plus volontiers aux échanges, pose des questions et partage ses avis. En situation de jeu, il a plus de facilités à créer de nouveaux indices et s'appuie sur les stratégies proposées. Il peut s'approprier nos aides implicites et généraliser les acquis en atelier de groupe.

Il est capable d'apporter des informations inédites et de faire progresser le discours. Dans le cadre du jeu, il parvient à ajouter des indices supplémentaires, notamment quand son partenaire ne trouve pas la réponse. Il ne persévère plus dans ses énoncés peu informatifs. De plus, le travail sur la polysémie lui a permis d'élargir sa représentation sémantique des mots (différente en fonction des interlocuteurs) et d'augmenter les possibilités de production d'indices. Dans la discussion, il est plus actif et relance l'échange par des réflexions ou des interrogations spontanées.

Ses actes de langage et son style communicatif sont plus variés. Il produit des commentaires, des requêtes, des interjections, et modifie sa prosodie et sa mimique en fonction de ses pensées.

Monsieur C. a également pris conscience de son manque d'informativité. En situation de jeu ou lors d'échanges spontanés, il ne produit plus de remarques égocentrées ou trop personnelles. Il anticipe davantage le sens que pourrait avoir son message pour son interlocuteur et essaie de concevoir des énoncés compréhensibles par autrui. Son discours est plus précis et pertinent. Il met en évidence les notions les plus saillantes dans ses indices ou dans le rappel de règles. Le patient ne se focalise plus sur un seul champ sémantique d'un terme, ce qui l'amène à élaborer des messages plus complets d'un point de vue du sens.

Le feed-back verbal et non verbal s'est amélioré dans le jeu et en situation de conversation, qu'il soit émetteur ou récepteur, ce qui augmente le dynamisme de la communication.

Les tours de parole sont davantage respectés. Il n'interrompt plus, ou très rarement, le discours de son interlocuteur. Il contrôle son impulsivité et semble avoir pris conscience de l'inadaptation de ce comportement.

3. Bilan final

L'évaluation de fin de prise en charge a été effectuée le 03.02.2014. Dans la perspective d'objectiver des améliorations de la pragmatique du langage chez Monsieur C., nous avons réalisé les mêmes épreuves que lors du précédent bilan, avec un versant expressif et compréhensif, et une analyse écologique des troubles. Il nous est également paru intéressant d'ajouter les appréciations du patient et l'opinion de certains membres de l'équipe de l'UEROS concernant sa communication. Cette démarche nous permet de recueillir le plus possible d'éléments attestant d'une éventuelle évolution de ses habiletés pragmatiques.

Pour la clarté des propos, nous abordons à présent les impressions du patient et des intervenants de l'UEROS, puis nous résumerons les paramètres qui auraient évolué suite à notre intervention. L'analyse détaillée des tests se trouve en Annexe XI, le protocole PRUTTING et KIRCHNER est placé en Annexe XII, et le corpus de la conversation est présenté en Annexe XIII.

3.1. Ressentis du patient et avis de l'équipe pluridisciplinaire

Monsieur C. exprime avoir découvert à travers la prise en charge ses difficultés communicatives qu'il n'avait pas encore repérées (défaut d'initiative, faible dynamisme dans la conversation, manque d'informativité, impulsivité). Il explique aussi se sentir à présent plus à l'aise dans ses échanges avec les autres, et même avec des personnes qu'il ne connaît pas.

Selon lui, ses proches trouvent qu'il rentre plus facilement dans les conversations et participe davantage aux échanges. Il serait moins en retrait (« moins coincé » selon les propos du patient). Il semblerait également qu'ils aient repéré une plus grande utilisation de l'humour chez lui, comme avant son accident.

D'après l'ergothérapeute, la psychologue, ainsi que certains animateurs de l'équipe de l'UEROS, Monsieur C. serait moins inhibé qu'en début de stage dans les autres ateliers. Sa contribution aux mises en commun orales serait plus importante. Il irait davantage vers les autres (stagiaires et professionnels) et solliciterait plus leur aide.

3.2. Synthèse

Au terme de la prise en charge, nous pouvons affirmer que Monsieur C. présente certaines améliorations notables de ses compétences communicatives.

En compréhension :

- Légère amélioration de la compréhension des actes de langage indirects.

En expression :

- Utilisation de la mimogestualité et de la prosodie pour mieux transmettre ses émotions et appuyer son message ;
- Meilleure initiation verbale ;
- Rôle d'émetteur plus adéquat, actes de langage plus diversifiés (assertions, commentaires, requêtes, humour) ;
- Contribution à l'échange plus importante (nombreux ajouts d'informations, développement de ses idées, contenu des réponses plus riche, capacités de relance, progression du discours) ;
- Augmentation de la quantité de message ;
- Meilleure précision lexicale ;
- Absence de répétition d'informations inutiles ;
- Diversification du style communicatif (emploi d'interjections variées, utilisation des modalités non verbales et paralinguistiques, recours à de nombreuses formes syntaxiques) ;
- Feed-back verbal et non verbal plus varié ;
- Meilleur respect des tours de parole (surtout en groupe) ;
- Prise de conscience des troubles de communication ;
- Meilleures capacités de jugement et d'autocorrection ;
- Plus grande prise en compte de l'interlocuteur (plus de questions, moins d'interruptions, autocorrections, augmentation de la mimogestualité et de l'initiation verbale, actes de langage plus variés...).

Cependant, certaines habiletés pragmatiques semblent encore perturbées chez ce patient.

En compréhension :

- Quelques difficultés dans la compréhension des métaphores.

En expression :

- Recours à un registre familier inadapté à l'interlocuteur ;
- Manque de cohésion, de contextualisation et d'informativité ;
- Faibles capacités à introduire un nouveau sujet au discours ou à changer de thème ;
- Temps de pauses trop brefs ou trop longs ;
- Interruptions de la parole de l'interlocuteur (mais moins fréquentes en situation duelle et amélioration en groupe).

II. Patient T.P.

1. Bilan initial

L'investigation de début de prise en charge s'est déroulée le 07.10.2013. Le compte rendu de ce bilan est présenté en Annexe XIV. La grille du Protocole Pragmatique se trouve en Annexe XV et l'échantillon de la conversation est en Annexe XVI. Nous rapportons de manière synthétique les principaux troubles pragmatiques relevés à travers le bilan.

L'étude des résultats aux différentes épreuves ainsi que l'observation des comportements en situation naturelle de communication ont fait émerger plusieurs altérations des habiletés pragmatiques chez Monsieur P.

En compréhension :

- Difficulté de compréhension des énoncés non littéraux (métaphores).

En expression :

- Fluidité atteinte (bredouillements, irrégularités, phrases inachevées, à relier à l'impulsivité) ;
- Débit trop élevé ;
- Absence de concision, logorrhée, monologue ;
- Manque de cohésion (utilisation de pronoms qui ne permettent pas d'identifier le référent, en lien avec la ToM) ;
- Insuffisance de lien, de cohérence entre ses différentes idées (manque de précision de l'information connue avant l'information nouvelle, en lien avec la ToM) ;
- Manque d'informativité (ne fournit pas les informations pertinentes qui communiquent du sens, à relier avec une difficulté de ToM ou de focalisation sur un champ sémantique) ;
- Répétitions d'informations déjà connues (à relier au manque de concision et d'informativité) ;
- Absence de maintien du thème, digression et perte du fil du discours (en lien avec ses troubles attentionnels et mnésiques) ;
- Pauvreté des actes de langage (surtout des assertions) ;
- Absence de respect des tours de parole (interruptions et chevauchement, temps de pause trop brefs en réponse à une question) ;
- Manque de prise en compte du discours de l'interlocuteur (focalisation sur sa pensée et persévération dans son message entraînant un manque d'informativité et une mauvaise gestion des tours de parole).

Les troubles du patient concernent essentiellement l'aspect expressif de la communication et se traduisent par une logorrhée, un manque de cohésion, de cohérence et d'informativité, des digressions, des persévérations et un non-respect des tours de parole. Son discours est donc inadapté à l'interlocuteur et perturbe l'interaction verbale.

2. Rééducation orthophonique

2.1. Intérêts des jeux adaptés à la rééducation

Nous exposons à présent les bénéfices que pourraient apporter les jeux sélectionnés aux altérations pragmatiques de Monsieur P.

2.1.1. Perturbation de la fluidité

Puissance 4[®] et Dames[®] : Inhibition et contrôle de l'impulsivité.

Unanimo[®] : Idem.

Taboo[®] : Inhibition - Elaboration d'un message régulier, concis et intelligible.

Time's up Family[®] : Idem.

2.1.2. Débit élevé

Puissance 4[®] et Dames[®] : Inhibition et contrôle de l'impulsivité.

Unanimo[®] : Idem.

Taboo[®] : Ajustement du débit de parole à l'interlocuteur.

Time's up Family[®] : Idem.

2.1.3. Absence de concision, logorrhée, monologue

Puissance 4[®] et Dames[®] : Inhibition et contrôle de l'impulsivité - Jeu non verbal.

Unanimo[®] : Inhibition - Jeu à dominance non verbale - Evocation limitée à 8 mots.

Taboo[®] : Elaboration d'indices courts en un temps restreint.

Time's up Family[®] : Idem - Sélection de mots uniques (manche 2).

2.1.4. Manque de cohésion

Puissance 4[®] et Dames[®] : Prise en compte des pensées et des intentions d'autrui (en lien avec l'adéquation des éléments grammaticaux à l'interlocuteur).

Unanimo[®] : Idem.

Taboo[®] : Production d'un message adapté à autrui (morphosyntaxe, lexique).

Time's up Family[®] : Idem.

2.1.5. Insuffisance de lien et de cohérence entre les idées

Puissance 4[®] et Dames[®] : Prise en compte des pensées et des intentions d'autrui.

Unanimo[®] : Idem - Choix lexicaux en lien avec l'image.

Taboo[®] : Emission d'indices dont les éléments informatifs sont articulés entre eux de façon cohérente pour être compréhensibles par le partenaire.

Time's up Family[®] : Idem.

2.1.6. Faible informativité

Puissance 4[®] et Dames[®] : Explication des règles de façon claire et concise - Prise en compte des intentions de l'adversaire et adaptation de sa stratégie en conséquence (ToM).

Unanimo[®] : Explication des règles de façon claire et concise - Adaptation des mots à autrui - Appréhension des divers sens des mots selon chaque individu (polysémie et ToM).

Taboo[®] : Explication des règles de façon claire et concise - Sélection d'indices courts et pertinents, apportant un maximum de sens - Polysémie et ToM.

Time's up Family[®] : Idem.

2.1.7. Répétitions inutiles

Puissance 4[®] et Dames[®] : Mise en place de stratégies diversifiées - Inhibition des persévérations - Contrôle de l'impulsivité.

Unanimo[®] : Choix de 8 mots distincts - Inhibition des persévérations.

Taboo[®] : Concision (indices courts) - Apport d'informations pertinentes.

Time's up Family[®] : Idem.

2.1.8. Absence de maintien du thème, digressions

Puissance 4[®] et Dames[®] : Inhibition et contrôle de l'impulsivité - Maintien de sa stratégie.

Unanimo[®] : Idem - Evocations respectant l'image cible.

Taboo[®] : Elaboration d'indices en rapport avec le mot cible.

Time's up Family[®] : Idem.

2.1.9. Pauvreté des actes de langage

Puissance 4[®] et Dames[®] : Echanges verbaux parallèles au jeu induisant des commentaires, des requêtes.

Unanimo[®] : Idem.

Taboo[®] : Recours à diverses formes syntaxiques, aux requêtes et aux commentaires.

Time's up Family[®] : Idem.

2.1.10. Non-respect des tours de parole

Puissance 4[®] et Dames[®] : Tour de jeu (relié au tour de parole).

Unanimo[®] : Tour de parole et écoute (lors de la mise en commun des mots).

Taboo[®] : Tour de jeu - Ecoute et respect des indices fournis par le partenaire.

Time's up Family[®] : Idem.

2.1.11. Manque de prise en compte du discours de l'interlocuteur

Puissance 4[®] et Dames[®] : Considération des pensées et des intentions de son adversaire - Inhibition des persévérations.

Unanimo[®] : Idem.

Taboo[®] : Prise en compte des connaissances d'autrui - Ecoute et respect de ses indices - Ajustement de son discours en conséquence.

Time's up Family[®] : Idem.

2.1.12. Difficulté de compréhension des énoncés non-littéraux

Puissance 4[®] et Dames[®] : Anticipation des intentions sous-jacentes de l'adversaire (ToM).

Unanimo[®] : Interprétation des savoirs, pensées et intentions de son partenaire (ToM).

Taboo[®] : Compréhension des messages sous-entendus par son partenaire - Interprétation des pensées d'autrui (ToM).

Time's up Family[®] : Idem.

2.2. Séances individuelles

2.2.1. Séances Puissance 4[®] et Dames[®]

Monsieur P. s'est montré concentré et motivé lors de ces trois séances. Il respecte les règles du jeu, de même que l'alternance des tours de jeu.

Nous avons relevé diverses altérations de la communication lors des séances de Puissance 4[®] et de Dames[®] :

- Logorrhée lors du discours parallèle au jeu ;
- Persévérations dans sa stratégie et anticipation insuffisante des intentions d'autrui ;
- Manque d'informativité lors de l'explication des règles du jeu ;
- Interruptions et chevauchements.

a. Logorrhée

- Séance n°1

Comportement du patient : son bavardage est excessif en début de séance. Il monologue et apporte sans cesse de nouvelles informations, sans nous laisser intervenir.

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous lui faisons remarquer son excès de parole et lui mentionnons le retard pris sur la séance.

Réaction du patient : il s'excuse en assurant ne pas avoir remarqué le temps passé à parler. Il prend note et diminue sa contribution verbale jusqu'en fin de séance.

- Séance n°5

Comportement du patient : le patient est toujours logorrhéique et difficilement canalisable entre les tours de jeu et surtout en début de séance.

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous stoppons la conversation pour lui rappeler qu'il faut respecter le délai de 45 minutes de la séance. Nous lui expliquons que contrôler sa quantité de parole fait partie de sa prise en charge. Puis nous lui rappelons qu'il doit être vigilant à ne pas tomber dans le monologue, mais toujours penser à être dans l'échange avec son interlocuteur. Il doit s'efforcer à être plus concis dans ses propos.

Réaction du patient : Monsieur P. semble prendre conscience de sa logorrhée et assure qu'il veillera à être plus synthétique et à moins déborder sur la séance.

- Séance n°9

Comportement du patient : Monsieur P. n'a pas diminué sa quantité de parole. Il est toujours aussi bavard, surtout en début de séance.

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous n'intervenons pas et le laissons monologuer, en espérant qu'il repère sa logorrhée et s'autocontrôle.

Réaction du patient : il prend assez vite conscience de son excès de parole, s'excuse et revient lui-même à l'objet de la séance. Nous pouvons en conclure qu'il parvient à prendre en compte les pensées et les comportements d'autrui et à ajuster l'abondance de son discours en fonction de cette interprétation.

b. Anticipation des intentions d'autrui

- Séance n°1

Comportement du patient : Monsieur P. persévère à plusieurs reprises et reste focalisé sur sa stratégie sans prendre en compte la nôtre. Au Puissance 4[®], il ne parvient pas à anticiper nos coups et réalise toujours au dernier moment notre alignement de 4 pions. Ces comportements sont à relier aux interférences spécifiques à ces deux jeux qui incitent le patient à se concentrer sur sa propre stratégie.

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous lui conseillons de rester attentif à notre stratégie de jeu, de bien se concentrer sur nos pions, pas seulement sur les siens, et d'avoir une vision plus globale du jeu.

Réaction du patient : il continue à se concentrer sur sa stratégie, mais affirme avoir pris conscience de ses persévérations et de son manque d'attention vis-à-vis des intentions des autres. Il fait lui-même le parallèle avec ses difficultés en situation de communication (« Quand je parle, je ne me mets pas toujours à la place de l'autre pour comprendre ce qu'il sait »).

- Séance n°5

Comportement du patient : il persévère moins, que ce soit aux Dames[®] ou au Puissance 4[®]. Il lui arrive de rester focalisé sur sa stratégie, mais il s'en rend rapidement compte et s'autocorrige. Sa prise en compte de nos intentions s'est donc améliorée. Il explique rencontrer des difficultés à établir sa propre stratégie de jeu, alors qu'il aurait plus de facilités à anticiper et repérer notre stratégie.

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous verbalisons avant de jouer les différentes actions que nous pouvons réaliser, en expliquant ce que cela va impliquer par la suite. L'objectif est que le patient adopte cette stratégie et anticipe davantage ses propres coups. Nous lui faisons également remarquer ses progrès quant à son anticipation et son analyse des intentions de son partenaire.

Réaction du patient : par la suite, il ne verbalise pas ses propres coups, mais il est davantage attentif à sa stratégie et persévère moins.

- Séance n°9

Comportement du patient : nous pouvons constater quelques persévérations et une vitesse de jeu trop rapide. Monsieur P. reste encore focalisé sur ses stratégies. Il ne parvient pas à avoir une vision plus globale du jeu, ni à se détacher de ses pensées pour analyser les intentions des autres. Il avoue ne pas prêter attention à notre jeu à certains moments. Toutefois, il a déjoué plusieurs de nos coups, ce qui témoigne d'une pensée moins égocentrée qui lui permet de bien anticiper. Il y a donc des fluctuations dans sa focalisation sur son jeu lors d'une même séance et d'une séance à l'autre. Nous relevons également un énervement suite à ses persévérations (il tape fort du poing sur la table et utilise un mot grossier).

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous lui proposons implicitement un modèle de jeu dans lequel nous anticipons ses stratégies en verbalisant les différentes actions possibles et leurs répercussions. Nous ralentissons également notre vitesse de jeu pour que le patient s'adapte à celle-ci et puisse anticiper davantage. Nous lui conseillons de bien contrôler son empressement et de prendre du recul sur l'ensemble du jeu et le placement des pions des deux partenaires. Nous le questionnons aussi sur les raisons qui, selon lui, le font échouer, dans le but de permettre une autocritique et une autocorrection.

Réaction du patient : il remarque que nous arrivons à nous mettre à sa place pour déjouer ses coups. Toutefois, il exprime sa difficulté à en faire de même. Nous relevons qu'il est moins impulsif dans son jeu et qu'il passe plus de temps à préparer ses coups. Cette attitude lui permet de se concentrer davantage sur nos stratégies et les moyens de les contrer. Par ailleurs, Monsieur P. est affecté par ses difficultés qu'il analyse avec beaucoup de finesse. Son autocritique est donc bonne.

c. Informativité

- Séance n°1

Comportement du patient : il oublie certains éléments importants des règles de ces deux jeux qu'il connaissait déjà (omission de l'alignement des pions en diagonale pour le Puissance 4[®] et du déplacement des pions aux Dames[®]).

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous lui indiquons qu'il manque quelques informations essentielles aux règles du jeu et lui laissons du temps pour se les remémorer.

Réaction du patient : il ne parvient pas à se rappeler de ces éléments, donc nous les lui indiquons.

- Séance n°5

Comportement du patient : il omet à nouveau des notions importantes dans la règle des Dames® (oubli de la possibilité de prendre un pion en avant et en arrière, et du déplacement de la dame uniquement en diagonale).

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous facilitons le rappel en lui apportant des indices concernant les éléments recherchés.

Réaction du patient : l'indication ne lui permet pas de se souvenir des règles. Ceci correspondrait à la fois à ses troubles mnésiques, ainsi qu'à sa difficulté à mettre en avant les informations pertinentes.

- Séance n°9

Comportement du patient : Monsieur P. oublie de mentionner les mêmes éléments à la règle des Dames® qu'à la séance précédente.

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous lui signalons son omission de certains éléments et lui fournissons des indices.

Réaction du patient : nos tentatives ne l'aident pas, ce que l'on peut relier à ses déficiences mnésiques, mais aussi à son incapacité à sélectionner les informations pertinentes. Dans les deux cas, ce comportement aboutit à un manque d'informativité.

d. Tours de parole

- Séance n°1

Comportement du patient : il nous interrompt et chevauche notre parole à plusieurs reprises en début de séance. Cette attitude est à relier à son impulsivité, sa logorrhée et son manque de considération du discours d'autrui.

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous lui faisons repérer sa mauvaise gestion des tours de parole et ses interruptions intempestives.

Réaction du patient : il prend conscience de ce comportement inadapté et explique qu'il est fréquent que son entourage le lui reproche.

- Séance n°5

Comportement du patient : il lui arrive encore d'interrompre notre discours. Il ne parvient pas à différer son message et verbalise ses pensées instantanément.

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous n'intervenons pas afin de percevoir si le patient peut repérer ce comportement inadéquat et s'autocorriger.

Réaction du patient : il reste focalisé sur son message et ne semble pas percevoir ses interruptions.

- Séance n°9

Comportement du patient : nous ne relevons plus d'interruption, ni de chevauchement.

2.2.2. Séances Unanimo®

Nous observons plusieurs comportements tout à fait appropriés chez Monsieur P. lors des trois séances d'Unanimo®. D'une part, il est très vigilant à la consigne de trouver le plus de mots en commun avec son partenaire. Il s'applique à se mettre à la place d'autrui au moment d'évoquer les 8 mots. Ses choix lexicaux sont adaptés, il ne produit aucune référence personnelle. Nous soulignons aussi un bon respect de l'image cible. Ses évocations restent toujours proches du sujet, sans digression.

Toutefois, le patient a adopté certaines attitudes néfastes à la communication :

- Logorrhée et débit très rapide au moment de la mise en commun des mots et lors du discours parallèle au jeu ;
- Focalisation sur un sens du mot cible, difficulté à changer de catégorie sémantique (en lien avec l'informativité, car un mot employé dans une acception trop restrictive peut ne pas être compris par autrui) ;
- Impulsivité dans le jeu (à relier à l'impulsivité dans le discours : logorrhée, débit élevé, non-respect des tours de parole, digressions) ;
- Chevauchements et interruptions de la parole de l'interlocuteur.

a. Logorrhée et débit de parole

- Séance n°2

Comportement du patient : Monsieur P. n'arrive toujours pas à gérer son excès de parole en début de séance et lors de la mise en commun des 8 termes. En revanche, il respecte la concision imposée par l'évocation écrite de mots, mais cette inhibition ne s'actualise pas dans son discours spontané.

Aide apportée par l'expérimentatrice : dès que le patient dérive vers une conversation parallèle trop longue, nous lui demandons de revenir au thème de la séance. Nous lui expliquons qu'il est important de veiller à respecter les 45 minutes de la séance.

Réaction du patient : il acquiesce et se concentre ensuite sur le jeu, mais sa logorrhée reprend en fin de séance.

- Séance n°6

Comportement du patient : nous observons toujours un bavardage excessif en début de séance et au moment de la mise en commun des réponses. Mais Monsieur P. en a conscience et parvient à revenir au thème de la séance seul, sans incitation de notre part. De plus, il reste concis dans sa production écrite en se limitant à 8 mots.

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous encourageons le patient à continuer à être plus concis et informatif. En effet, il se plaint parfois de ses troubles articulatoires, mais avoue qu'ils s'intensifient lorsqu'il parle trop vite. Nous lui conseillons, lors des périodes de fatigue où ses troubles articulatoires s'accroissent, de ne sélectionner que les informations les plus pertinentes et de ralentir le débit. Ainsi, il pourra mieux se concentrer sur sa réalisation articulatoire. Nous demandons au patient de mettre en place cette stratégie pendant la séance, et même en dehors de celle-ci.

Réaction du patient : il se concentre davantage sur son débit et sa quantité de parole en fin de séance et arrive à les réduire. Cependant, ce point est à surveiller, car il lui semble difficile d'automatiser sa concision.

- Séance n°10

Comportement du patient : la logorrhée n'a pas diminué. Son discours est encore très abondant et son débit élevé en début de séance et pendant le jeu. Chaque image lui rappelle une idée et devient le point de départ d'une discussion. Monsieur P. peine à limiter ses productions verbales spontanément, alors qu'il peut se contenir volontairement. Notons également que ses remarques sont appropriées au thème et qu'il ajoute toujours des informations pertinentes.

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous le laissons monologuer dans l'optique qu'il parvienne à stopper de lui-même son discours.

Réaction du patient : il perçoit rapidement son excès de parole et s'en excuse. Il revient alors à la situation de jeu, mais ce comportement réapparaît en fin de séance. Le patient est donc capable de repérer cette attitude inadaptée et de se contrôler, mais il ne parvient pas à poursuivre cet effort en continu.

b. Polysémie et changement de catégorie sémantique

- Séance n°2

Comportement du patient : il est focalisé sur un aspect sémantique du mot et n'arrive pas à aborder un autre sens. Par exemple, pour « couteau » il pense au couteau de cuisine, mais pas au couteau comme arme. Par ailleurs, son évocation est descriptive et il colle beaucoup à l'image. Pour « couteau » il évoque les éléments directement visibles comme « manche » ou « lame ». Il fait peu appel à l'abstraction.

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous lui expliquons qu'il doit se détacher du support imagé, afin de ne pas évoquer uniquement une acception du mot. Par exemple, pour « couteau », nous lui indiquons qu'il aurait pu penser également à une arme blanche. Nous faisons le lien avec la situation de communication : pour un même mot, notre interlocuteur peut penser à une signification différente de la nôtre. Ne pas en tenir compte peut perturber la compréhension de l'interlocuteur, en raison d'un manque d'informativité. De même, lorsque nous sommes récepteurs, nous ne pouvons pas tout percevoir d'un message si nous restons focalisés sur un seul sens d'un mot. Nous lui proposons aussi de manière implicite différentes manières d'explorer d'autres champs sémantiques. Dans notre liste, nous évoquons des sentiments (« rêve » pour « magie »), nous allons vers une évocation plus abstraite (« modernité » pour « ordinateur ») ou plus globale (« autobiographie » pour « journal intime »).

Réaction du patient : il reste sur une évocation très descriptive et ne se sert pas de nos stratégies. Pour le mot « ordinateur », il donne « clavier », « souris », « écran », « unité centrale ». Il ne fait pas assez de liens entre les différentes catégories sémantiques.

- Séance n°6

Comportement du patient : il évoque dans des catégories sémantiques plus vastes et ne se focalise plus sur un seul champ sémantique. Par exemple, pour « lune », il note « astre », « nuit », mais aussi « étourdi » ou « Pierrot ». Il semble adopter certaines de nos stratégies, comme le recours à des mots plus abstraits ou imagés. Son évocation est moins descriptive, et il ne reste plus esclave du support visuel.

- Séance n°10

Comportement du patient : Monsieur P. rencontre quelques difficultés de flexibilité mentale. A deux reprises, il n'arrive pas à changer de catégorie sémantique pour évoquer les 8 mots. Mais globalement, son évocation lexicale est plus large et il envisage le mot cible de diverses manières. Par exemple, pour « livre », il donne « lecture », « bibliothèque », « éditeur », « études » ou encore « savoir ».

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous lui suggérons de penser à tous les sens que peut recouvrir un mot et ne pas s'arrêter sur sa signification première. Nous lui conseillons de fournir un hyperonyme, un synonyme, une action, un adjectif ou une émotion associée.

Réaction du patient : il se sert des stratégies et des conseils apportés. Il va évoquer des notions plus abstraites lorsqu'il manque d'inspiration. Pour « jumeaux », il donne « ressemblance », « double », mais aussi « complicité » et « inséparable ». Le changement de catégorie sémantique paraît donc plus aisé.

c. Impulsivité

- Séance n°2

Comportement du patient : il écrit les mots sans réfléchir préalablement à leur pertinence, ce qui le conduit à barrer par la suite de nombreuses propositions. Sa feuille est donc saturée en ratures. Par exemple, il donne « magicien » pour la carte « magie » et se corrige seulement lors de la mise en commun des mots, alors qu'il connaît la règle interdisant de donner des mots de racine commune.

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous lui conseillons de garder un temps de réflexion avant d'évoquer les mots à l'écrit, afin de se concentrer sur l'adéquation du mot sélectionné aux règles, au thème et à l'interlocuteur.

Réaction du patient : il ralentit son rythme de jeu et parvient à noter les mots sans les barrer et les modifier par la suite.

- Séance n°6

Comportement du patient : son impulsivité persiste, puisqu'il ne réfléchit pas assez à la pertinence de ses choix lexicaux et raye à plusieurs reprises ses productions.

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous lui rappelons l'inadaptation de ce comportement, et lui soulignons la nécessité de contrôler son empressement. Nous établissons le lien avec son impulsivité dans la communication (interruptions de parole, débit rapide, expression très abondante). De plus, nous ajoutons un élément à la règle du jeu pour les prochaines manches : une fois qu'un mot est écrit, il est interdit de le barrer. Ainsi, le patient doit inhiber la première réponse qui lui vient à l'esprit, et s'assurer que le mot choisi lui convient.

Réaction du patient : il respecte la nouvelle règle du jeu. Il prend davantage de temps pour sélectionner les mots et inhibe son empressement.

- Séance n°10

Comportement du patient : il maîtrise mieux son impulsivité, sa feuille ne contient presque plus de ratures. Il réfléchit davantage avant d'écrire, ce qui lui vaut de bien sélectionner les mots, sans nécessiter d'en changer ultérieurement.

d. Tours de parole

- Séance n°2

Comportement du patient : nous relevons des interruptions et des chevauchements du discours de l'interlocuteur à plusieurs reprises lors des échanges parallèles au jeu.

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous lui signalons son absence de respect des tours de parole et son impulsivité, afin qu'il prenne conscience de la régularité de ce comportement.

Réaction du patient : il semble d'abord étonné de ne pas avoir respecté les tours de parole, ce qui signe une mauvaise conscience de ce trouble. Il est ensuite plus attentif à ses interruptions intempestives et se contrôle davantage.

- Séance n°6

Comportement du patient : les tours de parole ne sont toujours pas respectés. En début de séance, il monologue et reste focalisé sur ses pensées, sans repérer ses interruptions. En revanche, il écoute nos réponses au moment de la mise en commun orale des mots.

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous n'intervenons pas au moment de ses interruptions de parole pour qu'il soit capable de s'autoévaluer et s'autocorriger.

Réaction du patient : il s'excuse à une reprise, mais dans les autres cas, il ne semble pas conscient de son comportement.

- Séance n°10

Comportement du patient : il lui arrive encore de ne pas respecter les tours de parole lors des échanges autour du jeu, mais il le remarque rapidement et s'en excuse. Il lui est donc difficile de contrôler ce comportement, mais il en est davantage conscient. Il tente de limiter son impulsivité en situation de conversation.

2.2.3. Séances de Taboo®

Lors de ces séances, nous avons observé plusieurs aptitudes communicatives chez Monsieur P. Son feed-back verbal et non verbal est varié (mimiques, interjections, questions à l'interlocuteur pour lui faire préciser sa pensée...). Il a démontré de bonnes capacités d'inhibition dans le jeu, en respectant les interdits et les mots tabous. Les interruptions et les chevauchements sont absents pendant le jeu et restent rares dans les échanges parallèles, ce qui semble s'améliorer au fil des séances. Ses capacités d'anticipation des pensées d'autrui sont adéquates, car il écoute les indices de son interlocuteur et adapte son message en fonction d'eux. La cohérence de son discours est meilleure, puisque les informations qu'il apporte sont progressives. Il rappelle les notions

connues avant les nouvelles. Les pronoms choisis sont bien référencés, la cohésion est donc adéquate. Nous ne relevons pas de digression dans le jeu, les indices fournis sont toujours proches du mot-cible. Ses choix lexicaux sont précis et pertinents, sans emploi de mots grossiers. Le rappel des règles aux séances 7 et 12 est correct, car il met en évidence les éléments essentiels de la règle du jeu, ce qui signe une bonne informativité.

En dehors de ces aspects positifs, nous notons également deux altérations majeures :

- Logorrhée entre les tours de jeu, digressions et absence de respect de la contrainte temporelle ;
- Persévérations et manque d'apport d'informations nouvelles (à relier à sa faible prise en compte des pensées d'autrui et aboutissant à un manque d'informativité).

a. Logorrhée et digressions

- Séance n°3

Comportement du patient : nous observons toujours une logorrhée entre les tours de jeu. Le patient réalise de nombreux commentaires sur les mots cibles, puis une idée lui en rappelle une autre, ce qui le conduit à digresser. En revanche, ses énoncés sont concis lors du jeu. Mais Monsieur P. ne respecte pas la contrainte temporelle. Il continue à parler en dehors du temps imparti. Il n'arrive pas à prêter attention au sablier, car il est focalisé sur ses explications. Nous pouvons relier cela à son problème d'attention divisée.

Aide apportée par l'expérimentatrice : pour permettre au patient de gérer la limite de temps, nous plaçons le sablier bien en face de lui et nous lui demandons, lorsqu'il est émetteur, d'observer régulièrement le temps restant. Dès qu'il dépasse cette limite, nous le stoppons. Nous expliquons que le respect du temps en situation de jeu est un bon exercice pour contrôler sa quantité de parole. Ceci lui permet de mieux percevoir le temps qu'il passe à monologuer.

Réaction du patient : il ne parvient pas à se concentrer sur ses indices tout en considérant le sablier et le temps restant. Il reste focalisé sur son message et oublie la contrainte temporelle. Toutefois, il semble avoir pris conscience de cette difficulté.

- Séance n°7

Comportement du patient : durant le jeu, il est plus attentif au temps et regarde plus souvent le sablier ainsi que sa montre. Il affirme mieux arriver à se concentrer sur deux éléments à la fois (le temps et une activité mentale). En effet, il est amateur d'un jeu sur son téléphone qui nécessite de tenir compte de deux paramètres simultanément. Il explique avoir plus de facilités à penser au temps tout en jouant. Toutefois, en séance, il continue parfois à parler alors que le temps est écoulé. De plus, il a toujours tendance à la digression. Il est fréquent que le jeu dérive vers une conversation parallèle. Nous notons aussi qu'il s'interrompt lui-même et ne termine pas toujours ses phrases, ce qui peut s'expliquer par sa difficulté à inhiber. En effet, dans sa logorrhée, plusieurs idées affluent en même temps, et il les exprime sans avoir terminé la phrase précédente.

Aide apportée par l'expérimentatrice : lorsque Monsieur P. dépasse le temps imparti, nous le laissons continuer, jusqu'à ce qu'il remarque par lui-même son excès de parole. Nous faisons de même pour ses digressions, afin de développer sa conscience de ce trouble et son inhibition.

Réaction du patient : il remarque ne pas avoir respecté la contrainte temporelle à certains moments. Par la suite, il regarde plus souvent le sablier. Mais il ne semble pas conscient ses digressions dans les échanges parallèles au jeu.

- Séance n°12

Comportement du patient : Monsieur P. a toujours tendance à beaucoup parler en début de séance et entre les tours de jeu. Mais son débit est plus lent, il est plus intelligible et marque davantage de pauses. Il lui arrive encore de digresser. Il a du mal à rester sur le thème de la discussion, car une idée lui en rappelle une autre. Mais il peut revenir seul au sujet. Nous remarquons également qu'il arrive à achever ses phrases, il ne s'interrompt plus comme auparavant. Dans l'ensemble, il paraît moins impulsif dans sa communication. Il est aussi plus vigilant au sablier et dépasse rarement le temps imparti.

Aide apportée par l'expérimentatrice : concernant sa logorrhée en dehors des tours de jeu, nous lui faisons remarquer le temps passé à discuter et tentons de ramener la conversation à l'objet de la séance. Pour le rendre conscient de ses digressions, nous lui demandons comment il en est venu à ce point de la conversation.

Réaction du patient : il est lui-même étonné de ses digressions (« Ah mais oui, comment ça se fait que je vous parle de ça ? »), mais il parvient à retrouver l'enchaînement de ses idées. Il comprend qu'il est souvent trop prolix et qu'il devrait revenir plus rapidement au sujet. Par la suite, il reste plus concentré sur le jeu, sans partir dans de longs échanges parallèles. En fin de séance, il contrôle également son discours.

b. Persévérations et manque d'apport d'informations nouvelles

- Séance n°3

Comportement du patient : lors des premiers tours de jeu, Monsieur P. n'arrive pas à changer de stratégie pour nous aider à trouver la réponse. Il reste focalisé sur son indice initial et ne parvient pas à ajouter de nouveaux éléments pertinents, ce qui induit un manque d'informativité.

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous lui faisons prendre conscience de ses persévérations dans ses indices, en lui indiquant les cas où nous n'arrivons pas à trouver le mot cible, alors qu'il reprenait les mêmes éléments. Nous lui fournissons différentes stratégies de façon implicite telles que donner le synonyme d'un mot (« luminaire » au lieu de « lampe »), préciser la catégorie à laquelle appartient le mot (pour « architecte », « c'est une profession... ») ou faire appel à des références communes (pour la « psychologie », indiquer que c'est le domaine de l'un des professionnels de l'UEROS).

Réaction du patient : il arrive à augmenter le nombre de ses stratégies afin d'ajouter des indices nouveaux quand il n'a pas été assez informatif pour son interlocuteur. Il s'est réapproprié les techniques que nous lui avons fournies implicitement. Monsieur P. fait plus de liens entre les différents sens que peuvent revêtir les mots. Il fait même preuve d'inventivité en s'aidant de références partagées avec nous-mêmes (pour « pirate », il s'aide du slogan d'une publicité bien connue). Il arrive à prendre conscience des moments où son interlocuteur est en difficulté pour trouver la réponse, et changer alors de stratégie. Il prend de plus en plus en considération les pensées et les paroles d'autrui, et a davantage accès à la théorie de l'esprit (pour « blaireau », il explique sa pensée « je voulais vous parler du blaireau utilisé autrefois par les hommes pour se raser, mais je me suis dit que vous ne connaissez pas »).

- Séance n°7

Comportement du patient : lorsqu'il est en position d'émetteur, il ajoute des informations pertinentes qui permettent à l'autre de trouver le mot cible. Par exemple, pour « plume », il dit « c'est quelque chose qui permet à des animaux de se maintenir en l'air », puis comme nous ne trouvons pas, il complète par « c'est quelque chose qui remplace les poils ». Ceci est possible notamment parce qu'il appréhende le mot plus largement, avec ses divers sens, et qu'il prend davantage en compte les pensées d'autrui. Pourtant, il lui arrive encore de persévérer. Il reste bloqué sur certains mots, sans réussir à changer d'indices pour permettre de nous les faire deviner. Par exemple, pour « Jeux olympiques », il a proposé « c'est quelque chose qui a pour origine la Grèce Antique ». Il est resté focalisé sur cette information, sans pouvoir en apporter une supplémentaire.

Aide apportée par l'expérimentatrice : à la fin du tour de jeu, nous proposons au patient de reprendre la carte sur laquelle il a persévéré, et de continuer à trouver lui-même des informations supplémentaires. Nous lui permettons de réfléchir sans être pressé par la contrainte temporelle, pour qu'il se concentre uniquement sur les stratégies. Nous lui donnons aussi des conseils tels qu'utiliser le contexte inducteur (complétion de fins de phrases), l'hyperonyme (« c'est un événement/un objet », au lieu de dire « c'est quelque chose ») ou s'aider de la mimique.

Réaction du patient : il reprend l'idée du contexte inducteur, dont il se sert par la suite presque exclusivement en fin de séance. Il est donc capable de se s'approprier nos stratégies. Monsieur P. arrive plus facilement à changer sa manière de donner les indices. Il arrive à faire le lien entre les différents sens que recouvre un mot. En effet, pour le mot « patient », après avoir constaté que son indice initial (« un homme qui est pressé n'est pas... ») n'était pas assez informatif, il est passé à un autre indice (« c'est un locataire d'une clinique »). Toutefois, il a nécessité un temps assez important pour pouvoir passer d'une stratégie à l'autre.

- Séance n°12

Comportement du patient : il persévère moins pour nous faire deviner les mots. Lorsqu'il n'y arrive pas, il utilise de nombreuses stratégies évoquées dans les séances précédentes, ce qui témoigne de ses capacités à généraliser les acquis. Il se sert par exemple de paroles d'une chanson pour nous faire trouver le mot cible, ou encore du contexte inducteur, des

synonymes ou des hyperonymes. Il arrive à ajouter des informations pertinentes pour compléter le sens de son indice quand il repère qu'il n'a pas été assez informatif. Par exemple pour « crise », il donne « en ce moment la France est en pleine... », puis il ajoute « les gens sont moroses, parce que la France est en ... ».

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous le félicitons de son recours aux diverses stratégies et lui indiquons que ceci lui permet d'être plus informatif et pertinent.

Réaction du patient : il partage ses ressentis quant à ses progrès. Il ressent plus de facilités et une meilleure performance dans les jeux. Dans la vie quotidienne, il se dit plus clair dans ses propos et affirme que ses proches le comprennent mieux.

2.2.4. Séances de Time's up Family®

Le patient s'est montré très impliqué et motivé lors de ces trois séances. Il s'est appliqué à mettre en place ce qui a été travaillé précédemment et à corriger certains de ces déficits. Les tours de parole sont respectés. Nous relevons de rares interruptions, immédiatement perçues par le patient. Le feed-back verbal et non verbal est toujours de très bonne qualité. La cohésion et la cohérence sont adéquates. En tant qu'émetteur, son évocation est en rapport avec le mot cible, il ne digresse pas. En position de récepteur, il trouve facilement les réponses. Il est à l'écoute et cherche à interpréter les pensées de son partenaire. Il convient aussi de noter que sa réflexion concernant ses troubles est très fine et juste.

Cependant, nous notons la présence de deux comportements inadaptes :

- Logorrhée et faible concision ;
- Manque d'informativité et de pertinence du discours.

a. Logorrhée et concision

- Séance n°4

Comportement du patient : ses indices sont concis, mais le discours parallèle au jeu est encore logorrhéique. Il ne parvient pas à transférer ses aptitudes en situation de jeu vers des conditions plus naturelles. De plus, le patient éprouve toujours des difficultés au niveau de la contrainte temporelle. Il continue à parler après le temps limite. Ceci pose problème lors de la communication, puisqu'il n'a pas conscience du temps qu'il passe à parler.

Aide apportée par l'expérimentatrice : pour permettre au patient d'être attentif au temps, nous lui demandons de gérer lui-même le sablier à chaque tour de jeu pendant toute la durée de la séance. Nous effectuons le lien avec le temps qu'il peut passer à monologuer dans une conversation, puisqu'il n'a pas conscience de la durée de sa contribution verbale.

Réaction du patient : Monsieur P. se montre plus attentif au temps du sablier, mais il reste davantage focalisé dessus que sur son message. Il est plus concentré sur le respect du temps que sur la qualité de ses indices. Toutefois, la contrainte temporelle est mieux respectée qu'en début de séance.

- Séance n°8

Comportement du patient : il a toujours tendance à la logorrhée. Il entame la séance en monologuant et nous laisse peu de place pour intervenir. Les indices qu'il fournit sont dans l'ensemble pertinents au niveau du sens, mais trop peu concis. Par exemple, pour « squelette », il propose « C'est quelque chose qui permet de supporter notre corps. C'est une armature sur laquelle nos muscles s'appuient. C'est un ensemble d'os ». Il donne plusieurs indications, d'abord assez larges, puis plus précises, mais trop longues. Il a des difficultés à sélectionner peu de termes communiquant un maximum de sens à son interlocuteur. Toutefois, la gestion de la contrainte temporelle est bien meilleure. Il arrive à porter son attention à la fois sur son jeu et sur le sablier.

Aide apportée par l'expérimentatrice : en début de séance, nous laissons le patient parler sans intervenir, en espérant qu'il remarque lui-même son monologue. Pour travailler la concision, nous lui demandons d'aller à l'essentiel, en ne sélectionnant que quelques mots, mais qui fournissent suffisamment de sens pour que nous trouvions aisément. Nous proposons aussi au patient un modèle de message concis. Par exemple, pour « plume », nous citons « les oiseaux en ont sur tout leur corps ».

Réaction du patient : il n'a pas pris conscience de son excès de parole et n'a pas réussi à stopper son monologue. Nous écourtons donc la conversation pour démarrer la prise en charge. Lors de son tour de jeu, le patient est plus rapide et concis dans ses indices (pour le « loup », il propose « c'est un animal sauvage qui ne doit pas entrer dans la bergerie »). Il prend conscience de l'importance de la concision et de la sélection de mots précis dans le jeu. Il comprend qu'il n'oriente pas assez clairement son interlocuteur vers le sens d'un mot et que poser le contexte lui est difficile. Nous faisons le parallèle avec la situation de communication où son apport d'informations est trop important. Nous rappelons que dans le milieu professionnel, cette concision et cette clarté des propos lui seront requises, d'autant plus qu'il envisage de travailler en milieu associatif où les échanges verbaux sont permanents.

- Séance n°11

Comportement du patient : nous notons toujours un excès de parole en début de séance, mais plus contrôlé qu'aux séances précédentes. Il parle moins entre les tours de jeu, et lorsque c'est le cas, il arrive à s'arrêter de parler spontanément et à ne pas relancer la discussion. Il semble avoir pris conscience de l'inadaptation de sa logorrhée. Nous repérons également un ralentissement du débit de parole et une augmentation des pauses dans son discours, ce qui laisse davantage de place à son interlocuteur pour intervenir. De plus, le patient réalise moins de digressions, il arrive mieux à se recentrer sur le thème de la conversation. La gestion du temps est meilleure. Il regarde plus souvent le sablier, et s'arrête lorsque le temps est écoulé. Nous pouvons mettre cela en lien avec le plus grand contrôle qu'il a de sa quantité de parole.

b. Informativité et pertinence

- Séance n°4

Comportement du patient : ses stratégies sont plus variées pour faire deviner les mots. Il a recours fréquemment aux synonymes (« intempéries » pour « tempête ») et aux hyperonymes (« c'est une profession... »). Toutefois, ses énoncés sont parfois peu pertinents. Quand son message manque d'informativité, il ne parvient pas toujours à préciser sa pensée, ni à trouver un nouvel indice plus clair pour son partenaire. Par exemple, pour « salade », il cite « les escargots aiment beaucoup en manger, mais les jardiniers ne sont pas contents », ce qui n'est pas suffisamment pertinent pour nous permettre de deviner.

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous lui faisons remarquer les fluctuations de son informativité et de ses capacités à changer de stratégie. Nous reprenons avec lui quelques mots qui lui ont posé problème, afin qu'il parvienne à trouver des indices supplémentaires plus adéquats.

Réaction du patient : il parvient à trouver des indices supplémentaires et à clarifier ses indices. Ainsi, pour le mot « salade », il ajoute « elle est verte et en général on en mange en début de repas ». Il avoue rencontrer des difficultés à préciser sa pensée, que ce soit dans le jeu ou dans la vie quotidienne. Mais nous notons qu'il est en demande de nouvelles stratégies, puisqu'il nous questionne à plusieurs reprises sur les indices que nous aurions pu fournir. Il semble donc plus soucieux des pensées et avis d'autrui.

- Séance n°8

Comportement du patient : lors de la première manche, certains de ses énoncés manquent encore d'informativité. Il emploie fréquemment le terme « quelque chose », mais ce terme générique n'apporte pas d'indice au partenaire. De plus, il ne donne pas la catégorie à laquelle appartient le terme. Par exemple, pour « plombier », il propose « en général, quand on l'appelle, il met longtemps à venir, c'est très cher, et il n'y en a jamais », sans expliquer que c'est un métier. Toutefois, nous notons que le patient utilise le contexte inducteur pour faire deviner les mots. Il s'est donc approprié notre stratégie des précédentes séances. Par ailleurs, nous ne relevons pas de persévération. Il s'adapte à son interlocuteur et fournit un nouvel indice lorsqu'il repère que nous ne trouvons pas.

Aide apportée par l'expérimentatrice : nous fournissons au patient des exemples d'indices plus précis lors de notre tour de jeu. Nous reprenons l'exemple du plombier en choisissant des éléments lexicaux qui font émerger rapidement le sens du mot cible (« C'est un métier dont le but est de réparer toutes les canalisations et tuyauteries »). Nous lui expliquons également que le terme « quelque chose » n'est pas assez porteur de sens et qu'il convient d'utiliser des choix lexicaux plus précis.

Réaction du patient : il n'utilise ensuite plus la formule générique « quelque chose », et privilégie des termes plus précis. Il pose davantage le contexte en précisant la catégorie lexicale. Par exemple, pour « saut à la perche », il précise « c'est un sport, dans l'athlétisme ». Ses indices sont donc plus pertinents.

- Séance n°11

Comportement du patient : il lui arrive à un moment de persévérer dans un message peu informatif. Il reste focalisé sur une vision du mot, sans élargir son sens pour permettre à son partenaire de trouver. Pour « poulet », il évoque l'animal, mais sans parler de son emploi le plus courant dans la langue, c'est-à-dire la viande (T.P. : « C'est un animal à deux pattes qui vit dans une basse-cour », CM : « une poule », TP : « non », CM : « un coq », TP : « non, c'est un coq qui n'a plus ses attributs de mâle »). Cette vision particulière du mot nuit à la compréhension de son interlocuteur, qui ne partage pas le même référent que lui. Cependant, nous ne notons pas d'utilisation de termes génériques comme lors de la séance précédente de Time's up[®]. Il utilise aussi des stratégies vues précédemment, comme le contexte inducteur (pour « passage piétons » il donne « quand on traverse la rue, on marche sur le ... » ou pour « prise », « quand on veut brancher un appareil électrique, on le branche sur une ... murale ») ou bien l'hyperonyme (pour « yaourt », il propose « c'est un produit laitier »). Il est donc capable de se réapproprier des stratégies d'une séance à l'autre.

Aide apportée par l'expérimentatrice : pour permettre au patient de ne pas se focaliser sur un certain aspect du mot, nous l'interrogeons sur les manières dont il pourrait faire deviner un terme. Par la suite, quand nous recevons les mêmes cartes que celles qui ont posé problème au patient, nous essayons d'apporter une définition élargie du mot. Par exemple, pour « poulet », nous donnons « c'est un animal dont on mange la viande, que l'on fait souvent rôtir, et dont on peut découper la cuisse, l'aile ou le blanc ». Nous l'encourageons également à poursuivre son effort dans le choix d'indices pertinents qui augmente l'adaptation de son message à l'interlocuteur.

Réaction du patient : il arrive à trouver d'autres indications pour faire trouver un terme. Par exemple, pour « poulet », il a proposé de parler de la police, puis de donner le mot « frites » pour faire deviner l'aliment, ou pour « rugby » il propose « le sport pratiqué par le tournoi des six nations c'est le... », puis il ajoute « le ballon est ovale ». Il parvient à changer de stratégie et à apporter de nouveaux éléments plus informatifs pour faire deviner un mot à son partenaire.

2.3. Ateliers de groupe

Comme pour le précédent patient, les deux séances de groupe se sont déroulées en milieu et fin de prise en charge, afin d'objectiver une généralisation des acquis en situation individuelle vers un contexte moins protégé et plus naturel.

Lors des interactions verbales en atelier jeu, nous avons observé quatre comportements communicatifs entraînés individuellement.

2.3.1. Logorrhée

a. Atelier n°1

Monsieur P. est concis dans ses propos au moment de mettre en commun les réponses du questionnaire. Nous n'observons pas de logorrhée dans les conversations parallèles, contrairement aux séances individuelles. Il explique volontiers la règle aux autres stagiaires qui ne connaissent pas le jeu, en leur précisant certains points. Il est en interaction avec tous les membres du groupe, et n'hésite pas à faire de l'humour avec ses collègues. Il lui arrive de discuter en fin de manche, mais il s'arrête dès que le jeu reprend. Lors de cette séance de groupe, sa contribution verbale est plus adéquate qu'en début de prise en charge. Cependant, nous notons que le respect du temps est toujours difficile. Il est attentif au sablier lors des tours de jeu de ses adversaires. Mais lorsqu'il est émetteur, il reste focalisé sur ses indices et continue à parler alors que le temps de jeu est écoulé. Il ne parvient pas à se concentrer sur son discours et le temps restant.

b. Atelier n°2

Entre les tours de jeu, sa quantité de parole est maîtrisée, contrairement à ce que l'on constate en séances individuelles. Son comportement logorrhéique ne s'observe pas en situation de groupe. Il explique les règles à son coéquipier de façon très concise et cohérente. Il lui fournit des indices courts et précis au cours du jeu. Lors de cet atelier, il est également très attentif au temps du sablier, que ce soit quand il joue ou lors des tours de jeu des autres équipes. Son émission verbale est donc beaucoup plus adaptée à la contrainte temporelle.

2.3.2. Tours de parole

a. Atelier n°1

Il respecte les tours de parole et les tours de jeu. En revanche, il paraît déstabilisé au moment où l'un des stagiaires l'interrompt lors de l'explication des règles du jeu. Nous remarquons qu'il n'a pas tenté de chevaucher la parole de son interlocuteur, mais a stoppé son message en attendant qu'il ait terminé. Cette réaction est adaptée à la communication. Il a donc été placé dans la position inverse, celle où il est interrompu par son interlocuteur. Il est probable que la confrontation aux troubles des autres stagiaires contribue à une plus grande prise de conscience de ses propres difficultés. Les tours de parole semblent donc mieux respectés qu'en situation individuelle.

b. Atelier n°2

Monsieur P. respecte les tours de parole dans le jeu et dans le discours parallèle. Nous notons qu'il interrompt à une reprise la parole d'un membre d'une autre équipe, mais il le remarque immédiatement et s'en excuse. Ce comportement s'est amélioré, puisqu'auparavant il n'en avait même pas conscience.

2.3.3. Impulsivité

a. Atelier n°1

Il fait preuve d'impulsivité lors de la 2^{ème} manche. En effet, à deux reprises, il propose plusieurs mots par carte au lieu d'en évoquer un seul. Toutefois, il semble mieux contrôler son empressement verbal, puisque sa quantité de parole est plus restreinte, et les tours de parole sont mieux respectés.

b. Atelier n°2

Nous relevons certains comportements marquant une légère impulsivité. D'une part, lors de l'explication des règles par écrit, le patient raye de nombreux mots, en raison d'un empressement pour mettre ses idées à l'écrit. D'autre part, lors de la 2^{ème} manche, il répond sans réfléchir, ce qui lui vaut de se tromper alors qu'il connaissait la réponse. Mais la meilleure maîtrise des tours de parole et de sa quantité de discours signent une plus grande inhibition verbale et comportementale.

2.3.4. Informativité et persévérations

a. Atelier n°1

Les indices émis par Monsieur P. pour faire deviner un mot à son partenaire sont assez pertinents (« C'est un endroit où on conserve les objets anciens » pour le mot « musée » lors de la 1^{ère} manche). Ses choix lexicaux sont précis (« farine » pour « moulin » à la 2^{ème} manche). Mais on constate encore quelques difficultés d'informativité. Dans certains cas, ses indices ne sont pas suffisamment prégnants au niveau du sens pour permettre à son interlocuteur de deviner le mot (« Astérix en a une belle » pour « moustache »). De plus, les réponses au questionnaire sont assez pauvres. Il n'apporte pas toutes les informations requises pour expliquer la règle du jeu (il oublie de mentionner les interdits). Nous constatons toutefois qu'il persévère moins, car il tente d'ajouter d'autres indices lorsqu'il repère que son interlocuteur ne parvient pas à trouver le mot cible. Le message du patient semble donc être plus adapté à autrui.

b. Atelier n°2

En situation de jeu, Monsieur P. est informatif. Il sélectionne des informations pertinentes lors de la 1^{ère} manche. Lorsqu'il est émetteur, ses indices sont concis et précis (pour « chaussettes », il propose « on les enfle le matin aux pieds avant de mettre ses chaussures »). Ses choix lexicaux sont aussi appropriés lors de la 2^{ème} manche. Il reprend les indices donnés lors des tours de jeu précédents. Sa stratégie est donc adaptée. Ceci est confirmé par son explication écrite et orale des règles qui regroupe tous les éléments fondamentaux du jeu. Par ailleurs, quand son interlocuteur ne trouve pas le mot cible, il ne persévère plus dans ses indices. Il arrive à trouver des informations complémentaires pertinentes afin de lui permettre de répondre correctement. Toutefois, il a encore besoin de temps pour changer de stratégie. Nous pouvons affirmer que son discours dans le contexte du jeu est plus informatif, et qu'il parvient mieux à préciser ses énoncés en cas d'incompréhension de son interlocuteur.

2.4. Synthèse de la prise en charge

Notre intervention s'est centrée sur les troubles de la pragmatique du langage de Monsieur P. révélés dans le bilan et en séance de rééducation. Des aides explicites et implicites ont été apportées au patient en fonction des incompétences communicatives rencontrées. Au cours de notre rééducation, plusieurs paramètres pragmatiques semblent avoir évolué chez ce patient. Les ateliers de groupe nous ont permis d'analyser si les nouvelles aptitudes exercées en séance individuelle se généralisaient en situation plus écologique.

La logorrhée du patient est un peu plus contrôlée qu'en début de prise en charge. Il a pris conscience de son excès de parole, et du temps qu'il passe à monologuer. Nous notons aussi qu'il manifeste un plus grand intérêt à son interlocuteur, car il essaye d'adapter sa quantité de message et son débit à autrui. Il parvient maintenant à repérer son comportement logorrhéique et à l'inhiber parfois spontanément. En situation de jeu individuel ou de groupe, sa concision s'est intensifiée, mais elle reste fragile en conversation. Nous relevons des fluctuations dans la maîtrise de sa contribution verbale, puisque sa logorrhée est encore perceptible dans les échanges en séance individuelle, mais s'efface en situation de groupe. Malgré ces divergences, la concision de Monsieur P. semble avoir évolué plutôt positivement.

Parallèlement à cette baisse de la logorrhée, nous relevons aussi un plus grand respect du thème. Le patient digresse moins, que ce soit dans le jeu ou dans les échanges spontanés. En conversation, il lui arrive encore de dévier du sujet, mais il parvient mieux à se recentrer.

Les tours de parole sont quant à eux davantage respectés. En fin de prise en charge, nous repérons quelques interruptions dans le discours du patient, mais elles restent exceptionnelles, surtout en situation de groupe. Monsieur P. a remarqué cette attitude et a compris la gêne ressentie par l'interlocuteur. Il est capable d'identifier ses interruptions et de s'autocorriger, ce qui augmente la qualité de son interaction verbale.

Son inhibition est bien meilleure, que ce soit dans le jeu ou lors des discussions. Il prend davantage de temps pour élaborer ses stratégies. Ses choix lexicaux sont plus adaptés à son interlocuteur et ses informations sont plus pertinentes. Son impulsivité verbale paraît plus maîtrisée. En effet, les tours de parole sont respectés et sa participation aux échanges est plus nuancée en contexte duel ou groupal.

Le discours du patient est également plus informatif. Il parvient à mettre en évidence les éléments pertinents lors du rappel des règles et produit des indices plus précis. Au cours des jeux, il ne se focalise plus sur un sens trop restreint et semble considérer les mots de façon plus globale. Ceci favorise l'adaptation de son message à autrui, car ses choix lexicaux ne pourront être que plus pertinents. En situation de jeu, il est désormais capable d'apporter à son partenaire des informations supplémentaires plus précises et développe des stratégies pour que son message soit plus adapté à autrui. Enfin, il est beaucoup plus conscient de son manque d'informativité et s'applique à améliorer ce paramètre. Il sait que ce comportement nuit aux interactions dans sa vie quotidienne.

Nous relevons aussi une cohérence de son discours en situation de jeu. Les idées sont articulées et forment une continuité logique. Les indices sont progressifs et amènent peu à peu l'interlocuteur vers le mot cible. En conversation, son message est également plus cohérent, car il s'appuie sur les éléments connus ou non de son interlocuteur.

La majorité des éléments que nous venons d'étudier atteste d'une plus grande prise en compte des intentions d'autrui. En contexte de jeu, Monsieur P. est attentif aux pensées de son partenaire et persévère moins dans sa stratégie. De plus, il est à l'écoute des indices de son interlocuteur et adapte son énoncé en fonction. Lors des échanges parallèles au jeu, le patient nous questionne également sur nos avis, ce qui dénote une pensée moins égocentrée et davantage tournée vers les autres. Cette aptitude en ToM renforce l'évolution de ses compétences pragmatiques et assure l'ajustement de ses énoncés à ses interlocuteurs.

3. Bilan final

L'investigation de fin de prise en charge a eu lieu le 27.01.14. Nous complétons les épreuves du bilan initial par le recueil des impressions du patient et de l'équipe pluridisciplinaire sur l'état de sa communication à la fin de notre intervention. L'objectif est de centraliser un maximum d'éléments concernant les compétences pragmatiques de Monsieur P.

Le compte rendu de bilan détaillé du patient se situe en Annexe XVII. Nous avons placé le protocole PRUTTING et KIRCHNER en Annexe XVIII et le corpus de la conversation en Annexe XIX. Nous abordons à présent succinctement les appréciations de Monsieur P. ainsi que de certains membres de l'équipe de l'UEROS, puis nous synthétisons les habiletés pragmatiques observées au terme de notre prise en charge.

3.1. Ressentis du patient et avis de l'équipe pluridisciplinaire

Monsieur P. exprime avoir une meilleure conscience de ses troubles : manque de concision, digressions, interruptions, impulsivité, faiblesse de l'informativité, manque de prise en compte des pensées des autres. Selon lui, il arrive à les repérer, à les anticiper et à limiter leurs répercussions. Il affirme que les autres le comprennent mieux et le font moins répéter. Sa compagne lui aurait confié le trouver plus clair dans ses propos. De plus, il explique ressentir également une amélioration de son articulation, peut-être en raison du ralentissement de son débit et de la meilleure gestion de son impulsivité. Il trouve sa parole plus fluide et a l'impression de fournir moins d'efforts qu'auparavant pour parler.

L'ergothérapeute, la psychologue, le neuropsychologue et certains animateurs de l'UEROS ont également repéré la grande conscience qu'il a de ses troubles. Il est tout à fait capable de les identifier dans différentes situations (dans divers ateliers de la structure, auprès de différents intervenants) et peut les verbaliser, de manière à les canaliser par la suite.

3.2. Synthèse

Tous les éléments récoltés lors du bilan final et grâce à l'observation des interactions verbales du patient en fin de prise en charge nous permettent d'envisager certaines évolutions des aptitudes pragmatiques chez Monsieur P.

En compréhension :

- Meilleure compréhension des métaphores.

En expression :

- Ralentissement du débit ;
- Légère diminution de la logorrhée et meilleure concision (surtout en groupe) ;
- Plus grand respect des tours de parole en situation de groupe ;
- Impulsivité mieux contrôlée (baisse de la logorrhée et moins de chevauchements en groupe, pas de formule grossière) ;
- Prise de conscience des troubles de communication (tours de parole, logorrhée et concision, digressions et perte du fil du discours, informativité) ;
- Bonnes capacités de jugement des troubles et d'autocorrection (tentatives de limitation de ses inaptitudes pragmatiques) ;
- Plus grande prise en compte de l'interlocuteur (raccourcissements des monologues, pauses, débit moins élevé, discours moins focalisé sur sa pensée, nombreuses questions posées à autrui, plus grande place accordée à la parole de l'interlocuteur dans le dialogue) ;
- Actes de langage plus variés (requêtes plus nombreuses, commentaires, assertions).

Nous relevons la persistance de certaines incompétences pragmatiques chez ce patient.

En expression :

- Fluidité atteinte (phrases inachevées, bredouillements...) ;
- Manque de cohésion, problème de référence du pronom ;
- Nombreuses répétitions d'informations déjà connues ;
- Logorrhée et manque de concision (mais légère amélioration en situation duelle et bénéfiques plus nets en groupe) ;
- Insuffisance de respect des tours de parole avec des chevauchements, des interruptions (mais moins fréquents en situation de groupe) ;
- Absence de maintien du thème, digressions et perte du fil du discours ;
- Manque d'informativité, difficultés de contextualisation ;
- Manque de cohérence, de lien entre les idées, de précision de l'information connue avant l'information nouvelle.

Chapitre IV

ANALYSE DES RESULTATS

I. Validation de l'hypothèse

Au terme de la prise en charge, nous relevons des progrès au niveau des compétences pragmatiques des deux patients suivis. Elles concernent plus spécifiquement le versant expressif, la compréhension étant relativement préservée chez les deux sujets. Elles ont évolué au cours de la prise en charge et se maintiennent lors du bilan final. Ces habiletés semblent se généraliser en situation de groupe, ce qui signe une automatisation des acquis du travail individuel en contexte plus naturel.

Individuellement, la qualité de la communication de chacun des patients s'est améliorée. Monsieur C. a développé son initiation verbale, son style communicatif, sa précision lexicale et son feed-back. Pour Monsieur P., les évolutions majeures concernent son débit verbal et sa plus grande concision. De manière générale, nous constatons chez les deux sujets un regain d'intérêt pour l'interlocuteur en situation de communication. Leur discours est plus adapté à autrui, ce que l'on peut corrélérer à leur pensée moins égocentrée en contexte de jeu. Ils produisent plus de requêtes et respectent davantage les tours de parole. Monsieur C., le patient le plus inhibé, a intensifié sa participation aux interactions verbales, tandis que Monsieur P., le sujet le plus impulsif, a limité son monologue et ses persévérations. Le tableau suivant récapitule les paramètres pragmatiques sensibles à l'intervention à l'issue du bilan final.

Monsieur C.	Monsieur P.	Les deux
-Mimogestualité et prosodie -Initiation verbale -Apport d'informations -Feed-back -Précision lexicale -Répétitions informatives -Style communicatif	-Débit verbal, pauses -Monologue et concision	-Compréhension du langage non littéral -Respect des tours de parole -Actes de langage (requêtes)

Toutefois, ces améliorations sont à nuancer, puisque tous ces éléments n'ont pas progressé avec la même intensité. Certains comportements communicatifs sont adaptés en situation de groupe, mais restent problématiques en contexte individuel. Par exemple, la concision de Monsieur P. fluctue selon le cadre des échanges, de même que le respect des tours de parole des deux sujets. Le groupe semble canaliser davantage leur impulsivité verbale et favorise l'adaptation de leur discours à autrui.

Nous constatons également que les paramètres pragmatiques non réceptifs ou peu sensibles à notre prise en charge au terme du bilan ont tous évolué positivement au cours de la rééducation en situation de jeu individuel ou en groupe. Pour Monsieur C., des difficultés dans l'introduction d'un nouveau sujet, le changement de thème et l'adaptation de certains choix lexicaux subsistent. La cohésion et la cohérence du discours de Monsieur P. demeurent inadéquates. Sa logorrhée et ses digressions ont diminué, mais elles restent parfois gênantes dans les échanges. Les tours de parole peuvent encore être transgressés par les deux patients et leur message n'est pas toujours informatif. Pourtant, tous ces éléments exercés ont nettement progressé au cours de notre prise en charge. Ce paradoxe témoigne d'un manque de généralisation des acquis en situation conversationnelle.

L'un des attraits majeurs de cette intervention basée sur les jeux est d'avoir suscité auprès des deux patients une prise de conscience de leurs troubles communicatifs. La rééducation individuelle les a confrontés aux difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans toute interaction verbale (manque d'informativité et de cohérence, interruptions et chevauchements, faible initiation verbale ou au contraire trop forte contribution...). L'intervention de l'expérimentatrice combinée au jeu, support d'interaction, les a aidés à percevoir l'état actuel de leurs compétences communicatives, et leur évolution au fil des séances. Les ateliers de groupe ont probablement renforcé cette réflexion sur leurs troubles, en raison de « l'effet miroir » entre les pairs. Comme l'affirment COHADON et coll. [7], la confrontation aux difficultés des autres amène un questionnement sur ses propres dysfonctionnements. De plus, chacun des membres n'hésite pas à faire part aux autres de ses remarques concernant la qualité d'un énoncé, d'autant plus en situation de jeu où il s'agit de l'emporter. MAZAUX et coll. [49] insistent sur l'importance considérable de cette prise de conscience des déficits dans la réhabilitation de la communication. Elle est fondamentale pour que les patients puissent juger de l'adéquation de leur comportement et ajuster leur message à leur interlocuteur. Même si certaines habiletés pragmatiques restent encore fragiles chez nos deux patients, leurs nombreuses tentatives d'autocorrection signent une évolution favorable de ces compétences.

Nous pouvons donc prétendre à l'efficacité de notre intervention sur la réhabilitation de certaines compétences pragmatiques. Nous allons à présent étudier précisément les probables bénéfices du jeu sur l'évolution de ces troubles.

II. Hypothèses relatives aux impacts des jeux dans la rééducation des habiletés pragmatiques

Suite à la progression de plusieurs comportements communicatifs des deux patients, nous pouvons présumer de l'impact des jeux sélectionnés sur les troubles de la pragmatique du langage. Cependant, nous n'avons pas les moyens d'affirmer avec certitude un lien direct de cause à effet entre l'utilisation d'un jeu et l'amélioration d'une compétence. Nous ne pouvons que supposer les bénéfices qu'ils ont pu apporter aux troubles. Chaque jeu exerce de façon plus ou moins intensive un élément pragmatique. Néanmoins, nous avons tenté d'isoler les rôles que pourrait jouer chacun d'eux dans la progression d'une aptitude communicative spécifique. La liste suivante permettrait à tout thérapeute intéressé de sélectionner un jeu adapté à la prise en charge d'un paramètre pragmatique précis. Ce choix est éclairé par l'explication des processus impliqués.

1. Mimogestualité et prosodie

Le Puissance 4[®], les Dames[®] et Unanimo[®] offrent tous les trois des situations induisant l'expressivité des émotions au niveau vocal et de la mimique. Ces jeux, bien que non verbaux, favorisent le développement des modalités paralinguistiques et non verbales (mimique de désapprobation, d'hésitation, onomatopées et modulations vocales marquant les sentiments...). Le Taboo[®] assure l'interaction verbale impliquant les modulations prosodiques et la mimique (joie, doute, déception...). Le Time's up

Family[®] requiert l'utilisation du mime, des expressions faciales, des bruitages ou encore de la prosodie, lors de la 3^{ème} manche.

2. Ralentissement du débit verbal

Les capacités sous-jacentes à ce comportement sont exercées par le Puissance 4[®], les Dames[®] et Unanimo[®]. Ils assurent une inhibition et un contrôle de l'impulsivité. Le Taboo[®] et le Time's up Family[®] permettent quant à eux un ajustement du débit de parole à l'interlocuteur, car un indice donné trop rapidement n'est pas compréhensible par autrui.

3. Initiation verbale

La création de stratégies et la mise en place d'actions sont favorisées par le Puissance 4[®] et les Dames[®]. Le jeu Unanimo[®] implique l'initiation écrite, par la sélection de 8 mots, et orale, grâce à la mise en commun des résultats. La contribution verbale est requise au Taboo[®] et au Time's up Family[®] (manches 1 et 2), car les participants doivent alternativement prendre la position de l'émetteur et du récepteur.

4. Ajout d'informations et progression du discours

Le Puissance 4[®] et les Dames[®] entraînent la planification et la mise en place de stratégies adaptées à celles de l'adversaire. Cette démarche va de pair avec l'apport d'informations nouvelles au discours, en fonction des éléments apportés par l'interlocuteur. Unanimo[®] exerce également ce comportement par l'évocation de 8 mots distincts issus de diverses catégories sémantiques. Le Taboo[®] et le Time's up Family[®] réclament l'élaboration de multiples indices et l'introduction de nouvelles informations lorsque le partenaire est incapable de répondre.

5. Concision

Le Puissance 4[®], les Dames[®] et Unanimo[®] requièrent une inhibition de l'impulsivité. Ce sont tous des jeux non verbaux qui nécessitent une réflexion sur les stratégies et donc un contrôle de la participation verbale. De plus, l'évocation lexicale est limitée à 8 mots dans Unanimo[®]. Le Taboo[®] et le Time's up Family[®] impliquent l'élaboration d'indices courts en un temps restreint. Dans la 2^{ème} manche du Time's up Family[®], les joueurs doivent sélectionner uniquement des mots, ce qui restreint la quantité de message.

6. Limitation des répétitions informatives

La maîtrise des itérations est soutenue par l'inhibition des persévérations et le contrôle de l'impulsivité au Puissance 4[®] et aux Dames[®]. Ces jeux requièrent également la production de stratégies variées, tout comme il convient de diversifier les informations apportées en conversation. Unanimo[®] implique la sélection de 8 mots distincts, ce qui sollicite la production d'éléments dissemblables. Dans le Taboo[®] et le Time's up

Family[®], les participants doivent formuler des indices concis et introduire des informations originales.

7. Précision lexicale

Le Puissance 4[®] et les Dames[®] assurent l'adaptation des stratégies aux intentions de l'adversaire, ce que l'on peut corréler à l'adéquation des choix lexicaux à son interlocuteur. De même, dans le jeu Unanimo[®], les 8 termes sélectionnés doivent être en accord avec la pensée d'autrui. Lors du Taboo[®] et du Time's up Family[®], il convient d'émettre des mots précis, pertinents et adaptés au partenaire.

8. Tours de parole

La restriction des interruptions et des chevauchements est exercée par les tours de jeu dans tous les supports sélectionnés. De plus, Unanimo[®], Taboo[®] et Time's up Family[®] impliquent l'écoute et le respect des tours de parole lors de la mise en commun des mots pour le premier jeu, et tout au long de la partie pour les deux derniers.

9. Diversification du style communicatif et des actes de langage

Pour les jeux non verbaux tels que le Puissance 4[®], les Dames[®] et Unanimo[®], les échanges parallèles suscités par ces supports amènent la production de commentaires, d'interjections ou bien de requêtes. Lors du Taboo[®] et du Time's up Family[®], les participants utilisent diverses formes syntaxiques, formules de politesse, interjections, questions et commentaires.

10. Feed-back

Le Taboo[®] et le Time's up Family[®] requièrent la production de rétro-informations verbales et non verbales sur les indices d'autrui, en position d'émetteur comme de récepteur.

11. Compréhension des actes de langage indirects et des métaphores

Cette habileté est favorisée par l'anticipation des intentions sous-jacentes de l'adversaire au Puissance 4[®] et aux Dames[®]. Ils permettent de mieux cerner les messages implicites. Les jeux Unanimo[®], Taboo[®] et Time's up Family[®] impliquent l'interprétation des savoirs, des pensées et des intentions de son partenaire. Les joueurs doivent également percevoir les messages sous-entendus par leurs partenaires dans le Taboo[®] et le Time's up Family[®].

Les supports choisis font intervenir des fonctions cognitives très variées et nous ne prétendons pas à l'exhaustivité de nos explications. Nous exposons les facteurs les plus évidents dans l'amélioration des compétences pragmatiques de nos deux patients.

Il est complexe d'isoler l'action thérapeutique de chaque jeu, car il semblerait que l'interaction de tous les supports soit à l'origine de ces évolutions. Nous avons effectivement constaté des progrès de certaines habiletés d'une séance sur l'autre d'un même jeu, alors que d'autres supports ont été proposés entre elles. Chaque jeu intensifie l'exercice d'une compétence et consolide les acquis de la séance précédente.

Par ailleurs, tous les jeux sont axés sur la théorie de l'esprit (ToM), puisqu'ils nécessitent l'anticipation des intentions d'autrui. Il semblerait que la plus grande prise en compte de l'interlocuteur en conversation soit favorisée par l'attribution d'états mentaux à son partenaire. En effet, Monsieur C. et Monsieur P. ont développé leurs aptitudes en ToM en situation de jeu. A l'issue du bilan, nous observons qu'ils considèrent davantage leurs interlocuteurs lors des interactions. L'ensemble des jeux permettraient aux patients de se détacher de leur pensée égocentrée et d'accéder aux contenus mentaux d'autrui, ce qui accroît l'adaptation de leurs énoncés à leurs interlocuteurs.

Au-delà des fonctions cognitives sous-tendues par le jeu, nous avons remarqué qu'il est également le départ d'échanges parallèles spontanés. Cette fonction du jeu est renforcée par le climat de confiance qui s'instaure entre le patient et le thérapeute, propice à l'interaction verbale. En ce sens, il constitue un moyen de stimuler la communication, d'entraîner le respect des règles conversationnelles et d'exercer l'adaptation des comportements communicatifs à autrui.

Chapitre V

DISCUSSION

I. Limites et perspectives

1. Critiques du bilan

1.1. Protocole de Prutting et Kirchner

Ce test nous est apparu trop peu sensible aux évolutions des patients. Sa cotation selon les paramètres adéquat/inadéquat manque de nuance. En effet, nous avons remarqué lors du bilan final que certaines compétences pragmatiques des deux patients ont progressé, mais insuffisamment pour les qualifier d'adéquates. Le protocole ne permet pas de mettre en évidence les faibles améliorations, qui sont pourtant le signe d'un accroissement des habiletés des sujets. Il convient de sélectionner un protocole dont la gradation est plus fine, tel que le PFIC (présenté en Annexe III). Ceci assure l'établissement d'un profil communicatif représentatif des réelles aptitudes ou inaptitudes du patient.

Le protocole sélectionné s'est également révélé subjectif dans sa notation. Chaque examinateur peut percevoir un paramètre pragmatique différemment. Nous avons limité ce problème en complétant la grille de la conversation à deux observateurs (orthophoniste de l'UÉROS et nous-mêmes) lors du bilan initial. Cependant, pour des raisons techniques, nous n'avons pas pu reproduire cette démarche en fin de prise en charge. Elle aurait assuré une plus grande objectivité, grâce au regard d'un intervenant extérieur à la rééducation.

1.2. Protocole Montréal d'Évaluation de la Communication

L'une des contraintes majeures de la démarche en pré- et post-test est l'effet d'apprentissage possible concernant les deux épreuves proposées dans notre étude qui examinent la compréhension de la pragmatique. Effectivement, chaque bilan débutait par la conversation, puis se poursuivait par ces deux sous-tests, de façon à ce que la fatigabilité des patients réduise l'apprentissage. De même, nous avons fait passer ces épreuves dans leur intégralité, afin que le nombre important d'items atténue encore la possibilité de mémorisation des réponses. Précisons que l'effet d'apprentissage est d'autant moins probable que les deux patients présentent des troubles mnésiques épisodiques. Toutefois, il est important de souligner cet éventuel biais.

1.3. Éléments manquants

Pour augmenter les informations relatives aux aptitudes communicatives des patients, nous aurions pu proposer une échelle d'auto-évaluation et remettre un questionnaire à l'entourage en début et fin d'intervention. Le protocole MEC dispose justement d'une fiche d'évaluation de la conscience des troubles et d'un formulaire de dépistage MEC à l'intention des familles. Ces paramètres nous auraient renseignés sur les modifications constatées par les proches depuis l'accident, comparativement à la qualité antérieure de leur communication. En effet, il est parfois difficile d'identifier si un

comportement communicatif inadapté résulte de la pathologie, ou bien s'il fait partie de la personnalité du patient. Par exemple, nous pouvons imaginer que l'inhibition verbale de Monsieur C. ou la logorrhée et les digressions de Monsieur P. étaient déjà présentes avant leur TC. Les informations récoltées dans leur milieu habituel d'interaction verbale auraient soulevé ces interrogations. L'entourage aurait également pu nous indiquer toute progression des compétences communicatives perçues parallèlement à notre intervention, ce qui aurait attesté d'un transfert des acquis en contexte naturel. Par ailleurs, nous avons repéré chez les deux sujets une prise de conscience de leurs troubles communicatifs au cours de la prise en charge. L'échelle d'autoévaluation nous aurait permis de quantifier cette évolution.

2. Critiques de la prise en charge

2.1. Population

Dans le cadre de notre étude, nous n'avons pu suivre que deux patients, puisque la constitution d'une population s'est avérée difficile. Notre prise en charge ne pouvait pas avoir lieu en libéral, car il aurait été délicat de substituer notre intervention pendant 3 mois à la rééducation classique du patient. Nous ne souhaitons pas de double prise en charge en orthophonie, afin de mettre en évidence le bénéfice de notre intervention. Or, nous aurions peut-être eu davantage de sujets ainsi. Une structure telle que l'UEROS de La Gaude s'est présentée comme la meilleure solution. En effet, la population de ce centre correspondait à nos critères d'inclusion, de par la pathologie (en majorité des traumatisés crâniens), le niveau de réadaptation, l'âge, l'objectif de la rééducation (communication et réinsertion sociale) et l'absence de prise en charge individuelle en orthophonie. Pourtant, peu de patients remplissaient toutes les conditions requises. Les troubles de la pragmatique du langage ne concernaient pas tous les sujets de la structure. Mais l'obstacle majeur se situait au niveau des troubles comportementaux fréquents dans cette population. Une prise en charge individuelle sur plusieurs semaines n'était pas envisageable pour certains stagiaires. Néanmoins, le suivi de deux patients nous a permis d'apporter une analyse fine de notre démarche thérapeutique.

D'autre part, il convient de noter que Monsieur P. et Monsieur C. sont tous deux à un stade de réadaptation très éloigné de leur accident. Il est donc plus difficile d'avoir une action sur leurs troubles. Il aurait été préférable de fixer un seuil maximal dans la durée post-TC pour que l'évolution des habiletés pragmatiques soit davantage sensible à l'intervention. Toutefois, ces patients présentaient des déficits communicationnels évidents et ils ne pouvaient que bénéficier de notre rééducation.

Les résultats que nous avons obtenus sur les troubles de la pragmatique concernent une population restreinte de deux patients. Ils ne sont donc pas généralisables à l'ensemble des traumatisés crâniens. Il s'avère d'autant plus difficile de prétendre à l'apport d'une démarche à l'ensemble de ces sujets que les profils cliniques des victimes de TC restent très hétérogènes. Toutefois, les progrès réalisés chez ces deux patients vont dans le sens d'une contribution de la prise en charge par les jeux de société à la réhabilitation des habiletés pragmatiques. La poursuite de cette étude avec une population plus importante permettrait de confirmer nos résultats et de valider avec plus d'ampleur notre hypothèse.

2.2. Efficacité de l'intervention

Nous ne pouvons pas affirmer que la rééducation par les jeux ait permis à elle seule une amélioration des capacités pragmatiques des deux patients suivis. Il est délicat d'isoler notre action thérapeutique, car ils étaient pris en charge de manière pluridisciplinaire en groupe au sein de l'UEROS. Chaque atelier stimule à minima les interactions verbales et les aptitudes sociocognitives. Ceux encadrés par l'ergothérapeute ou le neuropsychologue ciblent davantage les fonctions exécutives reliées aux habiletés pragmatiques. Ce contexte spécifique, permettant une prise en charge holistique du patient, influe nécessairement sur sa récupération. Cependant, notre prise en charge reste plus particulièrement axée sur la communication, et le travail individuel assure un entraînement évident de ces compétences. Nous pouvons donc en déduire que les améliorations des aptitudes pragmatiques sont très fortement liées à notre intervention.

Nous avons songé à la mise en place d'une population témoin ne bénéficiant pas de la prise en charge. Cette méthode aurait permis de confronter les résultats entre les deux groupes et de juger de l'efficacité de notre intervention. Mais elle s'est avérée impossible à mettre en place, car les stagiaires de l'UEROS avaient des profils trop hétérogènes. La population de référence n'aurait été appareillée ni en âge, ni en niveau socioprofessionnel, ni en stade de réadaptation. De plus, comme nous l'avons mentionné précédemment, les altérations de la pragmatique du langage ne concernaient que peu de sujets du centre.

Pour mettre en évidence l'efficacité de notre prise en charge, nous avons aussi évoqué la possibilité de faire passer à chaque patient 3 tests sur une durée de 6 mois : un premier test 3 mois avant le début de la rééducation, un deuxième test en début d'intervention, et un dernier test 3 mois après le début de la PEC. Cette technique nous aurait permis d'observer si sans la rééducation il y aurait eu une amélioration des performances pragmatiques, et si avec la prise en charge elles auraient évolué. Mais nous n'avons finalement pas pu réaliser cette méthode, car il était trop incertain que les patients restent toute la durée du stage, soit 6 mois. Il est fréquent que certains quittent l'UEROS plus tôt pour débiter un stage professionnel par exemple. De plus, nous ne pouvions pas rencontrer les patients avant leur entrée dans l'établissement.

Nous avons donc dû nous adapter aux contraintes rencontrées dans la mise en place de notre protocole. Notre prise en charge étant la seule tournée exclusivement vers la pragmatique du langage, la communication et les fonctions cognitives impliquées, les évolutions constatées auprès des patients lui sont très probablement imputables. Notons également que la prise de conscience de leurs troubles, qui est un facteur déterminant dans le développement de leurs aptitudes communicatives, est directement corrélée à notre action rééducative.

2.3. Rythme et durée de la rééducation

Nous avions initialement prévu de rencontrer les patients deux fois par semaine. Or, les contraintes d'organisation de la structure nous ont amené à limiter la fréquence des séances à une seule par semaine. En effet, de nombreux professionnels interviennent à l'UEROS et une telle cadence aurait été impossible à tenir sur 3 mois sans priver les patients d'autres prises en charge ou activités. La durée de l'intervention aurait pu être

prolongée à 4 mois, mais cette idée a été abandonnée pour des raisons d'organisation. Elle aurait pourtant pu intensifier les bénéfices de notre action et favoriser la stabilisation des acquis.

Une prochaine étude pourrait poursuivre notre travail en proposant une prise en charge plus longue et/ou plus intense, afin d'analyser si une telle démarche permettrait d'augmenter les effets de l'apport des jeux de société aux déficits pragmatiques des traumatisés crâniens.

2.4. Matériel

Les jeux sélectionnés dans le cadre de notre étude sont basés sur la ToM. Ils font aussi intervenir les fonctions exécutives et requièrent le respect des règles conversationnelles (tours de parole, concision, apport d'informations nouvelles, informativité, respect du thème...). Ils stimulent également la communication par les échanges spontanés qu'ils suscitent. Il est donc complexe de distinguer la prépondérance d'un élément sur un autre. Nous pouvons plutôt évoquer le rôle de l'interaction de ces différentes fonctions dans l'évolution des troubles de la pragmatique du langage. Il serait envisageable de proposer une autre expérience de rééducation par les jeux, choisis selon les fonctions exécutives sous-tendant les habiletés communicatives. Ce travail permettrait par la suite de comparer les résultats obtenus à ceux de notre étude, afin de mettre en évidence la primauté des fonctions exécutives ou de la ToM sur la réhabilitation des compétences pragmatiques.

Nous tenons également à signaler que les jeux sélectionnés ne sont pas les seuls à exercer les aptitudes sociocognitives, bien au contraire. Nous ne proposons qu'un choix parmi une multitude de possibilités. Tous les jeux nécessitant de faire deviner un élément à son partenaire impliquent l'attribution d'états mentaux à autrui. De même, les jeux de stratégies requièrent également ces compétences. Chaque thérapeute est libre de choisir le support qui lui convient le mieux, mais il est important de maintenir une réflexion sur les éléments exercés et leurs liens avec la pragmatique du langage.

Notre intervention est fondée exclusivement sur l'utilisation des jeux de société, car nous souhaitons mettre en évidence les bénéfices du jeu sur les troubles des habiletés pragmatiques des traumatisés crâniens. Il est évident que dans une prise en charge orthophonique classique, les supports varient davantage. Il est possible de proposer également d'autres médias thérapeutiques tels que les jeux de rôle (mise en scène d'une discussion avec son employeur...) ou la publicité (compréhension d'énoncés implicites). Notre prise en charge n'est pas un modèle type à suivre, mais elle prouve l'intérêt original de l'utilisation des jeux de société auprès d'une population souffrant de troubles des compétences sociales de communication.

2.5. Généralisation des acquis

Pour favoriser le transfert des acquis de la rééducation vers les interactions quotidiennes, il aurait été intéressant d'intégrer l'entourage du patient à notre prise en charge. Les jeux auraient pu être réalisés au domicile du sujet, afin de renforcer l'entraînement de notre intervention. L'association à un travail plus écologique, comme

nous venons de l'envisager, aurait pu intensifier cette généralisation des compétences en diversifiant les situations de communication. Nous aurions également pu évaluer les patients à distance de la prise en charge, afin d'observer si les compétences développées se maintiennent sur le long terme.

Notre étude s'est concentrée sur l'intervention individuelle. Or, nous pourrions imaginer une prochaine recherche basée sur la prise en charge de groupe des habiletés pragmatiques, à l'aide du jeu ou d'autres supports. En effet, le groupe offre un contexte d'échanges plus proche de la vie quotidienne, ce qui augmente les chances de transfert des acquis. Dans notre travail, la situation de groupe est apparue favorable aux aptitudes communicatives des deux patients. Lors des ateliers, ils ont adopté des comportements qui semblaient encore instables en séance individuelle. Il serait donc envisageable de tester une telle démarche sur une population qui serait par ailleurs plus importante.

II. Intérêts

1. Pour les patients

Notre prise en charge fondée sur les jeux de société a permis une réhabilitation des comportements communicationnels de nos deux patients. Ces nouvelles compétences participent à la concrétisation de leur projet de retour à l'emploi. En effet, Monsieur C. et Monsieur P. souhaitent tous deux se réinsérer professionnellement. Le premier serait intéressé par un poste salarié dans la mécanique, le second par du bénévolat dans une association caritative. Dans ces deux contextes, les interactions verbales seront constantes. L'évolution de leurs aptitudes pragmatiques favorise la qualité de leurs échanges et contribue à la réussite de leur projet. Notre démarche s'est donc tout à fait inscrite dans l'objectif de réinsertion socioprofessionnelle des deux patients, et plus généralement de l'UEROS.

Les deux sujets nous ont également fait part, en fin de rééducation, du bénéfice ressenti en situation de communication auprès de leurs proches. Monsieur C. témoigne d'une plus grande incitation verbale et d'un sens accru pour l'humour. Les énoncés de Monsieur P. seraient plus clairs et informatifs, et le contrôle de son impulsivité verbale augmenterait son intelligibilité. Il affirme que son entourage le comprend mieux lors des conversations. Les comportements adoptés dans leur milieu naturel de communication semblent plus appropriés à leurs interlocuteurs. Ces nouvelles compétences dans l'interaction verbale rompent l'isolement social que rencontrent fréquemment les traumatisés crâniens.

Monsieur P. a aussi souligné l'importance de l'aspect ludique de la prise en charge. Selon lui, il n'aurait pas été aussi impliqué dans notre intervention s'il n'avait pas pris plaisir à participer aux séances. Il semble donc que les jeux de société suscitent la motivation et encouragent l'intégration des bénéfices de l'intervention orthophonique.

2. Pour la pratique orthophonique

L'expérience de jeux de société menée auprès de deux patients traumatisés crâniens atteste de l'adaptation de ce support à la population adulte. Il convient bien entendu de considérer les intérêts portés par les patients aux jeux et de dépister d'éventuelles résistances. Le choix du matériel doit respecter l'âge et le niveau socioculturel du sujet. Les fonctions de plaisir, d'apprentissage, de socialisation et de communication du jeu ont permis à nos deux patients de s'ouvrir davantage à autrui et de développer la qualité de leurs interactions verbales, dans une ambiance agréable et détendue. Notre étude souhaite donc démontrer que le jeu peut tout à fait se placer dans la prise en charge d'un public adulte souffrant de troubles communicationnels.

Notre intervention dénote des résultats probants auprès de nos patients, ce qui nous permet d'affirmer que les jeux de société peuvent s'avérer très intéressants dans la prise en charge des habiletés pragmatiques. Ces supports requérant la ToM et la communication peuvent être utilisés pour la prise en charge de patients de tous âges souffrant d'autres pathologies marquées par un déficit des habiletés pragmatiques, telles que les Troubles Envahissants du Développement (TED), la dysphasie, la maladie de Parkinson, le bégaiement, l'aphasie... D'un point de vue cognitif, le jeu met en place les éléments sous-jacents nécessaires à une pragmatique adéquate (aptitudes sociocognitives, fonctions exécutives). Ces paramètres assurent l'adéquation du discours à l'interlocuteur. D'autre part, le jeu favorise la communication de manière intrinsèque, par la transmission d'informations pertinentes entre les participants lors du jeu, et de façon extrinsèque, par les échanges nombreux qu'il suscite parallèlement aux tours de jeu (impressions, commentaires, avis...). Même les jeux non verbaux sont capables de favoriser l'interaction verbale, par la prise en compte de l'autre, de ses pensées, et par le caractère ludique et agréable qui favorise la spontanéité du discours. Ces supports peuvent donc être proposés pour réhabiliter ou maintenir le plus possible les compétences pragmatiques nécessaires à la communication et aux contacts sociaux.

3. Pour nous-mêmes

Cette étude fondée sur la prise en charge de deux patients pendant plusieurs mois nous a permis de nous placer en tant qu'orthophoniste. Nous avons pu suivre ces sujets sur toute la durée de la rééducation et les voir évoluer au cours de l'intervention, ce qui diffère de nos stages de 4^{ème} année où nous n'intervenons que sur une courte période de la prise en charge. Nous nous sommes d'autant plus investie dans cette démarche thérapeutique que nous avons été autonome dans son déroulement.

Ce travail a aussi développé notre réflexion sur le choix d'un matériel selon des objectifs précis. En effet, la sélection des jeux a été effectuée suite au détail de tous les paramètres pouvant agir sur les troubles de pragmatique du langage. Nous nous sommes longuement interrogée sur l'apport de chaque jeu aux difficultés de nos deux patients. Nous avons perçu combien il est important de ne pas désigner un support au hasard, mais de se concentrer sur tous les éléments qu'il implique. Cette application nous paraît nécessaire dans la préparation de nos futures prises en charge.

Nous retiendrons également de cette expérience l'exercice de nos capacités d'observation. Lors des bilans, des séances individuelles et des ateliers de groupe, nous avons dû nous concentrer continuellement sur les comportements pragmatiques des Monsieur C. et Monsieur P. Nous pensons que cet entraînement a fait progresser notre analyse des déficits des patients et nos aptitudes à adapter nos aides. Dans notre futur exercice, nous conserverons cet esprit critique qui constitue le fondement d'une intervention orthophonique aboutie.

CONCLUSION

Les traumatisés crâniens sévères présentent à distance de leur accident des séquelles cognitivo-comportementales plus ou moins lourdes, qui constituent un handicap social évident. L'étude de la pragmatique du langage nous a permis d'aborder les bases théoriques de la situation interlocutive, ainsi que de comprendre et de préciser les déficits rencontrés par cette population lors des situations d'interaction verbale. Ces sujets peuvent perdre les conventions sociales régissant les échanges langagiers et ne plus parvenir à comprendre ou exprimer les intentions communicatives faisant référence à une situation donnée. Nous avons également perçu les liens étroits entretenus par les déficits des habiletés pragmatiques et les altérations sociocognitives, et plus précisément de la théorie de l'esprit. Le manque d'attribution d'intentions à autrui nuit à l'adaptation de leur discours au contexte et aux interlocuteurs. La revue des méthodes de prise en charge des compétences pragmatiques a mis en évidence les grandes lignes de la rééducation de ces troubles chez les victimes de TC. Il en est ressorti un besoin accru de développer de nouvelles stratégies de réhabilitation des aptitudes sociales de communication.

Nous avons ensuite axé notre travail sur le jeu de société. Il nous a semblé qu'il regroupe tous les paramètres nécessaires à la rééducation des capacités d'utilisation du langage en contexte. Ce support implique l'anticipation des pensées d'autrui et l'adaptation de ses actions ou de son discours à l'interlocuteur. Il met en place les éléments cognitifs essentiels à une pragmatique adéquate et offre un cadre propice aux échanges. Le jeu peut être utilisé en situation individuelle pour assurer l'exercice spécifique de compétences et l'adaptation d'aides variées, mais il peut aussi être proposé en groupe pour favoriser une généralisation des acquis et fournir un contexte d'échange plus naturel.

Ce cheminement théorique nous a conduit à nous demander si une approche rééducative fondée sur les jeux de société requérant la théorie de l'esprit et le respect de règles conversationnelles pourrait permettre une progression des capacités pragmatiques. L'objectif de notre recherche était d'examiner les impacts d'une telle intervention sur la réhabilitation des troubles de l'usage du langage en contexte auprès de victimes de TC.

Dans cette perspective, nous avons suivi deux patients pris en charge à l'UEROS de La Gaude dans les Alpes Maritimes. Notre protocole s'est déroulé sur 3 mois, pendant lesquels les sujets ont bénéficié de 12 séances individuelles et de 2 ateliers de groupe, soit 14 séances au total. Nous avons réalisé pour chacun d'eux un bilan des aptitudes pragmatiques sur le plan expressif et réceptif en début et en fin de rééducation. L'intervention s'est articulée autour de 5 jeux verbaux et non verbaux axés sur la théorie de l'esprit. Chaque séance a fait l'objet d'une analyse détaillée des troubles communicationnels relevés à l'aide d'une grille d'observation.

La confrontation des résultats des pré- et post-tests ainsi que l'évolution des déficits parallèle à l'intervention nous ont permis de mettre en évidence la réhabilitation de certains comportements de communication. Les effets de la prise en charge se sont fait sentir sur les aspects réceptifs, mais surtout expressifs du langage, avec un développement des aptitudes verbales et non verbales. Les patients manifestent davantage d'intérêt pour leurs interlocuteurs et leur discours est plus en adéquation avec le contexte. Les bénéfices ont été majorés en situation de groupe. Ces progrès ont été confirmés par certains membres de l'équipe de la structure, par les proches des sujets et par les patients eux-mêmes.

Les jeux de société semblent donc tout à fait convenir à la prise en charge de ces altérations. Ils permettent de faire respecter les conventions de communication et d'initier l'interaction verbale. L'attribution d'états mentaux à autrui limite l'égocentricité de la pensée et incite l'élaboration d'un message approprié au contexte et aux allocutaires. Les fonctions exécutives sous-jacentes telles que l'inhibition, la planification ou encore la flexibilité mentale constituent autant d'éléments qui paraissent avoir influé positivement sur les aptitudes pragmatiques de nos deux patients.

Notre démarche a déclenché auprès de nos deux patients la prise de conscience de leurs troubles. Celle-ci leur a tout d'abord permis de comprendre l'origine de leurs difficultés de communication, puis les a progressivement amenés à contrôler leurs productions tout en inhibant les comportements inadaptés. Dans notre étude, la rapide progression des sujets pourrait être liée à la réappropriation d'habiletés langagières latentes réactivées par les aides implicites et explicites fournies par l'expérimentatrice. Le jeu place le patient et l'orthophoniste dans une relation symétrique où chacun des participants souhaite l'emporter. Cette situation offre au thérapeute la possibilité de modéliser dans des conditions très naturelles. Le sujet peut ainsi réinvestir de manière automatique les stratégies qui lui ont été proposées. Parallèlement aux divers apports du jeu, la relation patient-thérapeute est apparue primordiale dans l'évolution des compétences sociales de communication.

Au-delà de ces aspects, notre étude représente une base de réflexion sur l'intérêt des jeux dans la prise en charge orthophonique. D'une part, ce matériel ludique s'avère utile auprès d'un public adulte et ne doit pas être réservé exclusivement aux sujets les plus jeunes. D'autre part, il pourrait être utilisé auprès d'autres patients souffrant de pathologies différentes, mais dont les déficits des habiletés pragmatiques sont tout aussi handicapants (TED, bégaiement, dysphasie, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson...). Notre recherche met aussi l'accent sur l'intérêt d'une prise en charge de ces compétences trop souvent négligées. L'intervention orthophonique ne doit pas omettre ces troubles, d'autant plus qu'ils font partie intégrante de notre champ de compétence et conduisent à un isolement social, familial, scolaire ou professionnel indéniable.

Sur le plan personnel, notre expérimentation nous a permis de considérer l'importance des déficits pragmatiques et de la cognition sociale qui entachent la communication des patients cérébrolésés. Dans notre futur exercice, nous veillerons à identifier ces altérations fines et à leur conserver une place dans le programme de rééducation des patients. Cette démarche thérapeutique nous aura également apporté un meilleur savoir-faire face à l'analyse des divers comportements des patients et aura amplifié nos aptitudes à ajuster nos stratégies d'aides. Nous retiendrons de cette expérience originale ces éléments qui enrichiront notre pratique à venir.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

- [1] ALLAIN P., AUBIN G., LE GALL D. 2012. *Cognition sociale et neuropsychologie*. Solal.
- [2] ALLAIN P, LE GALL D. 2008. Approche théorique des fonctions exécutives. In GODEFROY O. et les membres du GREFEX. *Fonctions exécutives et pathologies neurologiques et psychiatriques*. Solal, p. 9-34.
- [3] AZOUVI P., PESKINE A., VALLAT-AZOUVI C., COUILLET J., ASLOUN S., PRADAT-DIEHL P. 2008. Les troubles des fonctions exécutives dans les encéphalopathies post-traumatique et post-anoxique. In GODEFROY O. et les membres du GREFEX. *Fonctions exécutives et pathologies neurologiques et psychiatriques*. Solal, p. 65-85.
- [4] BOUCHERAT-HUE V. 2012. L'application du modèle bio-psycho-social au handicap psychique : l'exemple du traumatisme crânien sévère. In *Handicap psychique, handicap somatopsychique : variations pluridisciplinaires en clinique et en recherche*. L'Harmattan, p. 261-265.
- [5] CAILLOIS R. 1992. *Les jeux et les hommes*. Gallimard, collection Folio essais.
- [6] CLAUS S., BATSELAERE D., DE REUCK S., KATARA R., VAN DEN BERGE D., CROISIAUX C. 2006. Traumatisme crânien - Ne passons pas à côté des troubles de la compréhension. In *La compréhension, évaluation et prise en charge*, Rééducation orthophonique n°227, p. 149-165.
- [7] COHADON F., CASTEL J-P., LOISEAU H., MAZAUX J-M., RICHER E. 2008. *Les traumatisés crâniens : de l'accident à la réinsertion*. Arnette.
- [8] COQUET F, avec le concours de FERRAND P. 2004. *Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent : méthodes et techniques de rééducation*. Ortho Edition, p. 45-47 ; p. 51-53, p. 139-155.
- [9] DARDIER V. 2004. *Pragmatique et pathologies : comment étudier les troubles de l'usage du langage*. Bréal.
- [10] DROZ R., RAHMY M. 1998. Le développement du jeu. *Lire Piaget*. Mardaga, p.76-77.
- [11] EUSTACHE F. 1996. Les troubles de mémoire après traumatisme crânien. In *La mémoire : neuropsychologie clinique et modèles cognitifs*. De Boeck, p. 45-46.
- [12] FERRACCI L., RACINEUX C., AUBIN G., ALLAIN P. 2012. Rééducation de la compréhension de l'implicite : une étude de cas. In ALLAIN P., AUBIN G., LE GALL D. *Cognition sociale et neuropsychologie*. Solal, p. 305-324.

- [13] GIL R. 2012. La conscience morale : émotion ou raison ? In ALLAIN P., AUBIN G., LE GALL D. *Cognition sociale et neuropsychologie*. Solal, p. 325-342.
- [14] JAGOT L. et coll. 2002. Discours conversationnel et procédural chez le sujet traumatisés crânien sévère : étude conjointe de deux outils d'analyse clinique. In PETER-FAVRE C. *Neuropsychologie et pragmatique, Psychologie de l'interaction n° 13-14*. L'Harmattan, p. 75-108.
- [15] JOANETTE Y. 2004. Impacts d'une lésion cérébrale droite sur la communication verbale. In *Hémisphère droit et communication verbale*. Rééducation orthophonique n°219, p. 9-26.
- [16] HUIZINGA J. 1995. *Homo Ludens : Essai sur la fonction sociale du jeu*. Gallimard, Edition TEL.
- [17] KERBRAT-ORECCHIONI C. 2008. Eléments théoriques. In *Les actes de langage dans le discours : Théorie et fonctionnement*. Armand Colin, p. 5-68.
- [18] LE GALL D., AUBIN G., BESNARD J., ALLAIN P. 2012. De la neuropsychologie cognitive à la neuropsychologie sociale. In ALLAIN P., AUBIN G., LE GALL D. *Cognition sociale et neuropsychologie*. Solal, p. 9-30.
- [19] LOHISSE J. 2009. Théories structurales et communication ou théorie du code. In *La communication : de la transmission à la relation*. De Boeck, p. 70-77.
- [20] Mc DONALD S. 2001. Assessing communication disturbances after traumatic brain Injury : a cognitive-pragmatic approach. *Neuropsychologie et pragmatique, Psychologie de l'interaction n°13-14*, p. 47-74.
- [21] MEULEMANS T., SERON X. 2004. Traumatismes crâniens légers et whiplash. In *L'examen neuropsychologique dans le cadre de l'expertise médico-légale*. Mardaga, p. 37-40.
- [22] PETER-FAVRE C, MAEDER P. 2002. Actes de langage et reconnaissance d'intention : la logique interlocutoire appliquée à des conversations avec une patiente souffrant de lésions bi-frontales traumatiques. In PETER-FAVRE C. *Neuropsychologie et pragmatique, Psychologie de l'interaction n° 13-14*. L'Harmattan, p. 185-222.
- [23] PRUTTING C.A., KIRCHNER D.M. 1983. Applied pragmatic. In GALLAGHER, PRUTTING. *Pragmatic assessment and intervention issues in language*. Colleg-Hill Press, p. 29-64.
- [24] RENATE DRECHSLER P. 2001. Hétérogénéité sur tous les plans : production de discours et troubles neuropsychologiques chez les patients traumatisés cranio-cérébraux. In PETER-FAVRE C. *Neuropsychologie et pragmatique, Psychologie de l'interaction n° 13-14*. L'Harmattan, p. 109-140.
- [25] SAMSON D. 2012. Neuropsychologie de la théorie de l'esprit chez l'adulte : état de l'art et implications cliniques. In ALLAIN P., AUBIN G., LE GALL D. *Cognition sociale et neuropsychologie*. Solal, p. 47-63.

[26] TRUELLE J.L., BROOKS D.N., MARINESCU M., et JOSEPH P.A. 1995. Retentissement des troubles cognitifs et du comportement sur le handicap social, familial et professionnel. In BERGEGO C. et AZOUVI P. *Neuropsychologie des traumatismes crâniens graves de l'adulte*. Frison-Roche, p. 175-196.

[27] VANBERTEN M., SONRIER D. 2012. Prise en charge en groupe des difficultés de cognition sociale chez des patients cérébrolésés : une expérience en centre de rééducation. In ALLAIN P., AUBIN G., LE GALL D. *Cognition sociale et neuropsychologie*. Solal, p. 163-178.

ARTICLES :

[28] AZOUVI P. 2009. Les troubles cognitifs des traumatisés crâniens sévères. *La lettre de médecine physique et de réadaptation*, juin 2009, volume 25, issue 2, p. 66-68.

[29] AUBERT S., BARAT M., CAMPAN M., DEHAIL P., JOSEPH P.A., MAZAUX J.M. 2004. Compétences de communication non verbale des traumatisés crâniens graves. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, (47), p. 135-141.

[30] BEAUCHAMP M.H., ANDERSON V. 2010. Social : An integrative framework for the development of social skills. *Psychological Bulletin*, 136, 1, p. 39-64.

[31] CICERONE K.D. et coll. 2000. Evidence-based cognitive rehabilitation : recommendations for clinical practice. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 81, p. 1596-1615.

[32] CICERONE K.D. et coll. 2005. Evidence-based cognitive rehabilitation : updated review of the literature from 1998 through 2002. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 86, p. 1681-1692.

[33] Circulaire DAS/DE/DSS N° 96-428 du 4 Juillet 1996 relative à la prise en charge médico-sociale et à la réinsertion sociale et professionnelle des personnes atteintes d'un traumatisme crânien.

[34] COELHO C.A., DE RUYTER F., KENNEDY M. et STEIN M. 1996. Cognitive-communicative disorders resulting from traumatic brain injury. *Journal of speech and hearing research*, 39, p. 5-17.

[35] DARDIER V. 2007. Pragmatique du langage et développements atypiques : l'exemple des enfants et des adolescents lésés frontaux. *Glossa* n°99, p.12-23.

[36] DARDIER V. et BERNICOT J. 2000. Les troubles de la communication consécutifs aux lésions frontales : l'exemple de la situation d'interview. *Revue de neuropsychologie*, 10 (2), p. 281-331.

[37] DECETY, J. 2002. Naturaliser l'empathie. *L'Encéphale*, 28, p. 9-20.

- [38] DELANOE A., DARDIER V., DELEAU M., LE MANER-IDRISSI G., REILLY J., CATTELOTTE V., JARDEL D., LAURENT-VANNIER A., PINOCHET C., TSIMBA V. 2007. L'analyse des émotions et des situations de communication chez des enfants et des adolescents lésés frontaux. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 50, p. 582-589.
- [39] DELEAU M., GUEHENNEUC K., LE SOURN S., RICARD M. 1999. Clairvoyance conversationnelle et théorie de l'esprit. *Enfance*, n°3, p. 238 à 247.
- [40] DUVAL C., PIOLINO P., BEJANIN A., LAISNEY M., EUSTACHE F., DESGRANGES B. 2011. La théorie de l'esprit : aspects conceptuels, évaluation et effets de l'âge. *Revue de neuropsychologie*, 3 (1), p. 41-51.
- [41] FRANCOIS-GUINAUD C. 2010. Accompagnement cognitif et pragmatique du traumatisé crânien adulte. *Entretiens de Bichat 2010*, Orthophonie, p. 58-61.
- [42] GAUDREAU G., HUDON C., MONETTA L. 2011. Bases psycholinguistiques et neuro-anatomiques de la compréhension de l'ironie chez l'adulte. *Revue de neuropsychologie*, 3, 3, 148-154.
- [43] GODEFROY O. et le GREFEX, 2004. Syndromes frontaux et dysexécutifs. *Revue neurologique*, p. 899-909.
- [44] GRICE H.P., KANT E., FOUCAULT M. 1979. Logique et conversation. *Communications*, p. 57-72.
- [45] FOURNIER M. 2004. Le jeu en vaut-il la chandelle ? Dossier « A quoi sert le jeu ? ». *Sciences humaines*, n°152, p.20-21.
- [46] HINCHLIFFE F.J., MURDOCH B.E., CHENERY H.J. 1998. Towards a conceptualization of language and cognitive impairment in closed head injury : use of clinical measures. *Brain Injury*, 123, p. 109-132.
- [47] LE GALL D., BESNARD J., HAVET V., PINON K., ALLAIN P. 2009. Contrôle exécutif, cognition sociale, émotions et métacognition. *Revue de neuropsychologie*, p. 24-33.
- [48] Loi n°2005-102 du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : Art. 2.
- [49] MAZAUX J-M., BARAT M., JOSEPH P-A., GIROIRE J-M., CAMPAN M., MOLY P. 1997. Troubles du langage, de la parole et de la communication verbale après traumatisme crânien grave. *Glossa*, N°58, p. 22-29.
- [50] MERCAT B., RENOUF A., KOZLOWSKI O., ROUSSEAUX M. 2006. Programme de prise en charge de la communication à distance d'un traumatisme crânien grave. Étude pilote. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 49, p. 150-154.
- [51] MILTON S.B., PRUTTING C.A., BINDER G.M. 1984. Appraisal of communicative competence in head injury adults. In *Clinical Aphasiology Conference*, p. 114-123.

- [52] MULLER F., SIMION A., REVIRIEGO E., GALERA C., MAZAUX J.M., BARAT M., JOSEPH P.A. 2010. Exploring theory of mind after severe traumatic brain injury. *Cortex* 46, p.1088–1099.
- [53] PETER C. 1995. Conversations avec une patiente souffrant de lésions traumatiques bi-frontales : ajustements mutuels. *Revue de neuropsychologie*, 5, p. 53-85.
- [54] RADILLO A. 2009. L'expérimentation de l'utilisation des jeux vidéo en remédiation cognitive. *Enfances et psy*, n°44, p. 174-179.
- [55] ROBIN A., KIEFER C., COCHEPIN-MARTINS K. Troubles psychiques des traumatisés crâniens sévères. *EMC – Psychiatrie*, article 37-546-A-10.
- [56] SAINSON C. 2007. Communication non verbale et dysfonctionnement exécutif post-traumatique : à propos d'un cas. *Annales de réadaptation et de médecine physique*. (50), p. 231-239.
- [57] SPINELLA M. 2005. Prefrontal substrates of empathy : psychometric evidence in a community sample. *Biological Psychology*, 70, p. 175–181.
- [58] WIEDERKEHR S., BARAT M., DEHAIL P., DE SEZE M., LOZES-BOUDILLON S., GIROIRE J.M. 2005. Prise de décision et fonctions exécutives chez le patient atteint de traumatisme crânien grave : validation d'une tâche de prise de décision et facteurs corrélatifs. *Revue neurologique*, p. 201-210.

MEMOIRES ET THESES :

- [59] BASSIBE P. 1998. *Evaluation des comportements de communication des traumatisés crâniens. Evaluation d'un « cas unique »*. Mémoire d'orthophonie. Université Victor Ségalen Bordeaux 2.
- [60] BERALS E. 2000. *A propos de l'analyse de la communication chez des patients traumatisés crâniens non aphasiques*. Mémoire d'orthophonie. Université Victor Ségalen Bordeaux 2.
- [61] BESNARD E. 2008. *Expérience de jeu auprès d'adultes cérébro-lésés en rééducation orthophonique : intérêts et limites*. Mémoire d'orthophonie. Université de Nantes.
- [62] BOURRELLIER M. 2008. *Le handicap invisible : un concept à définir pour le traumatisme crânien*. Mémoire de diplôme universitaire « Handicap, fragilité et réadaptation ». Université de Médecine Créteil – Paris XII.
- [63] CHAUME C. et VIOLLAND F. 2001. *Analyse des dysfonctionnements du langage de haut niveau d'adultes atteints de traumatisme crânien grave à partir d'un matériel linguistique complexe dans une perspective écologique*. Mémoire d'orthophonie. Université Claude Bernard Lyon 1.

- [64] DEREGNAUCOURT C. 2010. *Le jeu en orthophonie : Intérêts et limites*. Mémoire d'orthophonie. Université de Nantes.
- [65] GRATIER M. et MOREL C. 2008 *La compréhension de l'implicite chez les traumatisés crâniens : élaboration d'un protocole d'évaluation écologique autour de la publicité audiovisuelle*. Mémoire d'orthophonie. Université Claude Bernard Lyon 1.
- [66] LESAGE M. 2009. *Les troubles de la pragmatique du langage chez le patient parkinsonien*. Mémoire d'orthophonie. Université de Nice Sophia-Antipolis.
- [67] MERCERON K. 2007. *Caractéristiques des troubles émotionnels consécutifs à un traumatisme crânien grave*. Mémoire de neuropsychologie. Université Victor Ségalen Bordeaux 2.
- [68] RIBAS B. 2003. *Etude d'une prise en charge pragmatique des compétences non verbales chez un traumatisé crânien*. Mémoire d'orthophonie. Université Victor Ségalen Bordeaux 2.
- [69] TEYSSIER M. et VIBERT A. 2009. *Impact d'une rééducation des troubles du discours chez le sujet traumatisé crânien grave : analyse pragmatique*. Mémoire d'orthophonie. Université Claude Bernard Lyon 1.
- [70] THOMASSIN-HAVET V. 2007. *Théorie de l'esprit et lobe frontal. Contributions de la neuropsychologie clinique*. Thèse de doctorat en neuropsychologie. Université doctorale d'Angers.
- [71] VALLEE M. 2011. *Prise en charge comportementale de deux patients traumatisés crâniens atteints d'un syndrome dysexécutif – Etude de cas*. Mémoire d'orthophonie. Université Henri Poincaré Nancy 1.

CONFERENCE :

- [72] ALLAIN P. 2013. *La cognition sociale : présentation et illustration des principaux outils d'évaluation des aptitudes sociocognitives chez les patients atteints de pathologies neurologiques* : Nice. 8 juin 2013.

INTERNET :

- [73] ECRI Institute. 2011. Cognitive rehabilitation therapy for traumatic brain injury: what we know and don't know about its efficacy. https://www.ecri.org/Documents/Technology-Assessment/Cognitive_Rehabilitation_Therapy_ECRI_Institute_012111.pdf. Consulté le 14.02.14.
- [74] Dictionnaire LAROUSSE. 2014. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/jeu/44887?q=jeu#44826>. Consulté le 22.02.14

MATERIEL :

[75] Jeu de Dames[®]. 1985. *Ducale Junior*.

[76] JOANETTE Y., SKA B., CÔTE H. 2004. *Protocole « Montréal d'Evaluation de la Communication » (MEC)*.

[77] Puissance 4[®]. 1979. *MB Jeux Milton Bradley*.

[78] Taboo[®]. 1990. *MB Jeux Milton Bradley*.

[79] Time's up Family[®]. 2005. *Asmodee Editions*.

[80] Unanimo[®]. 2003. *Interlude-Cocktail Games*.

GLOSSAIRE

MEC : « Montréal d'Evaluation de la Communication », de JOANETTE, SKA et CÔTE [76]. Ce protocole permet d'évaluer les troubles de la communication consécutifs aux lésions cérébrales droites. Il teste en particulier les composantes discursive, prosodique, lexico-sémantique et pragmatique du langage (Annexe III).

PFIC : « Profil of Functional Impairment in Communication » de LINSOTT et son équipe (cités par JAGOT et coll. [14]). Ce test est destiné à l'examen du discours conversationnel des victimes de TC (Annexe III).

TC : « Traumatisme Crânien ». Il regroupe tous les traumatismes crânio-cérébraux provoqués par le contact brusque entre l'encéphale et la boîte crânienne. Il peut être responsable d'une perte de conscience et de signes cliniques variés.

ToM : «Theory of Mind », théorie de l'esprit en français. Elle désigne l'aptitude à se représenter les contenus mentaux d'autrui (cognitifs ou affectifs), et permet de comprendre, de prédire et d'anticiper les comportements d'autrui.

UROS : « Unités d'Evaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle ». Elles sont destinées à la prise en charge des traumatisés crâniens et par extension des cérébrolésés dès la fin de la phase de rééducation-réadaptation. Ces dispositifs ont pour but de favoriser leur réinsertion sociale et professionnelle et plus spécifiquement de développer la rééducation cognitive et l'autonomie à la vie sociale.

ANNEXES

Annexe I : Grille d'observation des séances

Patient :

Date :

<i>Jeu de société</i>	
<i>Objectifs de la séance</i>	
<i>Comportement(s) du patient</i>	
<i>Aide(s) apportée(s)</i>	
<i>Réaction(s) du patient</i>	
<i>Autres éléments observés</i>	

Annexe II : Questionnaire Time's up Family®

TIME'S UP FAMILY

NOM	
PRENOM	
DATE	

Questions écrites :

1/ En combien de manches se joue le Time's up ? Décrivez rapidement comment l'orateur doit faire deviner les cartes à son équipe pour chaque manche.

2/ Quand est-ce qu'une manche se termine ?

3/ Que doit-on faire quand une manche est finie ?

4/ En fonction du nombre de joueurs présents aujourd'hui, combien d'équipes devez-vous former ? De combien de joueurs ?

5/ Quelle est la condition à remplir pour qu'une équipe gagne ?

Question supplémentaire (à l'oral) :

6/ Quels sont les interdits pour chaque manche ?

Annexe III : Revue des tests des habiletés pragmatiques

1. En expression

Les compétences pragmatiques expressives des traumatisés crâniens peuvent être analysées grâce à divers tests :

- Le « **Dice Game** » de Mc DONALD et PEARCE (cités par JAGOT et coll. [14]) : cet instrument évalue le discours procédural, c'est-à-dire la description d'une activité connue, d'un script. Dans ce test, le patient apprend dans un premier temps un jeu de dé de manière implicite, dont il doit exposer par la suite les règles à un public naïf. Il requiert la transmission à l'interlocuteur d'informations pertinentes, claires et non ambiguës. Le discours est enregistré, puis il est analysé en fonction de divers critères (nombre d'idées exprimées, de répétitions, d'informations inutiles ou erronées et de propositions essentielles à la compréhension du jeu).
- Le « **Profil of Functional Impairment in Communication** » (PFIC) de LINSKOTT et son équipe (cités par JAGOT et coll. [14]) : il est destiné à l'examen du discours conversationnel des victimes de TC. Le patient et son interlocuteur sont enregistrés par vidéo, puis l'examineur analyse le film à l'aide d'une grille comportant 10 rubriques en lien avec les règles conversationnelles de GRICE (contenu logique, participation, quantité, qualité, structuration interne, cohérence externe, etc.). Elle permet d'obtenir un profil pondéré résumant les caractéristiques individuelles des comportements en situation de conversation.
- L'« **Echelle de Communication Verbale de Bordeaux** » (ECVB) de DARRIGRAND et MAZAUX (cités par MERCAT et coll. [50]) : c'est une batterie destinée à l'évaluation de l'efficacité de la communication des aphasiques dans des situations de la vie quotidienne. Elle consiste en un entretien semi-dirigé de 20-30 minutes qui comporte 34 questions. Les résultats permettent d'élaborer un profil de communication des domaines où la communication est efficace et ceux où elle ne l'est pas.
- Le « **Test Lillois de Communication** » (TLC) de DELACOURT, LEFEUVRE, ROUSSEAUX et WYRZYKOWSKI (cités par MERCAT et coll. [50]) : il permet de tester la communication auprès d'adultes souffrant de diverses pathologies (cérébrolésés, démences, surdité). Il comporte 28 items et 3 grilles d'évaluation (attention et motivation à la communication, communication verbale, communication non verbale). Son intérêt est de mettre en évidence les mécanismes du trouble de la communication.
- Le « **Protocole Pragmatique de PRUTTING et KIRCHNER** » : c'est l'un des premiers protocoles (1983) basé sur des théories pragmatiques permettant l'évaluation des troubles de communication. Il a été utilisé majoritairement auprès de patients traumatisés crâniens. Le thérapeute enregistre par vidéo une discussion entre le patient et son interlocuteur, puis complète une grille standardisée d'analyse des comportements de communication reposant sur 30 paramètres pragmatiques. Cet outil fait l'unanimité dans la communauté des cliniciens, car il est complet, relativement rapide et aisé d'utilisation.

2. En compréhension

Il existe peu d'outils d'évaluation de la pragmatique du langage sur un versant réceptif. Les principaux tests s'intéressent surtout à la compréhension de l'implicite :

- « **La gestion de l'implicite, théorie et évaluation** », de DUCHÊNE MAY-CARLE (cité par FERRACCI et coll. [12]) : il vise à mettre en évidence les difficultés de compréhension fine des sujets adultes. Il comporte 21 textes courts contenant une ou plusieurs inférences à faire. Après lecture, le patient doit répondre à 3 questions écrites fermées, ce qui nécessite d'effectuer les bonnes inférences. Des distracteurs, des éléments logiques ou pragmatiques sont introduits dans les questions.
- Le « **Protocole d'évaluation de la compréhension de l'implicite chez les traumatisés crâniens** » de GRATIER et MOREL [65] : ce matériel écologique teste la perception de l'implicite grâce à des publicités audiovisuelles. Les patients visionnent ces publicités et doivent répondre à la fin de chacune d'elles à 5 questions (2 ouvertes et 3 fermées) afin d'évaluer les capacités inférentielles.
- Le protocole « **Montréal d'Évaluation de la Communication** » (MEC), de JOANETTE, SKA et CÔTE [76] : il est conçu pour évaluer les troubles de la communication consécutifs aux lésions cérébrales droites. Il évalue en particulier les composantes discursive, prosodique, lexico-sémantique et pragmatique du langage. Il est composé d'un sous-test « interprétation de métaphores », et d'un autre « interprétation d'actes de langage indirect », qui permettent d'évaluer les compétences pragmatiques réceptives.

Annexe IV : Protocole pragmatique de PRUTTING et KIRCHNER

Ce protocole est un instrument d'analyse du discours élaboré par PRUTTING et KIRCHNER en 1983. Ces cliniciennes se situent dans le courant pragmatique. Leurs réflexions sont nées du constat que de nombreux sujets, notamment les traumatisés crâniens, transgressent les règles sociales de communication. Elles ont élaboré cet outil dans le but d'identifier les altérations des habiletés pragmatiques de patients réussissant bien les épreuves traditionnelles de langage, mais échouant en situation d'interaction. Selon elles, la linguistique pragmatique permet de mettre en évidence les troubles des compétences sociales de communication, par une analyse descriptive d'une situation interpersonnelle.

Le clinicien réalise un enregistrement vidéo ou audio d'une conversation, dans la vie quotidienne ou lors de séances thérapeutiques. PETER préconise une durée minimum d'enregistrement de 15 minutes pour que les troubles apparaissent. Toutefois, BASSIBE [59] explique que les entretiens sont parfois écourtés, en raison d'une anxiété, d'une fatigabilité ou d'une non-appétence à la communication, qui apportent également des informations concernant la qualité des compétences pragmatiques. Les thèmes de discussion ne sont pas imposés, la conversation doit privilégier le plus possible la spontanéité des échanges. Le thérapeute complète ensuite la grille d'analyse des comportements de communication selon les précédents critères.

Cet outil recense trois types d'actes de communication :

- Actes d'élocution : ils touchent l'énoncé et les aspects extralinguistiques du langage, comme les éléments paralinguistiques ou non verbaux ;
- Actes propositionnels : ils s'intéressent aux dimensions linguistiques du sens de la phrase ;
- Actes illocutoires/perlocutoires : ils concernent l'intention du locuteur et l'effet du discours sur le récepteur.

Il étudie 30 éléments pragmatiques au cours d'une conversation entre un patient et un interlocuteur. Ils sont répertoriés en fonction de leur aspect verbal, non verbal ou paralinguistique. DARDIER [9] a établi cette classification :

Modalité verbale :

- Actes de langage : analyse des actes de langage – variété des actes de langage ;
- Thème : sélection – introduction – maintien – changement ;
- Tour de parole : initiation – réponse – correction/révision – pause – interruption/chevauchement – feed-back à l'interlocuteur – proximité de la réponse – progression rhématique – quantité/concision ;
- Sélection et usage lexical : spécificité/exactitude, cohésion ;
- Variations stylistiques : variété des styles de communication.

Modalité paralinguistique : intelligibilité – intensité vocale – qualité vocale – prosodie – fluence.

Modalité non verbale : proximité physique – contact physique – posture corporelle – mouvements des mains et pieds – gestes – expression faciale – regard.

L'analyse du discours peut se réaliser de manière qualitative (adéquation ou inadéquation des paramètres identifiés, ou paramètres non observés) et/ou quantitative (pourcentage des éléments jugés inadéquats sur le total de ceux observés).

Le thérapeute doit estimer la qualité de chacun des paramètres selon trois appréciations :

- Adéquat : comportements qui facilitent la communication ou qui n'ont pas d'influence dessus ;
- Inadéquat : comportements qui entravent la communication et pénalisent l'individu ;
- Pas d'opportunité : comportements qui n'ont pas pu être observés.

Annexe V : Grille d'analyse

Protocole pragmatique de PRUTTING & KIRCHNER

I. ACTES D'ELOCUTION	Adéquat	Inadéquat	Pas d'opportunité
A. Modalité paralinguistique			
1. Intelligibilité			
2. Intensité vocale			
3. Qualité vocale			
4. Prosodie			
5. Fluidité			
B. Modalité non verbale			
1. Proximité physique			
2. Contact physique			
3. Maintien/posture			
4. Mouvements des mains et des pieds			
5. Gestes			
6. Expression faciale			
7. Regard			
II. ACTES PROPOSITIONNELS			
A. Modalité verbale			
1. Sélection et usage lexical			
a. Spécificité et exactitude			
2. Cohésion			
a. Ordre des mots			
b. Information connue/nouvelle			
1) Pronominalisation			
2) Ellipses			
3) Emphase			
4) Article défini/indéfini			
5) Chronologie			
B. Modalité verbale/paralinguistique/non verbale			
1. Variations stylistiques			
a. Variété dans le style de communication			
III. ACTES ILLOCUTOIRES/PERLOCUTOIRES			
A. Modalité verbale			
1. Actes de parole			
a. Analyse des actes de parole des interlocuteurs			
1) Rôle de l'émetteur			
2) Rôle du récepteur			
b. Variété des actes de parole			
2. Sujet de conversation			
a. Sélection			

b. Introduction			
c. Maintien			
d. Changement			
3. Tour de parole			
a. Initiation			
b. Réponse			
c. Correction/révision			
d. Pause			
e. Interruption/chevauchement			
f. Feed-back envers l'interlocuteur			
g. Proximité de la réponse			
h. Progression rhématique			
i. Quantité/concision			

Annexe VI : Lexique des termes utilisés

Lexique des termes utilisés Protocole de PRUTTING et KIRCHNER

1. Actes d'élocution

1.1. Modalité paralinguistique

Taxonomie	Description et code
1. Intelligibilité	Clarté du message
2. Intensité vocale	Volume du message
3. Qualité vocale	Résonance et caractéristiques laryngées
4. Prosodie	Intonation et accentuation du message, variations dans la force, la tonalité et la durée
5. Fluidité	Régularité, constance et débit du message

1.2. Modalité non verbale

6. Proximité physique	Distance entre les interlocuteurs
7. Contacts physiques	Fréquence et endroits de contact entre les interlocuteurs
8. Posture	Inclinaison, déplacement par rapport à l'interlocuteur
9. Mouvement des pieds/mains	Tout mouvement
11. Gestes	Tout mouvement qui supporte, complète ou remplace un comportement verbal
12. Expression faciale	Expression de la bouche : positive (commissures vers le haut), neutre (au repos), négative (vers le bas)
13. Regard	Contact visuel et réciproque entre les interlocuteurs

2. Actes propositionnels

2.1. Modalité verbale et paralinguistique

Taxonomie	Description et code
1. Sélection/usage lexical	
a. Spécificité et exactitude	Meilleur usage et choix lexical en fonction du contexte
2. Cohésion	
a. Ordre des mots	Ordre grammatical des mots pour communiquer un message
b. Information connue/nouvelle	Information déjà connue ou non par l'interlocuteur
1) Pronominalisation	Pronoms permettant au récepteur d'identifier le référent (un des moyens utilisé pour marquer ce qui est connu)
2) Ellipses	Information connue qui peut être supprimée
3) Emphase	Information nouvelle marquée en accentuant certains items
4) Article défini/indéfini	Si une nouvelle information est signalée, on utilise l'article indéfini, sinon l'article défini
5) Chronologie	L'information connue est précisée avant la nouvelle

2.2. Modalité verbale, paralinguistique et non verbale

1. Variations stylistiques	
a. Variété dans le style de communication	Adaptations utilisées par l'orateur sous des formes dyadiques variées (ex : formules de politesse, syntaxe différente, changement de qualité vocale)

3. Actes illocutoires et perlocutoires

3.1. Modalité verbale

Taxonomie	Description et code
1. Actes de parole	
a. Analyse des actes de parole des interlocuteurs	Aptitude à prendre le rôle de l'émetteur ou du récepteur selon le contexte : - <i>Directives / réalisation</i> : besoin personnel, impératives, impératives enchâssées, permission, questions directives, aides, allusion, insinuation - <i>Question / réponse</i> : requêtes pour confirmation, requêtes pour répétition de constituant spécifique - <i>Requête / réponse</i> : requêtes directes, indirectes, insinuées, de clarification, de reconnaissance de la demande, de réalisation de l'action désirée - <i>Commentaire / reconnaissance</i> : description des activités en cours ou de celles qui vont se faire, de l'état ou de la condition des objets, des personnes ; dénominations ou reconnaissances qui sont positives, négatives, explétives (mot ou expression non nécessaire au sens de la phrase mais qui sert parfois à lui donner de la force), indicatives
b. Variété des actes de parole	Ce que l'on peut faire avec son langage tel que : commentaire, assertion, requête, promesse, etc.
2. Sujet de conversation	
a. Sélection	Sélection d'un sujet approprié au contexte
b. Introduction	Introduction d'un nouveau sujet dans le discours
c. Maintien	Maintien d'un sujet tout au long du discours
d. Changement	Changement de sujet dans le discours
3. Tour de parole	Echanges harmonieux entre les interlocuteurs
a. Initiation	Initialisation de l'acte de parole
b. Réponse	Réponse en tant que récepteur à l'acte de parole
c. Correction/révision	Aptitude à renouer le fil lorsque survient une rupture, et aptitude à demander une précision lorsque survient une ambiguïté, une incompréhension

d. Pause	Temps de pause trop long ou trop bref entre les mots et les phrases, ou en réponse à une question
e. Interruption/chevauchement	Interruption entre les interlocuteurs / chevauchement lorsque deux personnes parlent en même temps
f. Feed-back envers l'interlocuteur	Réaction afin de réguler ou de renforcer le discours de l'interlocuteur : - Comportement verbal tel que « oui », « réellement » - Comportement non verbal tel que hochements de tête positifs, de côté pouvant exprimer une affection négative ou le doute
g. Proximité de la réponse	Enonciation qui survient immédiatement après celle du partenaire
h. Progression rhématique	Enonciations qui partagent le même sujet que l'énonciation précédente et qui ajoutent une information à l'acte communicatif précédent
i. Quantité/concision	Contribution qui devrait être aussi informative que souhaitée mais pas trop

Annexe VII : Protocole MEC

Cet instrument conçu par JOANETTE, SKA et COTE [76] en 2004 est voué à l'évaluation des habiletés communicationnelles des adultes cérébrolésés droits. Il étudie plus spécifiquement les dimensions prosodique, lexico-sémantique, discursive et pragmatique du langage. Les auteurs précisent toutefois que leur protocole peut aussi être appliqué à tout patient présentant un trouble acquis de la communication tels que les traumatisés crâniens, les aphasiques ou encore les sujets parkinsoniens.

Parmi les tâches du protocole MEC évaluant les aspects pragmatiques du langage, nous avons sélectionné les épreuves d'interprétation de métaphores et d'idiomes, ainsi que d'interprétation d'actes de langage indirects.

Le sous-test « Interprétation de métaphores » a pour but d'évaluer la capacité à interpréter le sens figuré des phrases. L'épreuve comporte 20 expressions non littérales, dont 10 métaphores nouvelles (métaphores qui ne sont ni figées ni d'usage courant) et 10 idiomes (expressions figées ou courantes). L'examineur présente chaque métaphore simultanément à l'oral et l'écrit, puis le patient doit expliquer cet énoncé avec ses propres mots. Si la réponse est erronée, le thérapeute présente un choix de réponse constitué de trois interprétations différentes (littérale, figurée correcte ou erronée et sans lien de sens direct avec la phrase) et demande au patient de choisir la proposition la plus proche du sens de la phrase. Cette étape permet d'apprécier si le sujet a compris la métaphore, mais ne parvient pas à l'expliquer clairement, ou s'il ne l'a pas comprise. Cependant, les auteurs précisent qu'il est intéressant de proposer cette sélection même en cas de réponse correcte, car l'analyse du nombre de bonnes réponses aux choix multiples apporte également des informations sur la capacité du sujet à résister à l'interférence des réponses incorrectes. L'examineur transcrit progressivement les explications du sujet et accorde 2 points (réponse claire et adéquate), 1 point (éléments de réponse, mais imprécisions, ajouts ou omissions), ou 0 point (réponse erronées ou absence de réponse). Suite au choix de réponse après réponse imprécise ou erronée, il ajoute 1 point si la sélection est correcte, 0 point si elle est inexacte. Après calcul des résultats totaux aux explications et aux choix de réponse, l'examineur se réfère aux normes établies selon l'âge et le niveau d'étude du patient.

L'autre sous-test « Interprétation d'actes de langage indirects » est destiné à évaluer l'aptitude à comprendre les actes de langage indirects en considérant le contexte situationnel. L'épreuve comporte 20 courtes situations, dont 10 situations se terminent par un acte de langage direct (sans sous-entendu) et 10 autres s'achèvent par un acte de langage indirect (inférence de l'intention sous-jacente en tenant compte du contexte). Après lecture à haute voix de la situation par l'examineur, le patient doit expliquer le sens de l'énoncé avec ses propres mots. En cas de réponse incorrecte, l'examineur présente un choix de réponses constitué de deux interprétations différentes de la situation (une littérale et directe, et une indirecte) afin de tester la réelle compréhension de ces phrases. Le patient doit sélectionner celle qui lui semble la plus proche de l'énoncé. Il est également conseillé de présenter constamment les choix de réponses au sujet afin d'apprécier son habileté à résister aux interférences. Les auteurs proposent d'analyser les réponses aux actes de langage directs, car pour les interpréter le sujet doit aussi tenir compte du contexte situationnel. L'examineur transcrit les réponses du sujet et utilise la même cotation que pour l'épreuve précédente.

Annexe VIII : Bilan initial Monsieur C.

1. Compréhension

1.1. Métaphores

Monsieur C. est **dans la moyenne** à cette épreuve (34/40, moyenne à 34,13/40). Les métaphores nouvelles sont moins bien réussies que les idiomes.

Sur le plan des métaphores nouvelles (16/20), il est **imprécis** dans ses explications à deux reprises. Par exemple, pour « L'encyclopédie est une mine d'or », il explique « Elle permet de trouver les réponses aux mots qu'on peut chercher », ce qui rend compte de l'utilité de l'ouvrage, mais n'insiste pas suffisamment sur la quantité ou la qualité des informations qu'on peut y trouver. Une **explication** de métaphores nouvelles est **erronée**. En effet, pour « Les ouvriers sont des abeilles », il affirme « Ils sont beaucoup sur le chantier, chaque corps de métier se suit, ils construisent les uns après les autres », ce qui n'informe ni sur la quantité, ni sur la vitesse, ni sur la qualité du travail des ouvriers. Cependant, le choix de réponses l'aide, ce qui indique une **difficulté à exprimer le sens de ces métaphores**, mais qui témoigne d'une **certaine compréhension des énoncés**.

Concernant les idiomes (18/20), il **se trompe à un item**, et le choix de réponse ne l'aide pas, ce qui prouve qu'il **n'a pas perçu le sens** de cet idiom (pour « J'ai mis les pieds dans le plat », il explique « Je me suis avancé à faire quelque chose, j'ai commencé », il ne mentionne pas qu'une erreur a été commise).

Nous repérons donc **quelques difficultés au niveau de la compréhension des métaphores**, sans que celle-ci ne soit réellement troublée. De plus, nous observons lors de cette épreuve des **temps de latence** avant la réponse du patient, ce qui signe un manque d'automatisation et un important effort cognitif dans le traitement de ces énoncés.

1.2. Interprétation d'actes de langage indirects

Ses résultats le placent **au-dessus de la moyenne** (36/40, moyenne à 32,37/40).

Nous constatons toutefois qu'il **échoue davantage dans les situations indirectes** (16/20) que dans les situations directes (20/20). Deux de ses explications d'actes de langage indirects sont **imprécises**. Par exemple, la situation « Jean est dans sa chambre et écoute de la musique. Son père lui dit 'Jean, la porte de ta chambre est ouverte.' » signifie pour le patient que la musique dérange le père, mais il omet de préciser la requête de fermer la porte. Toutefois, il choisit la bonne explication, ce qui témoigne de sa **compréhension de la situation** et de sa **difficulté à l'expliquer**.

L'un des **énoncés** n'a **pas du tout été compris**, puisqu'il a fourni une explication erronée et a effectué un mauvais choix de réponse (ex : « Emile cohabite avec son frère. En revenant de l'épicerie, il dit à son frère 'Ca a coûté 68 euros.' », d'après le patient, Emile a simplement voulu dire à son frère que ça a coûté un peu cher, sans exprimer la

requête sous-entendue du partage des frais). **La compréhension des sous-entendus semble donc légèrement altérée.**

2. Expression

2.1. Analyse d'une conversation

La durée de la conversation a été de 5 minutes et 5 secondes. Nous n'avons pas pu recueillir un échantillon plus long, comme il est recommandé, car l'incitation verbale de Monsieur C. était très restreinte. La conversation a dû être relancée à plusieurs reprises par des questions auxquelles il s'est contenté de répondre succinctement. Ceci témoigne d'un **défaut d'initiation verbale** et d'une **expression réduite**. Nous n'avons donc pas voulu prolonger l'échange, qui devait selon nous rester agréable pour le patient, afin d'établir un climat de confiance et de respect pour la prise en charge future.

a. Actes d'élocution

Nous notons **peu de variations prosodiques** chez ce patient et une **expression faciale figée**, sans mimiques. Or, ces éléments participent à la transmission d'une information et apportent du dynamisme à l'échange. Nous pouvons relier ceci à son traumatisme facial qui a exigé d'importantes interventions chirurgicales modifiant certainement sa mimique.

b. Actes propositionnels

Les **choix lexicaux** de Monsieur C. ne sont **pas toujours adaptés** à la situation conversationnelle. Nous relevons une expression de registre familier (« Y'en a plein qui s'en foutent un peu quoi »). De plus, certains mots choisis **manquent de précision** (« J'étais un peu pas bien » au lieu de dire « J'étais un peu malade »). Sa morphosyntaxe est simple, mais ne nuit pas à la communication. L'ordre des mots est correct. Cependant, l'emphase est inadéquate, car il **ne marque pas les informations nouvelles en les accentuant**, son discours est monotone. Nous constatons également des **répétitions d'informations inutiles**, déjà fournies précédemment (« J'ai ça deux-trois fois par an », puis plus loin « Deux-trois fois par an ça me fait ça »).

Le **style communicatif est peu varié**. Effectivement, il utilise seulement le canal verbal et néglige les aspects paralinguistiques et non verbaux. Les onomatopées et interjections qui donnent de la vivacité au discours sont rares ou redondantes (répétition de « ouais »). Nous notons également une syntaxe peu diversifiée ; il reprend souvent celle de son interlocuteur pour répondre (I.P. : « Sans arrêter, sans changer le traitement... », B.C. : « ...Nan, nan, nan, sans arrêter le traitement »).

c. Actes illocutoires et perlocutoires

Les **actes de langage** de Monsieur C. sont **pauvres**. Il **néglige sa position d'émetteur**. Il répond aux questions qui lui sont posées de manière adéquate, mais n'apporte que **peu d'informations sans sollicitation**. On constate de **nombreux blancs** dans l'interaction verbale, car le patient ne développe pas ses réponses et répond fréquemment par « ouais », ce qui ne permet pas de rebondir sur sa production. Il n'utilise que des phrases assertives, mais **pas de phrases interrogatives ou exclamatives**. Il ne fait que **peu de commentaires** et n'effectue **pas de requêtes**.

Sur le plan du sujet de conversation, nous n'avons pas eu l'occasion d'observer si la sélection d'un thème était appropriée au contexte. Il a effectivement favorisé son rôle de récepteur et n'a pas abordé de nouveau sujet dans la conversation. En revanche, il est resté cohérent avec le sujet, et n'a pas effectué de digression. Mais **son manque d'initiation verbale l'empêche d'introduire un nouveau sujet, de changer de thème et de faire évoluer la conversation**.

Le **tour de parole** n'est **pas toujours respecté**. Monsieur C. n'a que **très rarement initié** le discours. De plus, **son temps de pause est trop bref** lorsqu'il répond à une question, ce que l'on peut relier à son **impulsivité**. Il s'empresse de répondre aux questions, si bien qu'il **chevauche la parole** de son interlocuteur (I.P. : « Sans arrêter, sans changer le traitement... », B.C. : « ...Nan nan nan, sans arrêter le traitement.... », IP. : « ...Vous gardez les dix-sept. ») et **l'interrompt à trois reprises** pour terminer ses phrases (C.M. : « Oui, vous disiez à la fin peut-être que... », B.C. : « ...Y'avait trop de monde »). Le **feed-back** envers l'interlocuteur est adapté au niveau verbal (répétition de « hum, hum » ou « ouais »), mais au niveau **non verbal**, on observe **peu de mimiques ou attitudes** donnant des informations sur ses pensées. La **progression rhématique** est **limitée**, car la **quantité trop faible d'informations apportées** ne lui permet pas d'enrichir le thème de la conversation, ni de la faire évoluer.

2.2. Observation des compétences pragmatiques en situation écologique

Comme nous l'avons noté précédemment, Monsieur C. fait preuve **d'impulsivité**. Lors d'ateliers de groupe, il est fréquent qu'il **réponde à la place d'un autre**, ou bien qu'il **interrompe la parole** de quelqu'un.

Monsieur C. **manque parfois d'informativité** et **ne réalise pas un bon feed-back**. Au cours d'un atelier de groupe sur le thème de la communication, un dessin « dos à dos » était proposé : deux stagiaires devaient se tourner le dos, l'un disposait d'un dessin simple, l'autre d'une feuille blanche et d'un stylo. Le premier devait décrire au second son dessin, qui devait à son tour le transcrire sur sa feuille. Ceci demandait donc à l'émetteur de se mettre à la place de son coéquipier afin de lui donner les bonnes informations, de façon précise et concise. Le récepteur devait également faire un retour adapté à l'émetteur. En tant qu'émetteur, Monsieur C. n'a pas su donner les bonnes indications à son coéquipier pour qu'il reproduise correctement le dessin. Dans la position de récepteur, son feed-back a été très pauvre, il n'a pas transmis à l'autre son incompréhension.

Toutes ces observations se sont retrouvées également dans un atelier de groupe « jeux de société » autour du jeu Taboo®. Monsieur C. réalisait **peu de feed-back verbaux et non verbaux**. En revanche, il a réussi à deviner plusieurs mots, il a donc pu se positionner en tant que récepteur de façon adaptée. Nous retrouvons son **problème d’informativité**, car il peinait parfois à donner suffisamment d’indications à son interlocuteur pour lui faire deviner le mot cible sans utiliser les termes tabous (ex : pour faire deviner « fourrure », il donne comme seule indication « c’est une veste »). Il est possible d’expliquer cela par une **difficulté à se mettre à la place d’autrui** (ToM) et à **adapter son message à son interlocuteur**. Une autre explication serait une **incapacité à faire des liens entre différentes catégories sémantiques**. Il se focaliserait sur un aspect sémantique du mot, sans l’élargir à tous les sens possibles. Cette vision trop restreinte du sens des mots perturbe la communication, car il peut ne pas saisir toute la portée de certains énoncés. De même, son discours peut être inadapté à l’interlocuteur, en raison d’un emploi lexical trop personnel.

Annexe IX : Grille d'analyse bilan initial Monsieur C.

Protocole pragmatique de PRUTTING & KIRCHNER
Bilan n°1 Monsieur B.C.

I. ACTES D'ELOCUTION	Adéquat	Inadéquat	Pas d'opportunité
<i>A. Modalité paralinguistique</i>			
1. Intelligibilité	X		
2. Intensité vocale	X		
3. Qualité vocale	X		
4. Prosodie		X	
5. Fluidité	X		
<i>B. Modalité non verbale</i>			
1. Proximité physique	X		
2. Contact physique	X		
3. Maintien/posture	X		
4. Mouvements des mains et des pieds	X		
6. Gestes	X		
7. Expression faciale		X	
8. Regard	X		
II. ACTES PROPOSITIONNELS			
<i>A. Modalité verbale</i>			
1. Sélection et usage lexical			
a. Spécificité et exactitude		X	
2. Cohésion			
a. Ordre des mots	X		
b. Information connue/nouvelle	X		
1) Pronominalisation	X		
2) Ellipses		X	
3) Emphase		X	
4) Article défini/indéfini	X		
5) Chronologie	X		
<i>B. Modalité verbale/paralinguistique/non verbale</i>			
1. Variations stylistiques			
a. Variété dans le style de communication		X	
III. ACTES ILLOCUTOIRES/PERLOCUTOIRES			
<i>A. Modalité verbale</i>			
1. Actes de parole			
a. Analyse des actes de parole des interlocuteurs			
1) Rôle de l'émetteur		X	
2) Rôle du récepteur	X		
b. Variété des actes de parole		X	
2. Sujet de conversation			
a. Sélection			
b. Introduction		X	
c. Maintien	X		
d. Changement		X	
			X

3. Tour de parole			
a. Initiation		X	
b. Réponse	X		
c. Correction/révision	X		
d. Pause		X	
e. Interruption/chevauchement		X	
f. Feed-back envers l'interlocuteur		X	
g. Proximité de la réponse	X		
h. Progression rhématique		X	
i. Quantité/concision		X	

Annexe X : Corpus bilan initial Monsieur C.

Corpus conversation bilan n°1 M. B.C. (7/10/13)

Durée : 5 minutes et 5 secondes

Interlocuteurs : B.C. (patient), I.P. (orthophoniste UEROS), C.M (expérimentatrice).

[...]

C.M. : « En ce qui concerne l'atelier de groupe 'Taboo' de ce matin, avez-vous trouvé ça intéressant ? »

B.C. : « Ouais, ouais, j'ai trouvé ça sympa, ouais. C'était bien. »

C.M. : « Ca vous a plu ? Vous vous êtes senti à l'aise ? »

B.C. : « Ouais. Ouais, ouais ».

C.M. : « Oui, vous disiez à la fin peut-être que... »

B.C. : « ...Y'avait trop de monde. On était trop quoi. »

C.M. : « Eh oui. Vous auriez peut-être voulu faire plus de tours de jeu ? »

B. C. : « Non, non par rapport aux autres. Y'en a plein qui s'en foutent un peu quoi. »

C.M. : « Ah oui, et ça vous dérange. »

B.C. : « Non, non ça ne me dérange pas, non, je l'ai constaté, c'est tout. »

C.M. : « D'accord. Et au niveau de la structure, tout se passe bien ? »

B.C. : « Ouais, ouais. »

C.M. : « Vous êtes là depuis combien de temps maintenant ? »

B.C. : « Ca fait 3 semaines maintenant ».

C.M. : « D'accord, donc tout va bien. »

B.C. : « Non, non moi ça me va. »

I.P. : « Vous avez pris le rythme. »

B.C. : « Ouais, j'ai pas trouvé ça contraignant quoi. »

C.M. : « Hum, hum ».

B.C. : « A part la semaine dernière où j'étais un peu pas bien quoi. »

C.M. : « Ah, parce que c'était le début ? »

B.C. : « Non, non c'est parce qu'en fait j'ai un traitement, je prends dix-sept médicaments par jour. J'ai ça deux-trois fois par an, ça dure deux-trois jours, puis ça repart. »

I.P. : « D'accord, parce que je pensais que vous étiez malade. »

B.C. : « Non non, je l'avais expliqué à **** ».

I.P. : « Ah, d'accord, elle ne m'avait pas informée. Donc c'était dû aux médicaments. »

B.C. : « Ouais, ouais, deux-trois fois par an ça me fait ça. »

I.P. : « C'est une saturation. »

B.C. : « Ouais ».

BLANC

I.P. : « Et qu'est-ce que vous faites à ce moment-là ? »

B.C. : « Bah là, je vais voir mon médecin, et il me donne de quoi... pour que ça passe quoi. »

I.P. : « Sans arrêter, sans changer le traitement... »

B.C. : « ...Nan nan nan, sans arrêter le traitement.... »

IP. : « ...Vous gardez les dix-sept. »

B.C : « Si j'arrête, euh... J'ai pris l'habitude de prendre à heure fixe, euh... même si je décale d'une heure, euh, ça me tue la journée, quoi. Après j'ai des douleurs qui me remontent dans le bras et c'est fini. »

I.P. : « Hum hum. »

BLANC

C.M. : « C'est votre bras qui vous fait souffrir ? »

B.C. : « Ouais »

C.M. : « Ah oui, c'est pour ça. »

B.C. : « Ouais, bin je prends tous les anti-douleurs quoi. »

C.M. : « D'accord. »

I.P. : « C'est bon à savoir. »

B.C. : « Des morphiniques et des antiépileptiques à forte dose, ça calme les nerfs. »

I.P. : « Hum, hum. »

C.M. : « D'accord. »

I.P. : « D'accord. »

BLANC

I.P. : « Et malgré tous ces traitements, au niveau attentionnel, ça allait ce matin ? »

B.C. : « Ouais, ouais. Mais en général ça va, ça va. »

IP. : « Vous avez réussi à bien suivre, à bien retenir la consigne. »

B.C : « Hum, hum. »

BLANC

C.M. : « Et vous avez l'habitude de jouer comme ça à des jeux de société ? »

B.C. : « Ouais bin un petit peu, quoi. Enfin l'été je le fais pas trop. Mais l'hiver, avec mon fils, on s'occupe comme ça quoi. »

C.M. : « Ah oui, d'accord. »

B.C. : « En plus j'ai mes neveux et tout ça quoi, donc on se réunit souvent en famille les week-ends et on fait des jeux, des jeux de société. »

C.M. : « Hum, hum, c'est bien. Ce matin, c'est sûr que c'était différent. Vous étiez dans un groupe, il y avait une dizaine de personnes. Ce n'est pas la même chose... »

B. C. : « ... qu'avec des enfants quoi. »

C.M. : « Oui, avec des enfants, et aussi que d'être à deux ou en petit groupe. »

B.C. « Hum. Quand y'a des enfants, c'est plus nous qui expliquons que... que vous. »

(Rires des 3 interlocuteurs)

I.P. : « C'est vrai ! »

BLANC

I.P. : « A quels jeux ils jouent justement avec vous ? »

B.C. : « Euh... On joue aux dames, euh... on joue aux petits chevaux, euh... on fait des... euh... ah mince... ah... des jeux de sept famille. »

I.P. : « Hum hum. D'accord. »

BLANC

C.M. : « Et quel âge a votre fils ? »

B.C. : « Six ans. »

C.M. : « Ah ! Il est encore petit. »

I.P. : « Donc il accède à la lecture. Il est au CP là, non ? »

B. C. : « Ouais, ouais, il est rentré au CP là. »

I.P. : « C'est une année importante. »

B.C. : « Ouais, ouais. Je pourrai recommencer à écrire avec lui. »

I.P. : « Ah, c'est bien ! »

(Rires des 3 interlocuteurs) BLANC

C.M. : « Il est à l'école à quel endroit ? »

B.C. : « A *****. »
 C.M. : « Ah, à ***** ? »
 B.C. : « Ouais. »
 C.M. : « D'accord. Je ne connais pas les écoles là-bas. »
 B.C. : « L'école ***** ça s'appelle. »
 C.M. : « D'accord. Et tout se passe bien pour lui aussi ? »
 B.C. : « Oui, oui. Très bien. Ah oui, lui il adore l'école. »
 C.M. : « C'est important. Et si j'ai bien compris vous rentrez tous les soirs ? »
 B.C. : « Oui. »
 C.M. : « Donc vous le voyez... »
 B.C. : « ...Tous les soirs. Oui parce que j'habite à dix minutes. »
 C.M. : « D'accord. Donc vous le voyez tous les soirs. »
 B.C. : « Cette semaine c'est moi qui l'ai. »
 C.M. : « D'accord. »
 B.C. : « C'est une semaine sur deux. »
 C.M. : « Hum hum. Et les week-ends aussi ? »
 B.C. : « Bin on fait du vendredi au vendredi en fait. »
 C.M. : « D'accord. Oui donc vous enchaînez la semaine et le week-end. »
 B.C. : « Hum ».
 C.M. : « Oui, c'est bien. »
 B.C. : « Oui, oui, c'est bien. »
 BLANC
 C.M. : « Et vous faites des activités avec lui le week-end ? »
 B.C. : « Bah ouais, faut l'occuper hein ! »
 (Rires des 3 interlocuteurs)
 I.P. : « Eh oui. »
 B.C. : « Bon après, moi j'ai trois sœurs et un frère, et y'a d'autres petits à un ou deux ans de différence de son âge. »
 C.M. : « Hum, hum. »
 I.P. : « Donc vous vous voyez tous les week-ends. »
 B.C. : « Ouais, ouais. »
 I.P. : « Ils ne sont pas loin en fait. »
 B.C. : « Ouais ouais, on est tous ensemble. On se voit toutes les semaines. »
 C.M. : « C'est bien, c'est important la famille. »
 B.C. : « Hum, hum. »
 I.P. : « Ok. »

[...]

Annexe XI : Bilan final Monsieur C.

1. Compréhension

1.1. Métaphores

Les résultats de Monsieur C. sont **dans la moyenne** pour son âge et son niveau d'études (34/40 pour une moyenne à 34,13/40). Ils sont **stables** par rapport au premier bilan (34/40 également).

Les métaphores nouvelles (17/40) sont aussi bien réussies que les idiomes (17/40), ce qui diffère du précédent bilan (respectivement 16/40 et 18/40). Pour chaque type d'énoncé, il produit une explication imprécise et une explication erronée. Cependant, il parvient presque toujours à effectuer le bon choix parmi les propositions (19/20 au choix de réponses), tout comme lors du précédent bilan. Ceci nous renseigne sur la **compréhension relativement bonne de ces énoncés, en dépit d'une difficulté à les expliciter oralement**. L'un des idiomes est échoué, car il n'a ni su l'expliquer, ni pu sélectionner la réponse appropriée (pour « J'ai mis les pieds dans le plat », il explique « Je me suis interposé »). Or, ce même item lui avait posé problème au premier bilan. Nous pouvons donc en déduire une méconnaissance de cet idiomme, plutôt qu'une réelle incompréhension.

Les **faibles difficultés** de Monsieur C. dans la **compréhension de ces énoncés non littéraires n'ont donc pas évolué depuis le précédent bilan**.

1.2. Interprétation d'actes de langage indirects

Monsieur C. obtient un score de 36/40 qui le place **au-dessus de la moyenne** (32,7/40).

Tous les actes de langage directs sont corrects, ce qui signe une bonne analyse du contexte situationnel. En revanche, certains actes de langage indirects sont encore mal expliqués (16/20), puisque le patient formule des réponses imprécises ou fausses. Nous pouvons en déduire qu'il possède encore de **faibles difficultés dans la compréhension de ces énoncés implicites**. Le précédent bilan faisait état des mêmes résultats (36/40 également), donc **ces légères perturbations semblent constantes**. Toutefois, nous notons quelques **améliorations**. Le patient choisit davantage de propositions adéquates aux énoncés (20/20 en proposition de réponses), contrairement au premier bilan (19/20). En effet, il a commis une erreur dans l'explication du même énoncé lors du premier et du second bilan. Mais lors de la seconde passation, il a su s'autocorriger grâce au choix de réponse, sans temps de latence. Ceci nous indique une **meilleure compréhension de cet énoncé indirect** et des **capacités de jugement et d'autocorrection plus satisfaisantes**.

Nous relevons aussi lors de la passation de l'épreuve une **question** posée par le patient, qui consiste en une demande de réassurance (« Il lui demande de fermer la porte, car la musique est trop forte, enfin je crois, non ? »). Cette requête dénote une **meilleure initiation verbale** et une **plus grande prise en compte de l'interlocuteur**.

2. Expression

2.1. Analyse d'une conversation

L'échantillon conversationnel recueilli est de 16 minutes, ce qui est beaucoup plus long que lors du premier bilan. Monsieur C. participe davantage à la discussion ce qui témoigne d'une **plus grande implication dans l'interaction verbale**.

a. Actes d'élocution

Les **actes d'élocution** de Monsieur C. sont tous adaptés à la situation communicative. La **prosodie** est davantage marquée (plus de modulations vocales, d'intonations, de variations de rythme), et les **expressions faciales** moins figées (sourire plus fréquent, mimiques variées comme écarquiller les yeux ou secouer la tête). Il **arrive mieux à transmettre ses états d'esprit** à son interlocuteur à travers le mode para-verbal ou non verbal. Ceci rend son discours plus vivant.

b. Actes propositionnels

L'analyse des **actes propositionnels** nous renseigne sur l'utilisation par le patient d'un **registre familier** (« gars », « friqué », « bazar ») qui est inadapté au contexte et à l'interlocuteur. Toutefois, ces termes restent peu fréquents dans le discours du patient. De plus, il semble avoir **conscience de cette inadéquation** et peut **s'autocorriger** (« Ouais, parce qu'y en a qui louent les balcons de leur baraque, enfin de leur appartement... »). Ses **choix lexicaux** semblent **plus précis** que lors du premier bilan. Les termes utilisés par le patient sont pertinents, il n'emploie pas de termes génériques ou approximatifs.

L'ordre grammatical des mots est respecté. Cependant, le patient a rencontré **quelques difficultés de cohésion et d'informativité**. En effet, dans ce corpus, il n'a pas suffisamment précisé le contexte et ne s'est pas assuré des informations connues de son interlocuteur. Avant d'aborder le sujet de son stage en milieu professionnel, il n'a pas spécifié le lieu de l'entreprise, ni les personnes qu'il a rencontrées (« *les cinq* que j'ai vu »). Il a agi comme si son interlocuteur était avisé de toutes ces indications, ce qui nuit à la compréhension de son discours. De plus, les pronoms qu'il utilise ne permettent pas toujours à l'auditeur d'identifier le référent (« ce qu'*ils* me disent tous »). Il n'a **pas recours aux ellipses**, et a tendance à **répéter certaines expressions** (« *Y'en a un* qui s'est présenté avec une entaille dans le pouce, il pouvait pas attraper et ils l'on refusé. *Y'en a un* qui entendait mais pas très bien, ils l'ont refusé aussi »). Cependant, nous ne notons **pas de redites au niveau du contenu informatif**, contrairement au précédent bilan. **L'emphase est plus adéquate**, car Monsieur C. parvient à mettre en relief une nouvelle information en insistant sur l'intonation (« Mais même refaire du ski, ça me fait un peu peur. *Pas de faire du ski*, mais c'est de retomber quoi »).

Le **style de communication** du patient est **plus diversifié**. On repère dans sa syntaxe des formules interrogatives (« Ah bon ? ») et exclamatives (« Il parle même pas anglais ! »). On note également des changements de qualité vocale et de nombreuses interjections et onomatopées (« bin, bah, ouais, ah, hum, euh ») qui apportent une **dynamique à l'échange**.

c. Actes illocutoires et perlocutoires

Nous constatons une amélioration concernant ces actes.

Monsieur C. **rempli davantage son rôle d'émetteur**. Ses **actes de parole sont variés** : il produit plus de commentaires, de requêtes, notamment des demandes de confirmation (« moi ? », « ah bon ? ») qui informent sur son étonnement. Nous observons aussi une phrase humoristique (« Ouais, mais si y'en a un qui me rentre dedans, je repars en hélicoptère ! »), qui a pour but de susciter le rire chez l'interlocuteur. Nous remarquons également **l'évolution de son initiation verbale**. Les blancs dans la conversation sont rares. Il **apporte des informations nouvelles** au sujet de la conversation, et **développe davantage ses idées et ses réponses**, même si elles peuvent encore être brèves. Il arrive par moments à **relancer la conversation**, mais son interlocuteur doit aussi intervenir pour redynamiser l'échange en posant des questions. En tant que récepteur, il est performant, puisqu'il répond de façon adaptée à son interlocuteur, en utilisant les canaux verbaux et non verbaux.

Les **sujets** qu'il apporte sont **adaptés au contexte**, mais il en **aborde très peu de lui-même**. Il a tendance à **suivre le thème lancé** par son interlocuteur, sans initier un changement. Ces difficultés n'ont donc pas évolué avec la prise en charge. En revanche, il est capable d'**apporter de nouvelles informations à ce thème** et de l'enrichir. Il peut également **maintenir** un sujet sans digresser.

Concernant les tours de parole, Monsieur C. **initie nettement plus le discours**. Il apporte de **nouvelles informations pertinentes** et parvient même à **relancer la conversation**, ce dont il n'était pas capable lors du précédent bilan (B.C. : « Ah bin ça a dû coûter 12 000 ou 14 000 euros. », C.M. : « Ils devaient être sûrs d'eux. », B.C. : « Ah bin ouais. *Et puis là-bas, il fait de la location de quad, et elle, elle fait des balades à cheval.* »). Cet ajout de nouveaux éléments au discours permet de faire **progresser** le contenu informatif de la communication, ce qui s'est nettement amélioré depuis le premier bilan. La **quantité** de message qu'il apporte est maintenant plus adéquate. Il est aussi capable de rétablir une **ambiguïté**. Toutefois, nous repérons encore quelques **interruptions** de parole, et des **pauses** trop longues ou trop brèves avant de répondre à une question (C.M. : « [...] Je ne sais pas comment fonctionne la médecine du travail, mais peut-être que s'ils repèrent que vous... » / B.C. : « Bin, la médecine du travail, ils sont assez durs quoi. [...] »). Son **feed-back non-verbal** est bien **meilleur**. Sa mimogestualité et sa prosodie sont plus diversifiées ce qui nous apporte des indications sur ses pensées et enrichit la communication.

2.2. Observation des compétences pragmatiques en situation écologique

Lors des ateliers de groupe, **l'impulsivité** de Monsieur C. semble avoir régressé. Nous notons **très peu d'interruptions** de parole et il ne semble **plus répondre à la place** de ses collègues.

L'observation de ses interactions avec d'autres stagiaires confirme **l'amélioration de l'incitation verbale**, et la **variété des feed-back verbaux et non verbaux**. Il **apporte nettement plus d'informations**. En effet, lors d'une discussion au cours d'un atelier avec l'un des membres du groupe, il a pris l'initiative de lui expliquer le thème de son exposé (le festival « Les nuits du Sud ») et de l'informer sur le sujet. Il semble plus impliqué dans les échanges, contrairement au premier bilan.

Annexe XII : Grille d'analyse bilan final Monsieur C.

Protocole pragmatique de PRUTTING & KIRCHNER
Bilan n°2 Monsieur B.C.

I. ACTES D'ELOCUTION	Adéquat	Inadéquat	Pas d'opportunité
A. Modalité paralinguistique			
1. Intelligibilité			
2. Intensité vocale			
3. Qualité vocale			
4. Prosodie			
5. Fluidité			
B. Modalité non verbale			
1. Proximité physique			
2. Contact physique			
3. Maintien/posture			
4. Mouvements des mains et des pieds			
6. Gestes			
7. Expression faciale			
8. Regard			
II. ACTES PROPOSITIONNELS			
A. Modalité verbale			
1. Sélection et usage lexical			
a. Spécificité et exactitude			
2. Cohésion			
a. Ordre des mots			
b. Information connue/nouvelle			
1) Pronominalisation			
2) Ellipses			
3) Emphase			
4) Article défini/indéfini			
5) Chronologie			
B. Modalité verbale/paralinguistique/non verbale			
1. Variations stylistiques			
a. Variété dans le style de communication			
III. ACTES ILLOCUTOIRES/PERLOCUTOIRES			
A. Modalité verbale			
1. Actes de parole			
a. Analyse des actes de parole des interlocuteurs			
1) Rôle de l'émetteur			
2) Rôle du récepteur			
b. Variété des actes de parole			
2. Sujet de conversation			
a. Sélection			
b. Introduction			
c. Maintien			
d. Changement			

3. Tour de parole			
a. Initiation	X		
b. Réponse	X		
c. Correction/révision	X		
d. Pause		X	
e. Interruption/chevauchement		X	
f. Feed-back envers l'interlocuteur	X		
g. Proximité de la réponse	X		
h. Progression rhématique	X		
i. Quantité/concision	X		

Annexe XIII : Corpus bilan final Monsieur C.

Corpus conversation bilan n°2 M. B.C (3/02/14)

Durée : 16 minutes

[...]

C.M. : « Si je ne me trompe pas, vous étiez parti en enquête la semaine dernière. C'était dans quel domaine au juste ? »

B.C. : « C'était pour faire contrôleur technique, quoi. Passer les contrôles techniques sur les voitures. »

C.M. : « D'accord. »

B.C. : « Donc, en fait, après je ne sais pas s'il y a moyen d'adapter ou pas, mais ce qu'ils me disent tous, c'est qu'il y a une formation à passer au niveau de la préfecture. »

C.M. : « Hum, hum. »

B.C. : « Et ils disent que là, par rapport à un bras, bin ça risque de bloquer. »

C.M. : « Ah, oui... »

B.C. : « Dans le contexte, c'est pas que ce serait pas faisable quoi, mais euh... pour passer cette formation, y'a tellement de monde qui se présente qu'ils font une sélection. »

C.M. : « Ah bon ? A ce point ! »

B.C. : « Bah ouais. »

C.M. : « Parce que, en fait, vous auriez dû passer par un médecin qui vous donne son accord. »

B.C. : « La médecine du travail, je pense. »

C.M. : « Oui, voilà c'est ça. »

B.C. : « Ouais. Bin là ils disent qu'au niveau de la formation de la préfecture, les cinq que j'ai vus, ils m'ont tous dit pareil. »

C.M. : « Hum, hum. »

B.C. : « Parce que y'avait des gars qui étaient déjà mécaniciens. Y'en a un qui s'est présenté avec une entaille dans le pouce, il pouvait pas attraper et ils l'ont refusé. Y'en a un qui entendait mais pas très bien, ils l'ont refusé aussi. »

C.M. : « Ah bon ? Je ne comprends pas très bien le lien entre trouble auditif et... »

B.C. : « ... Parce que y'en a qui disent que, euh... dans la voiture, on a un boîtier, pour commander les appareils qui font fonctionner le... le bazar en fait. Et y'a des bips, en fait. Et ils ont dit qu'il risquait de pas entendre les bips. »

C.M. : « Ah, d'accord. Mais vous étiez en enquête toute la semaine dernière ? »

B.C. : « Trois jours, oui. »

C.M. : « Hum, hum. »

B.C. : « Après, je suis pas venu le jeudi et le vendredi, parce que mon fils était malade. »

C.M. : « Ah, oui c'est sûr, je comprends. Et vous étiez où durant ces trois jours ? »

B.C. : « Bin j'ai tourné sur Vence, Cagnes, Villeneuve, puis après j'ai arrêté, parce que sinon il fallait aller sur Antibes, Nice... »

C.M. : « D'accord. Et vous étiez dans des points de contrôle technique, c'est ça ? »

B.C. : « Ouais, j'ai été dans des endroits comme ça. »

C.M. : « Vous étiez en entreprise en fait. »

B.C. : « Ouais, ouais. »

C.M. : « Et ils étaient prévenus que vous veniez ? »

B.C. : « Ah non, non. J'y suis allé spontanément, comme ça. »

C.M. : « Et quel était le but ? Vous aviez quelque chose à faire ? »

B.C. : « Bin je leur donnais un petit questionnaire. Pour savoir les étapes à faire pour justement accéder à ce poste, et si c'était possible d'aménager un mi-temps. »

C.M. : « Hum, hum. Et c'est là qu'ils vous ont expliqué que certains ont été recalés. »

B.C. : « Bin eux, ils disaient qu'après, dans le contexte, pour travailler, on pouvait toujours s'arranger, parce qu'on est toujours au minimum deux. Pour donner un coup de main quoi. »

C.M. : « D'accord. »

B.C. : « Parce qu'après, pour voir s'il y a du jeu dans les trains avant ou dans les trains arrière, il faut prendre la roue à deux mains, et puis secouer fortement, quoi. »

C.M. : « Hum, hum. »

B.C. : « Bon après ça, y'a d'autres techniques. Parce que, bon, on peut prendre un petit cric, on peut le faire plus facilement. »

C.M. : « Oui, il y a des moyens d'adapter. »

B.C. : « Bin eux, ils disaient que oui, justement, quitte à passer un coup de main. Y'a toujours moyen. Mais le problème, par rapport à ce qu'ils disent, c'est la formation quoi, pour avoir l'agrément. »

C.M. : « Hum, hum. Et avant même de commencer cette formation, vous êtes obligé de passer par la médecine du travail, c'est ça ? »

B.C. : « Normalement oui. »

C.M. : « C'est avant la formation. »

B.C. : « Hum. »

C.M. : « Et c'est là que ça risque de bloquer... Et vous allez tenter d'y accéder, quand même ? »

B.C. : « Je sais pas, je vais voir. J'ai rendez-vous avec ***** demain. Je vais voir avec elle. »

C.M. : « C'est la chargée d'insertion. »

B.C. : « Hum, hum. »

C.M. : « C'est pour discuter, savoir si selon elle ça vaut le coup de le tenter. »

B.C. : « Voilà, c'est ça. »

C.M. : « Hum, hum. Elle a sans doute l'habitude de ce type de situations. »

B.C. : « Bin je sais que le dernier gars qui a voulu faire ça, bin il a été refusé aussi. »

C.M. : « C'était quelqu'un de l'UEROS ? »

B.C. : « Ouais. »

C.M. : « D'accord. »

BLANC

C.M. : « Après, qui ne tente rien n'a rien, hein. Peut-être qu'ils vont vous poser des questions. Je ne sais pas comment fonctionne la médecine du travail, mais peut-être que s'ils repèrent que vous... »

B.C. : « Bin, la médecine du travail, ils sont assez durs quoi. Eux, ils font pas de cadeau. Ils se posent pas de question. Ils voient qu'il n'y a qu'un bras, que tu peux pas porter, faire si... »

C.M. : « C'est dommage qu'ils s'arrêtent à ça, parce que, bon, on peut mettre en place des moyens d'adaptation quand même ! »

B.C. : « Bah oui. Y'a peu de contraintes quand même. »

C.M. : « Hum. »

B.C. : « Parce que c'est pas de la mécanique pure. On ne court pas, on soulève pas. »

C.M. : « Oui voilà, c'est du contrôle. C'est moins physique. Bon, du coup, vous allez voir. »

B.C. : « Ouais, je vais voir. »

C.M. : « Et sinon, vous avez d'autres pistes ? Il n'y a pas d'autres formations qui vous intéresseraient ? »

B.C. : « Bin, euh... »

C.M. : « Vous aviez parlé d'expert, il me semble. »

B.C. : « Ah oui, expert automobile, mais ça, nan. On a regardé avec *****, pour ça il faut Bac +5 ou Bac +3 et il faut faire du droit. »

C.M. : « Et maintenant, vous replonger dans le droit, vous vous sentiriez ? Parce que parfois je sais que c'est possible de faire des formations accélérées en un an. »

B.C. : « Mais moi, j'ai arrêté en 4^{ème}. J'ai 48 ans, et j'ai fait que du manuel. »

C.M. : « Oui, je comprends. Mais si c'est un concours, en travaillant, tout le monde a sa chance. »

B.C. : « Ouais, bin d'entrée, ***** elle m'a dit que ça serait pas possible, quoi. »

C.M. : « Ah d'accord. Bon, de toute manière, c'est son métier, elle doit savoir ce qui est possible ou non. Et dans d'autres domaines que l'automobile ? »

B.C. : « Ouais bin je sais pas, va falloir voir. Je sais pas du tout, quoi. »

C.M. : « Vous c'est vraiment l'automobile qui vous plait ? »

B.C. : « Non, non, pas spécialement. Enfin, oui, parce que j'ai toujours fait ça, hein. Depuis l'âge de seize ans je fais ça. »

C.M. : « Hum, hum. Vous avez arrêté en 4^{ème}, et puis vous avez fait une formation. »

B.C. : « Ouais, un CAP. »

C.M. : « D'accord, et puis après, hop, vous avez directement travaillé. »

B.C. : « Hum. Bon, j'ai arrêté trois ans, où j'ai fait les saisons de ski. »

C.M. : « Ah oui ? »

B.C. : « Hum. »

C.M. : « Vous avez fait quoi ? »

B.C. : « J'étais contrôleur. A *****. »

C.M. : « Contrôleur ? »

B.C. : « Oui, bin je surveillais les perchman. »

C.M. : « Ah d'accord. Vous étiez saisonnier. »

B.C. : « Ouais, ouais. »

C.M. : « Ah, bin ça devait être bien. Ca vous a changé. »

B.C. : « Ouais, je suis tombé là-dessus par hasard. J'avais des copains qui étaient perchman là-haut. J'étais en vacances, et je suis tombé là-dessus par hasard, puis j'ai fait ça trois ans d'affilée. »

C.M. : « Mais je crois qu'au niveau financier, c'est pas mal, c'est assez rentable. »

B.C. : « Ouais, ouais, ah ouais ! A l'époque, je crois qu'on gagnait euh... c'était en 90, moi je gagnais je crois 8000 francs. »

C.M. : « Pour un jeune, c'est bien. »

B.C. : « Ouais, ouais, c'est sympa. »

C.M. : « Et puis il devait y avoir une bonne ambiance dans la station. »

B.C. : « Ah ouais, on a bien rigolé. »

C.M. : « Ca devait être sympathique ! C'est bien comme expérience de jeunesse. »

B.C. : « Bin, on fait la fête tout le temps, quoi. »

(Rires)

C.M. : « D'accord. Oui, donc ça par exemple, j'imagine que vous ne voulez plus le faire ! »

B.C. : « Non, j'ai plus l'âge. »

C.M. : « Et puis même par rapport à vos douleurs, le froid ça n'est pas adapté. C'est ça, actuellement, vous devez aussi choisir un métier où vous n'êtes pas dans le froid. »

B.C. : « Ouais, bin même pour le ski. J'avais un bon niveau de ski quand même. Mais même refaire du ski, ça me fait un peu peur. Pas de faire du ski, mais c'est de retomber quoi. »

C.M. : « Hum, hum. Vous n'en n'avez pas fait depuis votre accident ? »

B.C. : « Non, non. Bin ça fait huit ans là. »

C.M. : « Oui, je comprends. Ou alors, vous pouvez peut-être rester sur des pistes faciles, pour reprendre tout doucement, surtout si vous aviez un bon niveau. »

B.C. : « Ouais, mais si y'en a un qui me rentre dedans, je repars en hélicoptère ! »

(Rires)

C.M. : « Ah non, ne faites pas comme Schumacher.. ! »

B.C. : « Ah bin ça... »

C.M. : « D'ailleurs, vous qui aimez l'automobile, vous n'avez jamais assisté à des compétitions de Formule 1 ? »

B.C. : « Non, non, jamais. Mon frère a été plusieurs fois à Monaco, mais moi jamais. »

C.M. : « Ca ne vous intéresse pas la Formule 1 ? »

B.C. : « Bah, un peu à la télé. Mais moi j'ai toujours été plus moto. »

C.M. : « Hum, hum. Et puis quand on voit le prix d'une place pour assister au Grand Prix de Monaco... C'est impressionnant. »

B.C. : « Ah non. Et puis, moi je sais que mon frère y était plusieurs fois, avec son fils aussi. Il revenait le soir, il avait la tête comme ça hein. »

C.M. : « Ca fait énormément de bruit. Il vaut mieux ne pas y aller avec de jeunes enfants et bien préparer ses boules Quiès. »

B.C. : « Ah non c'est sûr ! Il faut un casque. »

C.M. : « Mais j'ai vu que certaines personnes viennent avec leurs sièges s'installer à certains endroits. Il y a des zones où on peut bien voir, sans payer, mais alors il faut camper deux jours avant. »

B.C. : « Ouais, parce qu'y en a qui louent les balcons de leur baraque, enfin de leur appartement, une fortune hein. »

C.M. : « Eh oui, j'ai entendu ça. »

B.C. : « Ceux qui ont vu sur la piste, ils louent ça une fortune. »

C.M. : « Han, oui. Et puis il paraît qu'ils vident complètement leur appartement, ils repeignent les murs, ils font une nouvelle décoration, préparent les tables, et ils font venir un traiteur pour que leurs clients mangent en même temps que la course. C'est hors de prix. »

B.C. : « Ah ouais, ouais. C'est un milieu friqué. »

C.M. : « Oui. Mais je crois que vous aviez aussi un projet de partir à l'étranger, non ? »

B.C. : « Moi ? »

C.M. : « Vous ne m'avez pas parlé de l'Argentine ? »

B.C. : « Ah, mais euh... faire un voyage. »

C.M. : « Ah d'accord, ce n'est pas pour trouver du travail. »

B.C. : « Non, non, c'est parce que j'ai un copain argentin. Il a de la famille là-bas, et il aimerait bien qu'on aille faire un tour là-bas une fois. »

C.M. : « D'accord, ce serait simplement pour visiter, pour faire du tourisme. »

B.C. : « Hum. Non, je vais pas changer de pays, là. »

C.M. : « Oh, j'en connais qui changent de pays, et à tous les âges. J'ai un voisin qui projette de partir en Amérique du Sud, et il a 70 ans ! »

B.C. : « Ah bon ? Ouais, mais tout changer... Non, moi j'ai mon fils, il est trop jeune. »

C.M. : « Oui là c'est sûr, avec votre fils ça ne serait pas possible. Vous ne pouvez pas vous permettre de déménager. »

B.C. : « Ah, non. »

C.M. : « Vous allez rester dans les Alpes-Maritimes je pense. »

B.C. : « Oui, j'ai toute ma famille ici. »

C.M. : « Eh bien c'est un beau projet de faire un voyage comme ça. Vous emmènerez votre fils comme ça. »

B.C. : « Ah bin oui. »

C.M. : « Vous avez déjà fait d'autres voyages ? »

B.C. : « Nan. Enfin j'étais en Italie, Espagne. Sinon nan. »

C.M. : « C'est vrai que c'est assez onéreux quand même. Surtout si on part en famille. »

B.C. : « Bah ouais. Avec un enfant, ça va vite. »

C.M. : « Mais c'est vrai que c'est agréable de voyager, de se dépayser. Je comprends les gens qui partent à l'étranger, comme ça, pour travailler. »

B.C. : « Ah ouais, ouais. Moi j'ai un ami, il est parti en Thaïlande. »

C.M. : « Ah bon ? Mais pour les vacances ? »

B.C. : « Ah nan nan, pour s'installer. »

C.M. : « D'accord. »

B.C. : « Il est parti avant l'été dernier en vacances chez un ami qui loue des bungalows à euh... je sais plus comment ça s'appelle... »

C.M. : « Phuket ? »

B.C. : « Nan, nan, c'est à 60 km de Phuket. »

C.M. : « Ah. »

B.C. : « En fait, il est parti là-bas quinze jours chez lui. Il était taxi ici. Et quand il est revenu, il m'a dit 'c'est bon, je revends le taxi, j'ai acheté un terrain'. Il a revendu son taxi et il est parti. Sa femme elle était dans les chevaux, elle était dresseuse de chevaux, pour le cirque ou quoi. »

C.M. : « Ah d'accord, c'est original. »

B.C. : « Ils sont partis là-bas, ils ont emmenés cinq chevaux. »

C.M. : « Mais comment est-ce qu'ils ont fait pour le transport ? »

B.C. : « En avion. »

C.M. : « Cinq chevaux en avion ?! Ca a dû leur coûter cher. »

B.C. : « Ah bin ça a dû coûter 12 000 ou 14 000 euros. »

C.M. : « Ils devaient être sûrs d'eux. »

B.C. : « Ah bin ouais. Et puis là-bas, il fait de la location de quad, et elle, elle fait des balades à cheval. »

C.M. : « C'est bien, c'est complémentaire. »

B.C. : « Ouais. »

C.M. : « Ils ont eu beaucoup de courage pour prendre la décision de tout quitter ici. »

B.C. : « Ah bin ouais. En plus lui, il a cinquante ans. »

C.M. : « Hum, hum. »

B.C. : « Bon, il est parti avec un bon capital. Il a revendu son taxi, il est parti avec 400 000 euros. »

C.M. : « Ah d'accord ! Je ne savais pas que c'était aussi lucratif, le taxi. Enfin, c'est la licence qui est très chère il me semble, non ? »

B.C. : « Ouais, c'est ça. »

C.M. : « Mais j'ai entendu récemment qu'il y avait un concours à passer pour pouvoir être chauffeur de taxi. Je ne savais pas. »

B.C. : « Ouais, pour être taxi il faut avoir le concours. »

C.M. : « Et puis en plus il faut pouvoir payer la licence. »

B.C. : « Ouais. Bin à *****, la licence, elle vaut 300 000 euros. »
 C.M. : « Ah parce que ça dépend des zones ? »
 B.C. : « Ah ouais, parce qu'à Nice, ça vaut entre 400 et 500 000. »
 C.M. : « Oui, alors que dans les zones rurales, ça vaut moins. »
 B.C. : « Ah oui, ça vaut moins cher. »
 C.M. : « Eh oui. »
 B.C. : « Lui, il a tout vendu. Sa maison, son taxi... »
 C.M. : « Ca fait combien de temps qu'il est parti maintenant ? »
 B.C. : « Là, depuis le mois de septembre. »
 C.M. : « Ah oui, donc c'est récent. Eh bien ça doit le changer de la France. Il a appris un peu la langue ? »
 B.C. : « Il parle même pas anglais ! »
 (Rires)
 C.M. : « Quoi ?! »
 B.C. : « Non mais ça va, sa femme elle parle cinq langues. »
 C.M. : « Ah oui, donc là ça va ! Elle parle pour lui. »
 (Rires)
 B.C. : « Bin d'ailleurs, je vais sûrement y aller, parce qu'il m'a dit qu'il m'inviterait. »
 C.M. : « C'est bien, vous allez voyager sur tous les continents ! »
 B.C. : « J'espère ! »
 C.M. : « Vous avez de beaux projets en perspective. En plus, l'Asie, ce n'est pas très cher. »
 B.C. : « Bin là-bas, il me disait, une maison de 100 m² avec un petit terrain autour, avec la cuisinière, le jardinier, la femme de ménage, ça fait 150 euros par mois. »
 C.M. : « C'est incroyable ! »
 B.C. : « Et puis si tu manges local, tu manges pour l'équivalent de trois euros par jour. »
 C.M. : « Eh bien. Nous, qu'est-ce qu'on fait avec trois euros ? On ne trouve rien. Ou alors dans un fast-food, et encore. Et puis ça ne cale pas. »
 B.C. : « Ouais, et c'est cher pour ce que c'est. Mieux vaut prendre un plat du jour dans un petit resto. C'est le même prix quasiment. Et puis c'est plus équilibré. »
 C.M. : « Oui, c'est sûr. »

[...]

Annexe XIV : Bilan initial Monsieur P.

1. Compréhension

1.1. Métaphores

L'interprétation de métaphores est **légèrement en dessous de la moyenne** (36/40, moyenne à 37,77/40 pour son âge et son niveau d'études).

Les **métaphores nouvelles** sont **moins bien réussies** que les idiomes. Il est imprécis dans ses explications à trois reprises concernant les métaphores (ex : « Ma mère est un bijou », il explique « C'est mes yeux, elle est tout pour moi », ce qui ne rend pas compte des qualités générales de la mère, mais dénote simplement l'importance de la mère), et une fois pour les idiomes. Toutefois, les choix de réponse sont toujours corrects (20/20), il ne sélectionne aucune réponse erronée. Ceci peut nous faire penser que Monsieur P. a une **compréhension au moins partielle de ces énoncés non littéraux**.

1.2. Interprétation d'actes de langage indirects

Elle est **bonne** (38/40, moyenne à 36,33/40), il commet seulement une faute à un énoncé direct, ce qui peut être le signe d'une mauvaise analyse du contexte situationnel, ou bien d'une persévération dans la recherche de sous-entendus (ex : « 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'. ». Selon le patient, André propose l'appartement à son ami.). Le choix de réponse à cet item est incorrect, puisqu'il sélectionne une réponse erronée (avec un sous-entendu) ce qui témoigne de la **mauvaise analyse du contexte pour cet acte de langage direct**. Mais globalement, le choix de réponse est adapté, car il sélectionne souvent les propositions correctes (19/20). Ainsi, même si le patient n'arrive pas toujours à expliquer l'énoncé, il le **comprend aisément**.

2. Expression

2.1. Analyse d'une conversation

a. Actes d'élocution

Leur analyse révèle une **inadaptation de la fluidité** du patient, liée aux séquelles de la dysarthrie. L'émission du message n'est pas régulière, mais entravée par des bredouillements et interruptions. De plus, le **débit** du patient est **rapide**, ce qui va de pair avec sa **logorrhée**.

b. Actes propositionnels

Monsieur P. effectue un choix lexical adapté au contexte. Son vocabulaire est riche, et on ne constate pas de grossièretés. L'ordre grammatical des mots est respecté, malgré quelques erreurs de morphosyntaxe (ex : « comme j'ai longtemps pas arrivé à parler »). En revanche, la **cohésion** est **altérée**. Il rencontre des **difficultés dans le marquage d'une information nouvelle** par rapport à une information connue. La **pronominalisation est parfois inexacte**, le patient utilisant à deux reprises un pronom qui ne permet pas d'identifier le référent (ex : « Les enfants ne font pas de différence, ils (*les enfants*) ne jugent pas quoi, ils te prennent comme ça. Ils (*le personnel soignant*) nous prenaient comme ça, ils avaient l'habitude. »). L'**ellipse** est **inadéquate**, car Monsieur P. ne maîtrise pas ce procédé qui vise à omettre plusieurs éléments dans une phrase sans que le sens en soit changé. Au contraire, il a tendance à **répéter des informations déjà connues** (ex : répétition de l'information concernant son excès de parole « je parlais beaucoup, j'étais commercial » et « j'aime beaucoup parler », ou de sa grande fatigue « je suis bien fatigué », « je vais être bien fatigué », « dès que je fais un truc, je suis fatigué »). L'emphase est correcte, puisqu'il arrive à mettre en relief certains éléments nouveaux (« Et ils ont du mal à essayer de comprendre *pourquoi* ils sont comme ça »). Le **style de communication** est **assez varié**, mais il ne donne qu'**une seule formule de politesse** (ex : « pardon »). Il a recours à des onomatopées et interjections telles que (« ah », « bin », « bah », « oh ») qui apportent de la vitalité à la conversation.

c. Actes illocutoires et perlocutoires

En tant qu'émetteur, Monsieur P. est **logorrhéique**. Il **monologue**, réalise des **interruptions et des chevauchements**, laissant peu de place à son interlocuteur dans la conversation. Ceci entrave son rôle de récepteur, car il **n'écoute pas toujours le discours de l'émetteur**. En effet, il reste focalisé sur ses pensées et persévère dans son message, même si son interlocuteur est en train de parler, ce qui conduit à de nombreuses interruptions et chevauchements. Toutefois, son feed-back verbal et non verbal est correct (ex : « tout à fait » ou acquiescement). Il répond aux questions qui lui sont posées en respectant le contexte, même si sa production est trop importante. Les **actes de paroles** restent **pauvres**. Il a surtout recours à des assertions, et n'émet qu'une seule requête ainsi que quelques commentaires.

Les sujets de conversation utilisés par Monsieur P. sont adaptés au contexte. Il introduit souvent de nouveaux thèmes au discours et passe facilement d'un sujet à un autre. En revanche, il **ne maintient pas suffisamment le thème de la discussion**, puisqu'il effectue plusieurs **digressions** qui lui font perdre le fil de sa pensée. Son **impulsivité** l'amène à produire des éléments qui viennent parasiter la phrase et qui perturbent la continuité de sa pensée (ex : « Ma fille, avant qu'il y ait des soucis, ma fille, quand elle venait me voir, j'étais son père, euh... »). Il **s'interrompt lui-même** dans son discours, ce qui aboutit à de **nombreuses phrases inachevées** (ex : « [...] je me suis forcé à pas faire de sieste pour bah... donc j'ai appris y'a pas longtemps [...]).

Les **tours de parole** ne sont **pas respectés** par le patient. Il interrompt fréquemment son interlocuteur et chevauche sa parole. Les **temps de pause** en réponse à une question sont **trop brefs**. La **proximité de la réponse** est **inadéquate**, étant donné que son énonciation survient souvent pendant celle de son interlocuteur. De plus, **ses réponses ne sont pas concises**, il apporte beaucoup plus d'informations que ce qui est souhaité. Son discours est **logorrhéique** et il semble **ne pas être conscient de son monologue**. Toutefois, l'initiation est bonne, de même que la progression rhématique ; il peut apporter de nouvelles informations au sujet en s'appuyant sur de précédentes énonciations. Il a aussi pu rétablir le fil de la conversation lors d'une incompréhension, bien qu'il aurait pu être plus habile pour rétablir l'ambiguïté correctement (ex : « Non mais, quand je dis l'après, ça fait vingt ans que je suis sorti. »).

2.2. Observation des compétences pragmatiques en situation écologique

Monsieur P. **manque de cohésion** et **ne précise pas toujours l'information nouvelle avant l'information connue**. Ceci perturbe la compréhension du récepteur. Le lien qu'il établit entre ses différentes idées n'est pas toujours évident pour son interlocuteur. Cette attitude est à relier à son impulsivité ou à une difficulté d'attribution d'états mentaux et d'intentions aux autres. Avant d'élaborer son message, il n'arrive pas ou ne prend pas le temps de repérer ce que l'autre sait ou ne sait pas. Il affirme lui-même « On me demande toujours de quoi je parle, mais moi je sais ».

Certains de **ses messages manquent d'informativité**. Par exemple, lors d'un atelier de langage, il devait former plusieurs phrases contenant un même mot polysémique employé dans des sens différents, puis ôter ce mot et le faire deviner aux autres stagiaires à l'aide des phrases à trous. Ceci demande de fournir assez de contexte dans son énoncé et de se mettre à la place de l'autre pour repérer les éléments qui vont apporter suffisamment de sens et d'indications. Or, Monsieur P. a construit des phrases dont les **éléments n'étaient pas assez prégnants et précis** pour communiquer du sens à son interlocuteur (ex : « Il me ... à chaque fois » pour « double »). Il a aussi utilisé des sens très spécifiques et peu connus du grand public (ex : « L'électricien a fixé ce câble avec plusieurs... » pour « cavalier »). Ce manque d'informativité peut s'expliquer par une **altération des processus de théorie de l'esprit** ou une **focalisation sur un champ sémantique**.

De plus, lors d'explications telles que les règles d'un jeu de société, Monsieur P. va **oublier les informations essentielles**, comme les mots interdits dans la règle du jeu Taboo®. Il néglige les éléments saillants qui transmettent des indications importantes et apportent du sens à l'interlocuteur.

Parfois, il est tant **focalisé sur ses pensées et son message** qu'il n'est **pas à l'écoute de son interlocuteur**, ce qui le conduit à des réponses inadaptées ou des chevauchements et interruptions. Au cours d'un atelier de communication « dessin dos à dos », il était tellement concentré sur l'élaboration de son message qu'il a donné une indication erronée à son coéquipier.

Nous constatons également la **grande difficulté** de Monsieur P. à **synthétiser**. Il se concentre sur des détails, mais n'arrive pas à percevoir les éléments principaux. Lors d'un atelier langage qui consistait à résumer un événement de l'actualité par écrit, il a fait figurer les informations centrales, mais a ajouté un très grand nombre d'informations inutiles.

Nous avons aussi noté lors des **échanges** de Monsieur P. avec les stagiaires de l'UEROS ou les professionnels de la structure une **logorrhée** et un **manque de concision** dans son discours. Ceci le conduit à réaliser des **digressions** et à **perdre le fil** de la conversation, ce qui nuit fortement à la communication.

Annexe XV : Grille d'analyse bilan initial Monsieur P.

Protocole pragmatique de PRUTTING & KIRCHNER
Bilan n°1 Monsieur T.P.

I. ACTES D'ELOCUTION	Adéquat	Inadéquat	Pas d'opportunité
<i>A. Modalité paralinguistique</i>			
1. Intelligibilité	X		
2. Intensité vocale	X		
3. Qualité vocale	X		
4. Prosodie	X		
5. Fluidité		X	
<i>B. Modalité non verbale</i>			
1. Proximité physique	X		
2. Contact physique	X		
3. Maintien/posture	X		
4. Mouvements des mains et des pieds	X		
6. Gestes	X		
7. Expression faciale	X		
8. Regard	X		
II. ACTES PROPOSITIONNELS			
<i>A. Modalité verbale</i>			
1. Sélection et usage lexical			
a. Spécificité et exactitude	X		
2. Cohésion			
a. Ordre des mots	X		
b. Information connue/nouvelle		X	
1) Pronominalisation		X	
2) Ellipses		X	
3) Emphase	X		
4) Article défini/indéfini	X		
5) Chronologie	X		
<i>B. Modalité verbale/paralinguistique/non verbale</i>			
1. Variations stylistiques			
a. Variété dans le style de communication	X		
III. ACTES ILLOCUTOIRES/PERLOCUTOIRES			
<i>A. Modalité verbale</i>			
1. Actes de parole			
a. Analyse des actes de parole des interlocuteurs			
1) Rôle de l'émetteur		X	
2) Rôle du récepteur	X		
b. Variété des actes de parole	X		
2. Sujet de conversation			
a. Sélection	X		
b. Introduction	X		
c. Maintien		X	
d. Changement	X		

3. Tour de parole			
a. Initiation	X		
b. Réponse	X		
c. Correction/révision	X		
d. Pause		X	
e. Interruption/chevauchement		X	
f. Feed-back envers l'interlocuteur	X		
g. Proximité de la réponse		X	
h. Progression rhématique	X		
i. Quantité/concision		X	

Annexe XVI : Corpus bilan initial Monsieur P.

Corpus conversation bilan n°1 M. T.P. (7/10/13)

Durée : 15 min 20 sec

Interlocuteurs : T.P. (patient), I.P. (orthophoniste UEROS), C.M (expérimentatrice).

[...]

T.P. : « Voilà donc, euh... Voilà je suis bien fatigué, je me suis forcé à pas faire de sieste pour bah... donc j'ai appris y'a pas longtemps qu'en tant qu'interne on peut pas remonter. »

I.P. : « J'ai vu que ça a été nouveau pour vous, comme ça a été dit vendredi matin... »

T.P. : « ...Donc j'ai dit que... euh, comme j'ai dit jusqu'à présent pour moi la sieste ça m'aidait beaucoup, donc là je vais être bien fatigué. Ca sera un bon test. »

I.P. : « Ceci dit, vous voyez, la direction est contre ce fait-là. Les avis sont partagés. Ce n'est pas vraiment dans le règlement, c'est un peu particulier. »

T.P. : « Ah bon ? »

I.P. : « Je sais que le directeur trouverait ça normal. Et puis moi, je me mets à votre place, ce serait normal de pouvoir se reposer entre midi et deux... »

T.P. : « ... Bah oui, l'autre fois ils ont dit, bon je comprends, c'est au niveau sécuritaire, il faudrait qu'ils sachent qui est où. Mais bon, il y a peut-être un moyen d'adapter. »

I.P. : « Tout à fait, de signaler sa présence, comme dans les hôtels, un moyen de clefs... »

T.P. : « C'est vrai que, euh... ça fait du bien une bonne sieste. C'est vrai que surtout dans notre cas on est fatigables. »

I.P. : « Hum, hum. »

T.P. : « Quand je bossais à mi-temps, ça m'était indispensable de dormir et de faire une sieste trois quart d'heure – une heure pour récupérer. »

I.P. : « Hum, hum, je peux comprendre. »

T.P. : « Bah, on fait avec ! Donc là c'est un test pour voir un peu comment je parle ? »

I.P. : « Alors non, pas encore, Catherine va vous expliquer. »

C.M. : « Oui, alors là nous allons d'abord enregistrer une conversation comme je vous l'avais dit la fois précédente, parce qu'Isabelle et moi allons ensuite la réécouter afin de remplir une grille sur vos capacités communicatives au cours d'une conversation. Vous vous rappelez, la dernière fois vous nous expliquiez que, parfois, les autres vous renvoient qu'ils ne comprennent pas ce que vous voulez dire, en-dehors même de votre problème d'articulation. »

T.P. : « Ah oui. »

C.M. : « Nous avons remarqué lors des ateliers de groupe ou de nos échanges avec vous que votre message n'est pas toujours adapté à l'autre, à ce qu'il sait. Vous ne posez pas toujours le contexte, et votre interlocuteur ne comprend donc pas où vous voulez en venir. Donc nous pensons d'abord travailler avec vous la communication, par les jeux de société, puis dans un second temps votre articulation, et... »

T.P. : « ... Oui, oui, c'est sûr, pardon, chez moi, c'est surtout l'articulation et puis le fait de me faire comprendre. Parfois, on me dit 'mais on te comprend pas', et je leur dit à mes amis 'mais il faut me le dire souvent', pour que j'ai un retour. »

C.M. : « Oui, et même dans votre profession, ça pouvait vous gêner. On se demandait d'ailleurs, que faisiez-vous exactement avant ? »

T.P. : « Je parlais beaucoup, j'étais commercial. »

C.M. : « Commercial ? D'accord. »

T.P. : « Je vendais des outillages électroportatifs chez *****. Puis j'ai toujours parlé, puisqu'avant j'étais commercial euh... à l'export, donc je parlais beaucoup au téléphone. »

C.M. : « Ah oui. »

T.P. : « Donc ça m'a appris à parler anglais puisqu'au téléphone pour se faire comprendre c'est pas évident en anglais, j'ai ramé beaucoup au départ. Donc je parle beaucoup moi, je suis très bavard. J'ai pas pris un métier comme ça par hasard quoi. Et ça, ça m'aide pour récupérer parce que je parle beaucoup. »

C.M. : « Vous aimez parler et vous... »

T.P. : « Ah, j'aime beaucoup parler et... Par contre, avant je parlais et j'écoutais pas beaucoup. Comme j'ai longtemps pas arrivé à parler, j'ai été obligé d'écouter et ça m'a servi c'est vrai pour mon développement personnel. Le fait de ne pas pouvoir parler et de ne pas être compris... Pendant deux-trois ans je me suis tu, donc j'écoutais tout. Et j'ai appris à écouter et à respecter plus, à faire plus la part des choses. Ça m'a aidé à évoluer, parce que quand je parle parfois à des gens qui comprennent pas, l'accident ça m'a plus apporté que ça m'a enlevé quoi. Parce que au niveau de l'enrichissement personnel, ça... et puis bon ce que je peux plus faire, je le fais autrement, je fais d'autres choses quoi. J'ai appris... comment dire ça... à laisser de côté ce que j'aimais faire, puis à faire d'autres choses, ou faire les choses autrement. »

C.M. : « Vous vous êtes adapté. »

T.P. : « Ouais, tout à fait. Donc euh... Je me suis pas focalisé sur ce que je ne pouvais plus faire. »

C.M. : « Hum hum. »

T.P. : « Mais c'est un enjeu immense, ça m'a demandé quelques années ça. Parce que, c'est pas vraiment un deuil, c'est... Je pense que c'est plus compliqué compte tenu du trauma crânien, parce que c'est tellement multiple quoi. Un tétraplégique, bin il fait le deuil de ses jambes, il est fixé sur ses jambes. Mais un trauma crânien, on a tellement de choses qui ne marchent pas. Et avant de cerner tout ce qui va pas... Moi j'ai mis longtemps avant de savoir ce qui n'allait pas, ce qui allait bien, pas bien. Voilà, on découvre petit à petit. »

I.P. : « Complètement, c'est juste. »

T.P. : « Après quand je dis ça, les gens me disent 'bin non, t'as de la chance, tu marches', ah oui, j'ai de la chance, je marche, mais c'est pas tout ce qui ne va pas chez moi. »

(Rire des 3 interlocuteurs)

I.P. : « C'est très juste. »

T.P. : « Et le plus difficile, je me suis beaucoup renseigné... Mais ici, il y a une personne comme ça, c'est *****, elle a aucune atteinte physique, et c'est hyper dur, j'ai lu que même pour le personnel médical, on passe beaucoup pour des affabulateurs, ou des gens qui ont des problèmes psychiques quoi. »

I.P. : « Oui oui, je vois, qui inventent leur trouble... »

T.P. : « ... Et ils ont du mal à essayer de comprendre pourquoi ils sont comme ça. Déjà nous on sait pas pourquoi, mais c'est déroutant. Moi je suis quelqu'un de très posé, et une fois au travail, j'ai presque insulté une collègue. On aurait dit que je m'étais mis à côté et que je me voyais en train d'hurler. Je ne me suis pas reconnu. Et ça fait peur. »

I.P. : « Et pourquoi vous hurlez ? »

T.P. : « Parce que bon, on n'était pas d'accord. Elle m'avait dit quelque chose qui m'avait pas plu, ou on était pas d'accord sur un sujet. Ça se rapprochait des réactions inadaptées, et donc j'ai été verbalement très violent quoi. »

I.P. : « D'accord. »

T.P. : « Et je me suis rendu compte, mais c'est pas moi qui parle. Et ça fait peur, donc je comprends que ça puisse faire peur aux autres quoi. Ma seconde femme, je comprends pourquoi elle m'a quitté. Je comprends que vivre avec un trauma crânien, c'est assez difficile et troublant quoi. Mais d'un autre côté, je pense que les gens n'essayent pas assez de comprendre, de chercher à se renseigner. Dans les gens que je connais, je leur dit 'mais faites des recherches', ne serait-ce que sur le net, bon le net c'est pas fiable, mais euh... »

C.M. : « Oui ou chercher dans les livres, les articles... »

T.P. : « ...Et eux ils pensent savoir, même les amis proches. Ce qui fait mal ce sont les amis proches. Bon, je prends l'exemple de la fatigue. Bon, j'ai compris y'a pas longtemps que nous, bon, on est fatigables. Je vais dire mon cas, moi toute la journée, dès que je fais un truc, je suis fatigué. Ca, je l'ai intégré, donc je prends le dessus. Mais quand je dis que je suis fatigué, c'est comme si vous vous disiez 'je suis épuisé'. Donc quand je dis que je suis fatigué, on me dit 'mais écoute tout le monde est fatigué' et je dis 'mais écoute arrête, là je suis fatigué j'en peux plus', et les gens ne comprennent pas que je suis fatigué. C'est le mot fatigue qui ne va pas. Alors quand je dis que je suis fatigué, donc (rire), c'est dur. Avec mon amie, ça a toujours été un sujet de dispute. Bon je tiens le coup, je tiens le coup, et quand j'en peux plus je lui dis. Et elle me dit 'mais t'as rien fait', bah oui mais le peu que j'ai fait ça m'a séché. Et ça dans mon cas c'est très dur à vivre, le fait de ne pas être compris. »

I.P. : « C'est vrai. »

T.P. : « Bon le reste après on fait avec, le handicap, on trouve toujours des solutions palliatives. Mais ça euh... et puis comme ça se voit pas (rires). »

C.M. : « Oui, c'est ça le handicap invisible... »

T.P. : « Et puis c'est subjectif, on est plus ou moins fatigué, on réussit plus ou moins, on le voit plus ou moins, c'est comme la douleur. »

I.P. : « Tout à fait, c'est très dur d'être compris. »

T.P. : « En ce moment, c'est ça qui m'embête le plus quoi. Le handicap c'est secondaire. Mais ça quoi (rires). »

C.M. : « Oui, je comprends. Mais bon vous restez quand même positif... »

T.P. : « ...Ah oui ça... »

C.M. : « ... Ca on ne peut pas vous l'enlever ! »

T.P. : « Ca c'est ce qui m'a aidé à me battre. Mais ce sont de petites choses comme ça qui font que bin parfois c'est dur. »

C.M. : « Hum, hum. »

T.P. : « Et pendant un moment, j'ai essayé de me mettre à la place de quelqu'un, d'inverser les rôles quoi. Et c'est vrai qu'on a vite fait de dire 'bin celui-là, il en rajoute un peu'. Et c'est vrai que si on n'a pas un minimum d'empathie, si on ne se met pas à la place, on n'essaye pas de comprendre, on a vite fait de passer au-dessus et de se dire 'oh bin celui-là...'. C'est pour ça que des fois ça m'arrive de dire 'oh bin lui...'. C'est pour ça que c'est humain, quoi. Mais au bout d'un moment, bon, on pourrait dire 'il ne fait pas exprès'. Mais qu'est-ce que je donnerai pour ne pas avoir eu ça quoi. Mais les gens, eux, ils ne se rendent pas... ou je sais pas quoi. »

I.P. : « Oui, quand on n'est pas à la place... »

T.P. : « ...C'est comme la dépression, j'ai fait deux grosses dépressions. Et tous les personnels soignants m'ont dit que la dépression, y'a que ceux qui l'ont vécue qui peuvent la comprendre quoi. Ceux qui disent « bouge-toi les fesses », c'est comme de demander à un paralysé de marcher. C'est la volonté qui est annihilée, donc euh... ça aussi c'est dur. »

I.P. : « Certainement. »

T.P. : « Puis en plus les amis pensent bien faire. Ils disent ‘allez, secoue-toi, on va te bouger’. On fait des efforts, mais ça nous crève encore plus quoi. »

I.P. : « Complètement. Eh oui, on pense que c’est bon pour la personne... »

T.P. : « ...Oui, c’est humain.... »

I.P. : « ...plutôt que l’inactivité. »

T.P. : « On dit ‘faut te bouger, faut te bouger’, mais bon. C’est pour ça faut qu’on se repose. »

C.M. : « Et en ce moment-dans le centre, vous vous sentez bien, ça se passe bien ? »

T.P. : « Bin pour une fois, je me sens compris (rires). Et puis au moins, comme je me suis beaucoup questionné, je peux trouver pour une fois des réponses autres que sur Internet quoi. Il y a des gens qui connaissent, qui savent, qui ont un lourd vécu parmi les trauma crâniens, qui m’apportent des réponses. Non, c’est important ça. »

C.M. : « Hum hum. »

T.P. : « C’est important, parce que quand j’étais à la Clinique *** qui est une très bonne structure, mais c’est une structure pour la prise en charge et la réparation quoi, c’est très bien ça... Par contre ce qui est dommage, c’est qu’on n’est pas préparé à l’après quoi. »

I.P. : « Oh, vous commencez à peine. Vous y pensez, à l’après ? »

T.P. : « Non mais, quand je dis l’après, ça fait vingt ans que je suis sorti. »

I.P. : « Ah oui d’accord, vous parliez de là-bas... »

T.P. : « ...On n’est pas préparés à l’après, parce qu’on était comme dans un petit cocon. Et j’ai trouvé la société très agressive, on est très démunis, et...comment dire ça... On a des réactions très à côté, très en inadéquation avec la situation. On prend nos marques petit à petit, mais au départ ça partait dans tous les sens quoi, aussi bien au niveau affectif que relationnel quoi. C’est très déroutant, et je crois qu’on n’y est pas assez préparé. On est très préparé physiquement. Bon j’ai quand même vu une psychologue, et dès ma sortie de centre, j’ai été suivi par un psychiatre qui m’a bien aidé. Bon après je suis passé par un autre. Et ensuite je me suis rendu compte que j’étais plus proche... J’ai l’impression que ma personnalité s’est féminisée après l’accident, et j’ai trouvé une psychiatre féminine, et ça passé beaucoup mieux quoi. Et en fait je m’entends beaucoup mieux avec les femmes qu’avec les hommes. J’ai plus d’amis féminins que masculins. C’est peut-être parce que je parle plus, je m’ouvre plus qu’un homme peut-être. »

I.P. : « C’est vrai ce que vous dites. Dans les centres de rééducation, effectivement, la sortie est effrayante, hein, elle peut être... »

T.P. : « ...Bah, surtout que j’étais, je me sentais seul quoi. Je venais de me séparer peu de temps avant, j’avais une grosse déception par rapport à ma fille qui a été enlevée, donc c’était l’inconnue complet. Bon ce qui m’a sauvé, c’est que là où j’étais, c’était un logement de réadaptation, j’étais à côté d’un très bon copain, un tétraplégique que j’avais connu au centre, qui lui était là depuis un an, qui m’a aidé, parce que lui était un tétra très haut et après il m’a dit tout ce qu’il avait surmonté. Ça m’a aidé à pas baisser les bras. Ils avaient divisé un appartement en deux, moi j’avais une petite partie et lui une grande partie, et on communiquait par une porte. On avait un grand couloir d’accès et on avait deux portes d’entrée. Et donc pour aller le voir j’avais juste à toquer et je rentrais quoi. »

I.P. : « ...Ah, c’est très bien ça... »

T.P. : « Donc il y avait pas mal d’aides-soignantes, donc elles m’ont sorti en fauteuil. On est allés faire des soirées, on est allés à des concerts à ***, on était à des matchs de foot quoi. Nos sphères de vie, elles étaient... Y’avait une marocaine, donc on faisait des soirées couscous, chorba, et tout ça. Ah c’est bien, ça m’a beaucoup aidé ça, à retrouver une vie sociale rapidement quoi. »

I.P. : « Hum hum, tout à fait, c’est important ça, l’entourage après. »

T.P. : « Tout à fait, et puis bon, vous voyez, j'étais avec des gens qui étaient habitués au handicap, donc euh, ils nous prenaient comme tels quoi. Ils avaient pas peur de casser, au contraire. C'est comme un petit enfant. Ma fille, avant qu'il y ait des soucis, ma fille, quand elle venait me voir, j'étais son père, euh... Les enfants ne font pas de différence, ils ne jugent pas quoi, ils te prennent comme ça. Ils nous prenaient comme ça, ils avaient l'habitude. Et j'étais pas emprunté qu'ils s'occupent de nous quoi, avec mon pote. Ça m'a aidé juste après ma sortie à me réintégrer, me réinsérer et avoir une vie sociale entre guillemets un peu dans la norme, quoi. »

I.P. : « Bon. En tout cas vous parlez juste et vrai. »

C.M. : « Oui, merci beaucoup. »

[...]

Annexe XVII : Bilan final Monsieur P.

1. Compréhension

1.1. Métaphores

L'analyse de cette épreuve nous informe que Monsieur P. ne rencontre **pas de difficulté dans la compréhension du sens figuré des phrases**. Son score est de 39/40, il se situe au-dessus de la moyenne par rapport à son âge et son niveau d'études. Il produit une seule explication imprécise pour une métaphore nouvelle (pour « Mon travail est une prison », il reformule « Il est ennuyeux, embêtant et difficile », mais il n'apporte pas le caractère contraignant, forcé ou pénible du travail). Pour cet item, il sélectionne la bonne proposition, ce qui prouve une bonne compréhension de cette métaphore malgré l'inexactitude de son explication. Plus généralement, sa compréhension des métaphores est bonne, car il effectue toujours un choix de réponse correct (20/20). Nous remarquons une **amélioration des résultats du patient à cette épreuve**, puisqu'au précédent bilan, il avait obtenu une note de 36/40, soit un score inférieur à la moyenne.

Par ailleurs, nous notons lors de la passation de ce subtest un **excès de parole** entre les items. Le patient avait tendance à commenter presque chaque métaphore. On repère aussi **l'emploi d'une formule familière** liée à son **impulsivité** (pour « La maison de cet homme est une poubelle », il reformule « Elle est très mal entretenue, elle est sale, elle pue »). Mais il se reprend immédiatement, semble embarrassé et s'excuse. Il ajoute lui-même avoir pris conscience de ce manque de contrôle, de cette désinhibition. Il explique pouvoir repérer ce comportement impulsif et se corriger rapidement.

1.2. Interprétation d'actes de langage indirects

Cette épreuve est réussie, puisqu'il obtient un score de 38/40, ce qui est au-dessus de la moyenne pour son âge et son niveau d'études. Monsieur P. possède de **bonnes capacités de compréhension des actes de langage indirects**. Pour un énoncé indirect, il a rencontré des difficultés à percevoir le sous-entendu (ex : « 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 ?' »), selon le patient, Philippe veut dire « Est-ce que ça te dirait de sortir ce soir ? ». Mais il réalise le bon choix parmi les différentes propositions, ce qui indique qu'il a compris au moins partiellement le sous-entendu. Tous les choix de réponses sont d'ailleurs corrects (20/20), donc Monsieur P. parvient à comprendre les situations, même s'il ne les explique pas toujours clairement. Les **résultats** du patient à cette épreuve sont **stables**, puisqu'il avait obtenu précédemment le même score (38/40). Au premier bilan, Monsieur P. avait échoué à un énoncé direct, mais à ce bilan, il a mal analysé un énoncé indirect, qu'il semble toutefois avoir compris. **Son aptitude à percevoir les sous-entendus est donc correcte.**

Nous observons une **fatigabilité** du patient à cette épreuve, qui se traduit par un temps de réflexion plus long et des demandes de répétition de certains énoncés.

2. Expression

2.1. Analyse d'une conversation

a. Actes d'élocution

Parmi les actes d'élocution, seule la **fluidité** est **inadéquate**. Nous relevons des interruptions, des bredouillements, des répétitions de termes (« de... de... ») et une mauvaise gestion des pauses. Cet élément semble ne pas avoir évolué depuis le premier bilan, car il est relié à la dysarthrie dont souffre le patient depuis plus de 20 ans suite à son TC. Il est donc peu probable que la fluidité s'améliore, puisqu'il garde des séquelles articulatoires de son accident. En revanche, le **débit** du patient est **meilleur**, puisqu'à ce bilan, il contrôle mieux la rapidité de son message. Cet aspect de son discours a été abordé lors des séances. Le patient en a conscience et arrive à présent à ralentir volontairement son débit. L'**intelligibilité** du patient est globalement **bonne**. Nous notons à une reprise une difficulté à comprendre clairement l'énoncé du patient (baisse de l'intensité, accélération soudaine du débit, interruption).

b. Actes propositionnels

L'analyse des actes propositionnels met en évidence une **utilisation adéquate du vocabulaire**. Il utilise un lexique adapté à la situation conversationnelle, souvent de registre courant, voire plus soutenu (ex : « roboratif »). Dans ce corpus, nous ne relevons pas de formules grossières, contrairement à il y a quelques semaines en séance. Ceci prouve qu'il est **capable de maîtriser son impulsivité** et de **s'adapter à son auditoire**. Ses **choix lexicaux sont plus précis**, puisque nous ne notons pas de recours à des termes génériques (« trucs », « chose »). La **morphosyntaxe** de Monsieur P. est tout à fait **correcte**.

Toutefois, le patient rencontre toujours des **difficultés de cohésion**. Il n'arrive pas à s'assurer de l'information connue de son interlocuteur avant d'en apporter une nouvelle. En effet, il emploie parfois des **pronoms** dont le **réfèrent ne peut pas être identifié** par l'interlocuteur (ex : « Je sais pas dans quelle mesure je peux reprendre contact, parce qu'ILS m'ont pas accordé [...] », le « ils » peut renvoyer aux intervenants de l'UÉROS ou aux membres de l'association). Cet item n'a donc pas évolué depuis le précédent bilan. Le patient **ne semble pas maîtriser l'ellipse**, au contraire, il réalise de **nombreuses répétitions d'expressions** (ex : « Monter les escaliers, *je pourrai plus. Je pourrai plus* monter quatre à quatre les escaliers. *Je pourrai plus* descendre sans me tenir vraiment. » ou « Vous voyez *j'ai du mal à le dire. C'est le genre de mot que j'ai encore du mal à dire.* »), tout comme lors du premier bilan. L'**emphase** est **correcte**, car il parvient à accentuer au niveau prosodique certaines informations pour les mettre en relief (ex : « Parce que maintenant, comme sport qui me permet de me dépenser, y'a *la natation*, euh... qu'est-ce que je peux faire encore... *un peu de ping-pong*, euh... *le vélo assis* [...] »). Son usage des **articles définis et indéfinis** est **adéquat**. En revanche, la **chronologie** est **perturbée** dans ce corpus, contrairement au précédent bilan. En effet, le patient ne rappelle pas toujours l'information connue avant d'introduire une nouvelle indication. Il ne pose pas assez le contexte pour que l'interlocuteur puisse comprendre le

sens de son message (ex : dans « J'ai été élevé à la campagne et... Là je parlais de lapins, j'disais 'c'est bon le lapin', parce qu'on parlait de diététique avec euh... », il n'explique pas dans quel cadre avait lieu cette discussion, avec qui ; l'interlocuteur ne sait pas à quoi réfèrent le « là », le « on »).

Le patient utilise **divers styles de communication**. Nous notons la présence d'onomatopées et d'interjections (« euh », « bin », « ah », « oh »), d'une formule de politesse (« merci ») et de changements de qualité vocale selon les différents types de phrases (affirmative, interrogative, exclamative).

c. Actes illocutoires et perlocutoires

Ces actes semblent encore perturbés.

Son **rôle d'émetteur** est toujours **entravé** par sa **logorrhée**. Le discours de Monsieur P. est encore trop abondant, mais il dit en avoir pris conscience et essaye de réguler son bavardage excessif. Ceci s'accompagne de nombreuses **interruptions** de parole et **chevauchements**, liés à l'impulsivité du patient et à sa focalisation sur ses pensées. Mais là encore, le patient semble plus conscient de son trouble et tente d'endiguer cette difficulté (ex : C.M. : « Justement, je voulais parler de vos projets, savoir si vous en savez plus depuis la semaine dernière, si vous avez eu du nouveau. », T.P. : « Eh bin... », C.M. : « Parce que, comme vous le dites, la fin du stage approche. », on repère qu'il a stoppé l'émission de sa phrase afin de permettre à son interlocuteur de poursuivre la sienne). Nous notons aussi la persistance des **digressions**. En effet, une idée en appelle une autre, et le patient perd ainsi le fil de sa pensée (ex : dans le corpus, le patient parle successivement d'un film, de la nature, de son enfance à la campagne, de la viande de lapin, de la différence cuisine du Nord/Sud). Toutefois, il parvient à repérer cette perte de continuité dans ses idées, mais sans réussir à revenir au sujet de départ (« Et... et pourquoi on en est venu à parler... comment ça se fait qu'on en est venu à parler de lapin comme ça ? »). Son discours est aussi entaché de **phrases inachevées**, ce qui est à relier à son impulsivité (ex : « Quand je bossais à mi-temps, euh... Quand je rentrais chez moi je dormais, et... vraiment je faisais rien de l'après-midi quoi. Le fait de bosser, de... puis j'avais quand même pas mal fait de bêtises au boulot quoi. »). Il s'empresse d'exprimer l'idée qui lui traverse l'esprit, sans attendre d'achever sa phrase. Le patient **monologue moins** qu'au précédent bilan, il est davantage dans l'échange et laisse plus de place à son interlocuteur (pose plus de questions, ralentit son débit, fait plus de pauses). Nous constatons également un **léger manque du mot** qui peut entraver la communication (« On faisait ça sur une piste de, de euh... comment ça s'appelle, euh... vous savez, des pistes rouges, des pistes euh... »).

Il **respecte davantage le rôle de récepteur** par rapport à celui d'émetteur. Il apporte des **réponses adaptées** à l'interlocuteur, au contexte et à la demande. Son **feed-back verbal et non verbal** est **correct**. Toutefois, il n'est **pas toujours à l'écoute** de son interlocuteur, puisqu'il l'interrompt régulièrement. Les **actes de langage** sont **plus variés** qu'au précédent bilan. Il emploie des assertions, de nombreuses requêtes (d'aide ou plus générales) ou des commentaires.

Monsieur P. arrive à **choisir des sujets** de conversation **adaptés** au contexte. Il est **habile** dans le **passage d'un sujet à un autre** et est capable **d'introduire** régulièrement de **nouveaux sujets** au discours, parfois de manière excessive, ce qui le conduit à digresser. Il rencontre donc encore des **difficultés pour maintenir un sujet** tout au long de la conversation, puisqu'il réalise de nombreuses digressions qui lui font perdre le fil du discours.

Les tours de parole ne sont toujours pas respectés. Les **temps de pause** entre les phrases sont **trop brefs**, et les **énoncés** du patient surviennent **trop rapidement après ceux de l'interlocuteur**. Il **chevauche** la parole de l'autre, et **l'interrompt** fréquemment. La quantité d'information fournie est excessive, ce qui aboutit à un **manque de concision**. En revanche, nous ne notons **pas de perturbation de l'initiation** du discours. Le patient est **capable d'enrichir la conversation** en apportant une information supplémentaire au sujet, ce qui permet de faire progresser le discours.

2.2. Observation des compétences pragmatiques en situation écologique

Il rencontre encore des **difficultés à organiser ses idées et à les lier entre elles**. Ses **capacités à synthétiser sont très faibles**, car il n'arrive pas à sélectionner les informations les plus pertinentes. Lors d'un atelier consistant à réaliser un exposé, Monsieur P. n'a pas réussi à structurer ses idées. Sa présentation a été **confuse**, avec un **excès d'informations** et des **coqs à l'âne** (passe d'une idée à une autre).

Cependant, lors des échanges spontanés en situation de groupe (ateliers ou dialogues), Monsieur P. semble **moins logorrhéique**. Ses propos sont davantage **concis**. Il **contrôle** son **impulsivité** et **gère mieux les tours de parole** (peu de chevauchements ou interruptions).

Annexe XVIII : Grille d'analyse bilan final Monsieur P.

Protocole pragmatique de PRUTTING & KIRCHNER
Bilan n°2 Monsieur T.P.

I. ACTES D'ELOCUTION	Adéquat	Inadéquat	Pas d'opportunité
<i>A. Modalité paralinguistique</i>			
1. Intelligibilité	X		
2. Intensité vocale	X		
3. Qualité vocale	X		
4. Prosodie	X		
5. Fluidité		X	
<i>B. Modalité non verbale</i>			
1. Proximité physique	X		
2. Contact physique	X		
3. Maintien/posture	X		
4. Mouvements des mains et des pieds	X		
6. Gestes	X		
7. Expression faciale	X		
8. Regard	X		
II. ACTES PROPOSITIONNELS			
<i>A. Modalité verbale</i>			
1. Sélection et usage lexical			
a. Spécificité et exactitude	X		
2. Cohésion			
a. Ordre des mots	X		
b. Information connue/nouvelle		X	
1) Pronominalisation		X	
2) Ellipses		X	
3) Emphase	X		
4) Article défini/indéfini	X		
5) Chronologie		X	
<i>B. Modalité verbale/paralinguistique/non verbale</i>			
1. Variations stylistiques			
a. Variété dans le style de communication	X		
III. ACTES ILLOCUTOIRES/PERLOCUTOIRES			
<i>A. Modalité verbale</i>			
1. Actes de parole			
a. Analyse des actes de parole des interlocuteurs			
i. Rôle de l'émetteur		X	
ii. Rôle du récepteur	X		
b. Variété des actes de parole	X		
2. Sujet de conversation			
a. Sélection	X		
b. Introduction	X		
c. Maintien		X	
d. Changement	X		

3. Tour de parole			
a. Initiation	X		
b. Réponse	X		
c. Correction/révision			X
d. Pause		X	
e. Interruption/chevauchement		X	
f. Feed-back envers l'interlocuteur	X		
g. Proximité de la réponse		X	
h. Progression rhématique	X		
i. Quantité/concision		X	

Annexe XIX : Corpus bilan final Monsieur P.

Corpus conversation bilan n°2 M. T.P. (27/01/14)

Durée : 15 minutes 30 secondes

[...]

T.P. : « C'est là que je me rends compte que pour nous tous, la session ça s'arrête dans un mois et demi quoi, mi-mars. Ca va aller vite. »

C.M. : « Hum, hum. »

T.P. : « Donc c'est bien, parce que, pour ma part, ça m'a permis de reprendre confiance en moi de... Donc, c'est pas inutile, ça va pas déboucher sur un emploi, c'est pas ce que je cherchais. Mais ce qui est sûr, c'est que j'ai pris confiance en moi et comme je voulais aider les autres, on ne peut pas aider les autres si on n'est pas sûr de soi. Donc euh... »

C.M. : « C'est sûr. »

T.P. : « C'est bien. Donc je vais essayer de me rapprocher des Restos du cœur, d'une asso de trauma crâniens, et...et voilà. »

C.M. : « Justement, je voulais parler de vos projets, savoir si vous en savez plus depuis la semaine dernière, si vous avez eu du nouveau. »

T.P. : « Eh bin... »

C.M. : « Parce que, comme vous le dites, la fin du stage approche. »

T.P. : « Ouais, tout à fait. Bin disons, là faut que je ... euh... Je sais pas dans quelle mesure je peux reprendre contact, parce qu'ils m'ont pas accordé, libéré quelques jours. Donc je sais que pour l'association Resto du cœur, ils sont... Il y a quelques jours de permanence, j'aimerais y aller quoi. Faut que je vois avec eux. Après, il y a une autre association à ***** de trauma crânien. Faut que je vois si ça me fatigue pas trop le trajet. Donc pour voir dans quelle mesure je peux leur être utile quoi. »

C.M. : « Hum hum ».

T.P. : « Parce qu'il y a des contraintes aussi quoi. L'avantage des Restos du cœur, c'est que c'est à *****. J'habite ***** , donc moi je sais que la voiture ça me fatigue pas mal. Quand je bossais à mi-temps, euh... Quand je rentrais chez moi je dormais, et... vraiment je faisais rien de l'après-midi quoi. Le fait de bosser, de... puis j'avais quand même pas mal fait de bêtises au boulot quoi. J'ai pas les bons réflexes, et j'avais pas eu un bon réentraînement euh... avant de rebosser, donc euh, ça m'a été bien bénéfique ce que j'ai fait ici quoi. »

C.M. : « Oui je pense. »

T.P. : « Parce que c'est vrai que, euh... je me rends compte, quand je dois faire une pause que... je vois que... je me rends compte de mes erreurs. Alors qu'avant je m'en rendais pas compte, on me le disait le lendemain. »

C.M. : « En fait, vous avez remarqué grâce au stage à l'UEROS... »

T.P. : « ... Hum, hum, oui, tout à fait. »

C.M. : « Vous avez remarqué quels sont vos troubles. »

T.P. : « Oui, donc j'ai appris à les voir venir, et à anticiper leurs effets quoi. »

C.M. : « Hum hum, à les identifier... »

T.P. : « ... Tout à fait, et ... »

C.M. : « ... puis à les anticiper et à ... »

T.P. : « ... Oui parce que déjà j'en avais identifié quelques-uns, mais je sais pas trop comment faire. Et ... voilà j'me reposais trop. Je sais pas, j'en faisais trop ou pas assez, j'étais ... Là je suis juste dans le bon dosage, quoi donc euh... »

CM : « Hum hum. »

T.P. : « Je pense hein. »

C.M. : « Bien sûr. »

T.P. : « Et donc c'est bien, parce que je pense au départ, j'me disais 'Mince, si ça débouche pas sur un boulot, ça sera peut-être pas utile'. Mais il est très utile ce stage UE...UEé...ROS. Ca aussi ! Vous voyez j'ai du mal à le dire. C'est le genre de mot que j'ai encore du mal à dire. »

C.M. : « Eh oui, c'est l'enchaînement des sons qui est difficile, ça fait partie des séquelles de la dysarthrie. Comme je vous disais... »

T.P. : « Oui, tout à fait, donc après, je me rends compte qu'il y a des choses, faudra que je fasse avec. Euh... je pourrai plus courir comme avant, c'est sûr, j'en ai fait mon deuil. Monter les escaliers, je pourrai plus. Je pourrai plus monter quatre à quatre les escaliers. Je pourrai plus descendre sans me tenir vraiment, donc euh... là je commence un peu à l'intégrer, parce que jusqu'à présent, je voulais à tout prix, et... J'ai eu de la frustration de pas y arriver quoi. »

C.M. : « Même avant le stage, vous pensiez que vous pourriez retrouver un usage de la marche comme avant ? »

T.P. : « Oui, tout à fait, et j'ai été conforté là-dedans, parce que pas mal de kinés m'ont dit que je pourrai re-courir un jour. Donc euh, quand quelqu'un du métier vous le dit... »

C.M. : « Oui. »

T.P. : « Et quand je me suis rendu compte à quel point ça me demandait un grand investissement... et puis je pouvais très bien m'en passer quoi. »

C.M. : « Hum hum. »

T.P. : « Parce que maintenant, comme sport qui me permet de me dépenser, y'a la natation, euh... qu'est-ce que je peux faire encore... un peu de ping-pong, euh... le vélo assis, euh... Je vous ai parlé du 'vélo podal' ? »

C.M. : « Ah, non. »

T.P. : « Oh ! Parce que, en fait, c'est un vélo, vous avez peut-être déjà vu ça, c'est un vélo où on pédale avec les jambes, couchés comme ça. On est allongés, et on pédale avec les jambes en avant, comme ça. »

C.M. : « Oui oui, je vois. »

T.P. : « Et donc, y'en a à deux roues, beaucoup, beaucoup en Hollande. Il en existe en trois roues pour les handicapés, avec deux roues avant directrices, et avec une petite suspension arrière quoi. »

C.M. : « D'accord. »

T.P. : « On n'est pas plus haut que ça. »

C.M. : « Donc à l'arrière, il y a une seule roue ? »

T.P. : « Bin si vous voulez, y'a deux roues à l'avant qui sont directrices, et la roue motrice elle est à l'arrière. Donc le pédalier, bon, y'a tout un système qui renvoie à l'arrière, et y'a une suspension qui permet d'amortir les chocs, parce qu'on est sur la route quoi. On est sur un siège baquet, on est à ça du sol. Et j'ai découvert ça par une assoc' de euh... handisport qui faisait du vélo. On faisait ça sur une piste de, de euh... comment ça s'appelle, euh... vous savez, des pistes rouges, des pistes euh... »

C.M. : « D'athlétisme ? »

T.P. : « Oui ! Merci, des pistes d'athlétisme. J'en ai fait un peu sur route, parce que en Hollande, bon c'est plat, et les gens mettent un drapeau. Mais ici, euh, je l'ai fait sur des petites routes, par moments j'avais un peu peur quoi. »

C.M. : « Je vous comprends, oui, parce que comme vous rasez le sol, on ne vous voit pas bien... »

T.P. : « Eh oui ! Plus tard, bon je sais pas, l'acheter ça coûte cher, parce que je m'étais renseigné. Un vélo comme ça, ça coûte ... euh, pas mal, 2000 euros quoi. »

C.M. : « Et vous ne pouvez pas en louer un ? »

T.P. : « L'association me l'avait prêté, et il faudrait que je cherche vraiment, mais bon. Faudrait que je trouve des pistes cyclables et tout, c'est pas... Donc je sais que je peux en faire si je veux en faire, quoi. Là, je pouvais vraiment me défoncez, parce qu'il y a un dérailleur, donc on peut sélectionner les vitesses, on peut se lancer, on peut forcer dans les montées, on peut rouler vite. Non c'était... je m'amusais bien. Bon, au début je tournais beaucoup sur la piste d'athlétisme. »

C.M. : « Oui, à partir d'un moment on doit avoir envie de faire autre chose que de tourner sur la même piste. »

T.P. : « Et donc c'est pour ça que... Et puis ce qui est bien c'est que j'aurais aimé trouver des pistes... y'a pas beaucoup de pistes cyclables par ici, y'en a pas beaucoup. C'est surtout dans les pays ou régions moins vallonnées, plus plates qu'il y a des pistes cyclables. Mais ici, y'en a pas trop. »

C.M. : « Oui. »

T.P. : « Mais je sais que si je veux, je peux en faire sur piste pour me défoncez quoi. Et donc j'avais trouvé cette association près de ***, mais ici, bon j'ai pas cherché quoi, mais ça doit exister. »

C.M. : « Une association spécifique de handi-sport ? »

T.P. : « Oui, une association de sport handi, qui ont ce type de vélo, parce que comme je vous dis, ça coûte cher. »

C.M. : « Hum, hum. »

T.P. : « Au moins 2000, plus que ça, 3000 euros. Et il y a aussi pas mal de tricycles pour handi, mais ça coûte cher ça. C'est comme le VTT et tout. Moi, je m'étais acheté un tricycle de mamie quoi. Un tricycle normal avec le porte-bagage, mais euh, c'était trop haut, et puis je me cassais la figure, dans les virages c'était pas stable. Et ma fille je la mettais dans le porte-bagage, et je me suis baladé un peu quoi. »

C.M. : « Parce qu'avant votre accident, vous aimiez beaucoup le sport ? »

T.P. : « Oui, j'étais pas un grand sportif, mais j'ai toujours aimé un peu me surpasser. Bon, j'ai fait beaucoup d'équitation. Euh, j'avais joué au tennis comme ça, mais pour le plaisir. L'équitation pour le plaisir aussi, j'ai fait des petits concours amateurs quoi. Ma seconde femme était férue d'équitation, et elle faisait des concours complets officiels. Et moi je faisais des concours d'entraînement. Elle avait un très bon cheval un réformé des courses, un ancien pur-sang, et moi j'avais un cheval de selle, costaud. Et puis donc, j'ai fait ça. Quand j'étais jeune, j'ai fait, vous avez connu ça, la « SU » ? C'est du sport interuniversitaire, scolaire, enfin euh... »

C.M. : « Ah, c'est le SIUAPS maintenant je crois. »

T.P. : « C'est des rencontres sportives entre écoles ou clubs. »

C.M. : « D'accord. »

T.P. : « Et puis, j'ai fait pas mal de volley. Et puis bon, j'ai touché à tout. Ouais, j'aimais bien me dépenser. Donc, ça m'a beaucoup manqué. Et maintenant, j'ai trouvé ce qu'il me fallait, et puis y'a d'autres choses à faire que le sport, le sport, le sport... »

C.M. : « Et la randonnée, vous y avez pensé ? »

T.P. : « Oui, j'ai toujours adoré marché, mais ma copine a horreur de ça. Donc c'est, parce que là où j'habite, vous avez entendu parler du massif de l'Estérel ? »

C.M. : « Oui, bien sûr, c'est très beau. »

T.P. : « Bin figurez-vous que j'ai même pas encore pu aller le voir. J'aime pas me balader seul, mais je vais peut-être le faire. Mais, non, j'y suis pas encore allé. »

C.M. : « Après, c'est vrai que pour randonner, c'est toujours mieux d'être plusieurs, au moins deux, pour des raisons de sécurité. On ne sait jamais. »

T.P. : « Bin ouais, c'est vrai c'est sympa. J'aime bien marcher, mais marcher seul, j'aime pas trop quoi. »

C.M. : « Mais vous pouvez vous inscrire dans des associations. Il doit y avoir plusieurs associations de randonnées dans les Alpes-Maritimes, et de tous les niveaux. »

T.P. : « Ah oui, c'est vrai. Oui parce que moi je ne peux pas marcher très longtemps. Moi c'est surtout pour admirer le paysage, la nature, c'est pas pour l'effort. »

C.M. : « Oui, vous ne faites pas ça pour la performance. »

T.P. : « Bin, c'est comme euh... vous connaissez le film 'Into the wild' ? »

C.M. : « Oui, oui. »

T.P. : « Bah voilà, j'ai vu une partie hier, je trouve ça extrême, et... j'aime beaucoup la nature quoi. J'ai été élevé à la campagne et... Là je parlais de lapins, j'disais 'c'est bon le lapin', parce qu'on parlait de diététique avec euh... on travaille sur la euh...diététique euh... comment ça s'appelle la façon de se nourrir... ah, je perds mes mots... »

C.M. : « Vous travaillez sur ça avec qui ? »

T.P. : « Avec **** et ****. »

C.M. : « Elles vous parlent de la pyramide alimentaire, c'est ça ? »

T.P. : « Ah, oui, oui ! C'est ça. Oui, est donc on parlait de viande. Un lapin c'est bon, et elle dit 'ah non pas le lapin, je mange tout sauf du lapin !', je dis 'comment ça ?' 'bin non... ININTELLIGIBLE'. A la campagne, les lapins, on les tue et on les mangeait ! Bin c'est vrai que pour moi, un lapin, j'ai jamais eu de lapin de compagnie. Donc moi le lapin, je le mange volontiers. J'ai appris à le dépioter et tout ça. »

C.M. : « Ah oui, vous êtes habitué, donc la campagne, ça vous connaît. »

T.P. : « Moi, ça m'embêterait plus de manger du chat que du lapin. Non, mais y'a des gens qui ne peuvent pas manger du lapin, parce que c'est un animal de compagnie comme un chat. »

C.M. : « Hum, hum. »

T.P. : « Donc, je comprends que ces gens-là, ça les répugne de manger du lapin. »

C.M. : « Ah, bin moi la première. J'avais un lapin de compagnie, et depuis je ne peux plus en manger. »

T.P. : « Ah, d'accord. Bin c'est dommage. Vous en avez déjà mangé une fois ? »

C.M. : « Oui, je sais que c'est bon, mais c'est psychologique, je n'arrive plus à en manger. »

T.P. : « Ah bin je comprends, c'est comme moi, le cheval. Et je crois que je rechignerai à manger du cheval. Mais le lapin, dans mes souvenirs, pour moi, c'est dans un clapier, c'est un lapin qu'on mange. »

C.M. : « Hum, hum. »

T.P. : « Mais c'est vrai que plus ça va, moins je suis viande. Avant, j'étais très viande, maintenant, j'ai appris à manger du poisson en étant dans le Sud. Et puis la viande rouge... bon j'en mange, mais moins. Je suis moins fan qu'avant quoi. »

C.M. : « Oui, je pense que dans le Nord, on est plus habitués à manger de la viande. »

T.P. : « Oui, on est très viande, et très roboratif, une viande, une cuisine très... très... qui tient au corps quoi. »

C.M. : « Des plats en sauce, je suppose. »

T.P. : « Oh bin oui, donc tout ce qu'on fait cuire, ça baigne dans l'huile, dans le beurre. Maintenant, c'est marrant, tout ce que je fais cuire, je le fais cuire sans beurre quasiment. »

C.M. : « Ou à l'huile d'olive, non ? »

T.P. : « Oui, à l'huile d'olive sinon. Mais dans le Nord, c'est surtout l'huile d'arachide. Et quand on a goûté l'huile d'olive, on peut plus s'en passer, parce que c'est tellement bon quoi. »

C.M. : « Hum hum. »

T.P. : « Et... et pourquoi on en est venu à parler... comment ça se fait qu'on en est venu à parler de lapin comme ça ? »

C.M. : « Ah, justement, j'allais vous le demander. Je crois que vous expliquiez que vous habitiez à la campagne, et du fait que ça explique que vous aimiez la nature et... »

T.P. : « ... Ouais, et 'Into the wild'... »

C.M. : « ... et la randonnée. »

T.P. : « Et comment vous l'avez connu ce film ? Parce que c'est pas de votre génération, c'est, enfin... »

C.M. : « Oh, quand même, c'est un film assez récent. »

T.P. : « Quoi que, si, il date de... de 2000, nan ? »

C.M. : « Plus tard, je dirai fin des années 2000. »

T.P. : « Parce que, je sais que je l'ai vu au cinéma à ****, dans un cinéma d'art et d'essai, donc oui je pense que c'était dans les années 2000. Je me suis dit 'tiens, ce film, faut que je le vois'. Ah oui, c'est ça, c'était dans les années 2000. Je me rappelle, je l'ai vu à ****, dans un petit cinéma. Ouais, j'habitais ****, donc ça devait être en 2004-2005, ou 2006 peut-être. Après, j'ai déménagé, donc ça doit être ça. Je pensais que c'était plus vieux que ça. »

C.M. : « Non, c'est un film assez récent. Je l'ai vu en DVD, récemment. C'est une adaptation d'un livre. »

T.P. : « Il paraît que c'est une histoire vraie à l'origine. »

C.M. : « Oui, exact. A la fin du film, on nous rappelle que c'est issu d'une histoire réelle. »

T.P. : « Parce que je... l'ordinateur de ma copine a buggé, ça s'est arrêté au milieu quoi. »

C.M. : « Ah, ça s'est dommage. »

T.P. : « Mais, ce qui est enrichissant, c'est les rencontres qu'il fait, comment il évolue. »

C.M. : « Oui, c'est extraordinaire. »

T.P. : « C'est tout à fait ce que je pense. Donc moi, je sais que j'aurais pas les tripes d'aller... de faire ce qu'il fait, mais c'est ce que je ressens de plus en plus. Cette société de consommation... »

C.M. : « Oui, c'est extrême, mais c'est son point de vue personnel de la vie. Il est parti avec rien, il a tout quitté. »

T.P. : « Oui, et puis on comprend aussi un peu que c'est lié au non-dit de ses parents, du fait qu'il était paria avec sa sœur. Y'a eu plein de choses quoi. »

C.M. : « Hum hum. Si j'ai bien compris, vous aimez beaucoup les films et le cinéma, ça vous plaît. »

T.P. : « Bin disons que, pendant un moment, je me suis éloigné de ça, mais quand j'habitais à ****, j'allais au cinéma environ une fois par semaine. Et j'étais abonné à Première, c'était un magazine de cinéma, je sais pas si ça existe encore. »

C.M. : « Je ne sais pas non plus. »

T.P. : « Bon, et donc j'aimais bien. Je me tenais au courant pour savoir un peu ce qui sortait. »

[...]

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Echelle de Glasgow.....	13
Figure 2 : Effet de "coup-contrecoup"	15
Figure 3 : Cortex préfrontal.....	21
Figure 4 : Schéma de la communication de R. JAKOBSON (1963)	28
Figure 5 : Localisations anatomiques de la cognition sociale, BEAUCHAMP et ANDERSON (2010).....	43
Figure 6 : Processus de cognition sociale, ALLAIN adapté d'ADOLPHS (2010).....	44
Figure 7 : Les bases anatomiques de la théorie de l'esprit, DUVAL et coll. (2011).....	49
Figure 8 : Les divers niveaux cognitifs de la théorie de l'esprit, DUVAL et coll. (2011).....	50
Figure 9 : Illustration du test "Sally et Anne", BARON-COHEN (1985).....	51
Figure 10 : Illustration d'une tâche d'interprétation du regard, BARON-COHEN (2001).....	51
Figure 11 : Illustration d'une tâche d'attribution d'intentions, BRUNET et coll. (2000).....	51

Catherine Maurer

LES TROUBLES DE LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE ET DE LA THEORIE DE L'ESPRIT CHEZ LES TRAUMATISES CRANIENS : Impacts du jeu de société en rééducation individuelle et en ateliers de groupe

166 pages

Mémoire d'orthophonie – UNS / Faculté de Médecine - Nice 2014

RESUME

A la phase de réinsertion, les traumatisés crâniens graves peuvent présenter des troubles de l'usage du langage en contexte en rapport avec les déficits en théorie de l'esprit (« Theory of Mind », ToM). Ils constituent un frein majeur à leur intégration socio-professionnelle. La prise en charge de ces altérations reste pourtant insuffisante. L'objectif de cette étude est de démontrer l'impact du jeu de société sur les déficits des habiletés pragmatiques. Ce support requiert l'élaboration d'un message adapté à autrui et l'interprétation des contenus mentaux de l'interlocuteur. Il exerce aussi les fonctions cognitives impliquées dans toute interaction verbale efficace. Nous avons proposé une rééducation individuelle couplée à des séances de groupe à deux patients au sein de l'UEROS de La Gaude (06). La prise en charge était organisée autour de cinq jeux de société verbaux et non verbaux sélectionnés pour leur recours à la ToM. La confrontation des résultats aux bilans initiaux et finaux, ainsi que l'observation continue des comportements communicatifs, ont permis l'objectivation de la progression de certaines compétences pragmatiques, essentiellement expressives. Les sujets produisent des énoncés davantage en adéquation avec leur interlocuteur et la situation discursive. Ce support ludique et attrayant a également généré une prise de conscience nécessaire à la canalisation des attitudes communicatives inadaptées. Nous espérons que ce travail contribuera à la mise en place d'interventions orthophoniques ciblant ces troubles et qu'il suscitera l'intérêt des thérapeutes du langage pour le jeu dans leurs interventions axées sur la réhabilitation ou le maintien de la communication.

MOTS-CLES

Orthophonie – Communication – Rééducation – Etude de cas – Adulte – Traumatisme crânien – Pragmatique – Théorie de l'esprit – Jeu

DIRECTEUR DE MEMOIRE

Chloé Marshall

CO-DIRECTEUR DE MEMOIRE

Geneviève Maillan