



UNIVERSITÉ DE NANTES

Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales

Année Universitaire 2017/2018

Mémoire

pour l'obtention du

Certificat de Capacité en Orthophonie

**La pragmatique du langage chez des patients
cérébrolésés :**

**Élaboration d'un programme de rééducation
en groupe et retours cliniques.**

présenté par *Mathilde GABORIAU*

Président du Jury : Monsieur Mazoué Aurélien – Orthophoniste, chargé d'enseignements au CFUO de l'Université de Nantes

Directrice du Mémoire : Madame Saint-Pé Laureline – Orthophoniste, chargée d'enseignements au CFUO de l'Université de Nantes

Co-directrice du Mémoire : Madame Verrier Nadège – MCF UFR de Psychologie et chargée d'enseignements au CFUO de l'Université de Nantes

Membre du jury : Madame Terpereau Juliette – Orthophoniste, chargée d'enseignements au CFUO de l'Université de Nantes

REMERCIEMENTS

En premier lieu, je remercie Mme Laureline SAINT-PÉ pour avoir accepté de diriger ce mémoire, pour le temps qu'elle aura consacré à me guider dans mon travail ainsi que dans ma réflexion sur ma posture professionnelle. Je tiens également à remercier Mme Nadège VERRIER, co-directrice, pour m'avoir accompagnée et éclairée sur ce projet depuis le début du Master.

Je souhaite également remercier Mme Pauline LAUMONIER pour son regard critique et sa disponibilité.

Je remercie Mme Aurélie LAISNE, orthophoniste, qui a accepté de partager son regard théorique et clinique sur mon mémoire tout comme Mme Anne ESNAULT.

Je voudrais remercier l'ensemble des orthophonistes et patients qui ont rendu ce travail possible en participant à mon enquête.

Merci à l'ensemble de mes maîtres de stages depuis 2013 qui ont eu à cœur de m'accompagner dans la construction de mon identité professionnelle et de me transmettre leurs expériences. Merci tout particulièrement à Mme Marie-Céline MALLET qui m'aura donné le goût de ce métier.

Je voudrais remercier mes parents pour leur inconditionnel soutien, leur confiance à chaque aventure.

Enfin, mes remerciements à tous mes amis qui ont accompagné ces études, adouci le quotidien. Nous avons partagé des moments inoubliables.

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

« Par délibération du Conseil en date du 7 Mars 1962, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation ».

Je soussignée, Mathilde GABORIAU, déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes ses formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Fait à Nantes

Le 22/05/2018

Signature :

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. La compétence pragmatique entre communication et langage	2
1.1. Connaissances nécessaires à l'interaction.....	2
1.2. La compétence pragmatique en théorie	3
2. La compétence pragmatique en cas de lésions cérébrales acquises.....	4
2.1. Pathologies cérébrales concernées.....	4
2.2. Manifestations cliniques des troubles de la compétence pragmatique	5
2.3. Déficits associés aux troubles de la compétence pragmatique	7
2.4. Mécanismes explicatifs des troubles de la pragmatique.....	8
2.5. Répercussions dans la vie quotidienne	10
3. Rééducation orthophonique des troubles de la pragmatique du langage.....	11
3.1. État des lieux sur la prise en charge.....	11
3.2. Caractéristiques et efficacité des prises en charge orthophoniques.....	11
3.3. Approches rééducatives et compétence pragmatique	12
3.4. Les outils en rééducation	14
3.5. Modalités de prise en charge orthophonique	15
3.6. Groupe thérapeutique, média de rééducation	16
3.7. Intérêts et perspectives.....	18
4. Problématique et objectifs du mémoire	18
MÉTHODOLOGIE.....	19
1. Programme de rééducation des troubles de la pragmatique	19
1.1. Présentation de la population cible	19
1.2. Cadre du groupe.....	20
1.3. La prise en compte des troubles associés.....	21
2. Présentation du matériel	22
2.1. Travaux réalisés lors de précédents mémoires	22

2.2.	Structure et organisation générales	22
2.3.	Organisation d'une séance de rééducation.....	23
2.4.	Exercices de rééducation proposés	24
2.5.	Fichier « Recommandations générales »	29
3.	Enquêtes sur le matériel de rééducation	30
3.1.	Les questionnaires.....	30
3.2.	Mise en pratique auprès d'un groupe de patients	33
3.3.	Diffusion pour le recueil d'avis orthophoniques	34
RÉSULTATS		35
1.	Questionnaire pour l'évaluation du programme	35
1.1.	Représentativité de l'échantillon	35
1.2.	Facteurs d'influence sur l'appréciation du programme	36
1.3.	Informations générales sur le programme	36
1.4.	Les progressions au sein du programme.....	36
1.5.	Les étayages et temps d'échange	36
1.6.	La prise en compte des troubles cognitifs.....	37
1.7.	L'enregistrement audio ou vidéo, outil au programme.....	37
1.8.	Perspectives pour ce programme	37
2.	Questionnaire pour l'évaluation d'une séance.....	37
2.1.	L'étape d'accueil.....	37
2.2.	L'étape de sensibilisation.....	38
2.3.	Le changement d'activités	41
2.4.	L'étape analytique/fonctionnelle	41
2.5.	L'étape de conclusion	43
3.	Impressions des patients sur leurs expériences au sein du groupe	43
3.1.	Participation au programme.....	43
3.2.	Organisation du programme et ressentis sur le matériel proposé	44

3.3. Interactions au sein du groupe	44
DISCUSSION et CONCLUSION.....	44
1. Interprétation des principaux résultats.....	44
2. Limites et intérêts du programme	47
2.1. Limites du programme de rééducation	47
2.2. Limites de l'étude	47
2.3. Intérêt du programme en orthophonie	49
3. Perspectives	49
BIBLIOGRAPHIE	
TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX	
ANNEXES	

INTRODUCTION

Les traumatismes crâniens, comme les accidents vasculaires cérébraux, sont un problème de santé publique important puisqu'il s'agit de causes majeures de mortalité et de handicap acquis chez l'adulte.

Parmi la sémiologie des troubles cognitivo-comportementaux retrouvés dans ces pathologies, des déficits des habiletés pragmatiques ont été observés. Or ces compétences sont constamment sollicitées dans les interactions langagières entre individus. Parler avec autrui nous semble être une procédure familière. Pourtant, le contenu de l'échange verbal est imprévisible et nécessite l'adaptation des différents interlocuteurs. Ensemble, ces derniers contribuent à l'intelligibilité de leur conversation et à l'élaboration de son sens. Un trouble des compétences pragmatiques nuit à la réhabilitation de l'individu cérébrolésé car il peut se trouver gêné dans ses interactions conversationnelles et donc dans son comportement social. En effet, un trouble de la pragmatique du langage impacte la fonction de communication tout comme des troubles moteurs (arthriques ou phoniques) ou des troubles formels du langage portant sur la phonologie, la syntaxe et la sémantique (Brin-Henry, Courier, Lederlé, & Masy, 2011).

La loi sur le handicap (LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, 2005) a permis de justifier l'intérêt à porter aux interactions entre la personne et son environnement. Dans ce cadre, il paraît nécessaire de proposer un contexte visant à rééduquer les déficits de la pragmatique du langage.

Actuellement, les orthophonistes semblent disposer de très peu de supports de rééducation spécifiques pour la prise en charge des déficits des habiletés pragmatiques (Hupet, 2006). Ces professionnels peuvent donc être amenés à utiliser des outils peu adaptés aux patients victimes de traumatismes crâniens et/ou d'accidents vasculaires cérébraux. En orthophonie, la remédiation présentée comme spécifique des capacités de communication et des interactions est la thérapie de groupe (Chomel-Guillaume, Leloup, Bernard, Riva, & François-Guinaud, 2010b). Ce mémoire de fin d'études est donc l'occasion d'élaborer un programme de rééducation groupale des troubles de la pragmatique du langage.

Dans un premier temps, nous allons nous attacher à présenter le contexte théorique concernant les habiletés pragmatiques langagières, leurs déficits, les approches de rééducation

existantes ainsi que l'intérêt du groupe dans la prise en charge de ce type de troubles. Puis, nous présenterons la méthodologie qui a soutenu l'élaboration du matériel et son évaluation. Enfin, les résultats issus de notre enquête auprès d'orthophonistes et de la mise en pratique du programme seront rapportés et critiqués.

1. La compétence pragmatique entre communication et langage

Le langage humain se présente comme un système complexe de communication. Il occupe une place centrale dans le quotidien de chaque individu. Selon la définition proposée par Neveu (2011), la communication se définit comme « un événement de langage par lequel un message est transmis par un émetteur à un récepteur » (p.163).

Dans cette conception, le langage contribue donc à l'échange d'informations. Toutefois il ne s'y limite pas, car cette fonction cognitive instrumentale nous permet de décrire notre environnement et d'agir sur lui. Elle nécessite la conjugaison de plusieurs composantes. Selon Dardier (2004), le langage implique la combinaison d'aspects formels et d'aspects pragmatiques (concernant l'utilisation du langage en contexte).

Ainsi, le terme de communication ne se rapporte pas seulement au langage et à la forme que prend le message. En effet, la communication sous-tend l'idée de relation entre des individus alors désignés comme interlocuteurs.

Un locuteur peut utiliser le langage comme fonction de communication car son usage est codifié « par des règles spécifiques, des conventions partagées par les membres d'une culture donnée » (Dardier, 2004, p.17). C'est dans ce cadre que s'insère la notion de compétence pragmatique. Cette habileté permet à l'individu d'utiliser les règles linguistiques de sa langue tout en s'adaptant au contexte que ce soit en situation de production ou de réception d'un message.

1.1. Connaissances nécessaires à l'interaction

Selon Kerbrat-Orecchioni (2005), la construction d'une conversation (ou « *discours-en-interaction* ») entre locuteurs nécessite qu'ils appliquent des règles de fonctionnement de la situation de communication. Pour adapter son discours, le locuteur utilise donc des connaissances extralinguistiques pour faire face aux contraintes des situations communicatives auxquelles il est exposé. Il ajuste ainsi son attitude et peut nuancer ses différentes utilisations du langage (Austin, 1962, Searle, 1969, cités par Dardier, 2004).

Ces règles spécifiques, permettant de régir l'utilisation du langage par des locuteurs, ont été définies par la théorie de Grice (Dardier, 2004). Elles sont nommées règles conversationnelles. Grice définit un principe de coopération aux conduites langagières entre individus. Engagés dans un échange verbal, les partenaires de communication souhaitent que leur communication soit efficace. Pour ce faire, les individus vont coopérer en connaissant et exploitant ces règles. Celles-ci regroupent la maxime de quantité (fournir une juste quantité d'informations à l'interlocuteur), la maxime de qualité (véracité des propos du locuteur), la maxime de relation (pertinence des informations en fonction du thème de conversation) ainsi que la maxime de manière (le locuteur doit être compréhensible et non-ambigu pour autrui).

1.2. La compétence pragmatique en théorie

Au sein de la communication, plusieurs théories ont essayé de préciser et de codifier le domaine d'étude de la pragmatique afin de spécifier le plus exactement possible ce que la compétence pragmatique incluait. Certains auteurs s'attachent à définir l'habileté pragmatique au travers de deux composantes distinctes s'illustrant comme « une composante proprement conversationnelle (liée à la capacité de « faire conversation ») et une composante plus spécifiquement discursive (liée à la capacité de produire et de comprendre un discours, c'est-à-dire un ensemble long et organisé d'énoncés) » (Hupet, 2006, p.91). Sans consensus de la part des auteurs sur les terminologies, ce que recouvre l'habileté pragmatique du langage n'est pas clairement explicité et, parfois cette aptitude est qualifiée de communicative (Hupet, 2006).

Au sein de la perspective théorique dans laquelle le langage se définit comme un ensemble d'aspects formels et pragmatiques, la définition de la compétence pragmatique proposée par Croll (2010) nous apparaît comme la plus pertinente. Selon l'auteure, la compétence linguistique héberge la compétence pragmatique. Cette dernière associe les compétences discursive, conversationnelle, intersubjective et sociale. Ainsi, on peut définir la compétence discursive comme la capacité à produire un discours en veillant à sa cohésion (articulation des unités linguistiques entre elles) et sa cohérence (le discours véhicule du sens). La compétence conversationnelle permet d'organiser l'échange en fonction de ses règles d'alternance de tours de parole, de contributions pertinentes, de production et de compréhension des actes de langage. De plus, elle comprend les règles d'expression d'intentions communicatives par des moyens linguistiques, paralinguistiques et kinésiques. La compétence intersubjective, quant à elle, fait écho à la théorie de l'esprit. En effet, d'après Croll, cette compétence renvoie aux possibilités du sujet à se positionner vis-à-vis de son(ses)

interlocuteur(s) et à entrer en relation avec lui(eux) en manifestant des attentes tout en étant dans l'empathie. Enfin, la compétence sociale permet au locuteur d'adapter son comportement à la situation de communication en fonction de rôles, de contraintes, de règles et d'objectifs.

Selon les termes d'Hupet (2006), la compétence pragmatique peut donc se définir comme la capacité d'un sujet à effectuer, en fonction du contexte, des choix de contenu (: de quoi il parle), de forme (: comment il parle) et de fonction (: pourquoi il en parle). La maîtrise d'habiletés discursives et conversationnelles paraît donc indispensable à la compétence pragmatique. Celle-ci requiert également la maîtrise de fonctions cognitives générales visant notamment la procédure de traitement de l'information et plus particulièrement le calcul d'inférences et la théorie de l'esprit (Hupet, 2006; Martin & McDonald, 2003).

Selon Adams (2002) (cité par Dardier, 2004), la compétence pragmatique se développerait dès l'enfance (8-9 mois) jusqu'à l'âge de 17 ans. À partir de plusieurs recherches, cet auteur définit la compétence pragmatique au travers de différentes habiletés. Elle comprendrait les capacités suivantes : alternance des tours de parole, maintien du thème de conversation, réparations du discours, adaptation du type de discours en fonction de l'interlocuteur, usage des formes de politesse, inférences d'informations à partir de récits ou de significations indirectes, utilisation de divers actes de langage, maîtrise des marqueurs du discours, bon usage de formes anaphoriques, pertinence et efficacité dans la communication et enfin, cohésion du discours.

Un déficit de ces aptitudes peut être dû à une pathologie développementale comme l'autisme ou à un trouble suite à des lésions cérébrales acquises.

2. La compétence pragmatique en cas de lésions cérébrales acquises

Une perturbation de la compétence pragmatique est observée chez des patients après un traumatisme crânien ou un accident vasculaire cérébral droit ou gauche (Stemmer, 2015 ; Turkstra et al., 2017 ; Vanberten & Sonrier, 2012). Certains de ces patients peuvent ne pas avoir de trouble formel du langage et présenter, pourtant, des déficiences pragmatiques sévères.

2.1. Pathologies cérébrales concernées

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (citée par Brain Injury Society, n.d.), les lésions cérébrales acquises sont définies comme des dommages cérébraux apparaissant après la naissance. Ces lésions ne sont pas la conséquence d'une maladie congénitale ou

dégénérative. Les troubles liés à ces lésions peuvent être temporaires ou permanents et causer une incapacité et/ou une inadaptation psychosociale.

La lésion cérébrale acquise est une terminologie qui regroupe des atteintes aiguës au niveau du cerveau. Parmi ces pathologies figure le traumatisme crânio-cérébral. Celui-ci peut faire suite à un choc violent sur le crâne, à des mécanismes d'accélération-décélération brutales du cerveau ou à des dommages post-chirurgicaux (citons le cas d'une exérèse de tumeur). Chaque année, en France, l'incidence des traumatismes crâniens représente entre 150 000 et 170 000 nouveaux cas dont 30 000 avec des séquelles graves (Mathé, Richard, & Rome, 2005¹). Une lésion cérébrale peut également être la conséquence d'accidents vasculaires cérébraux (150 000 nouveaux cas par an en France d'après France AVC, n.d.). L'anoxie cérébrale, les agressions toxiques ou métaboliques (citons l'hypoglycémie), les infections (citons les méningites, les encéphalites) ou les inflammations sont également à l'origine de lésions cérébrales acquises (Royal College of Physicians of London & British Society of Rehabilitation Medicine, 2003).

Les lésions cérébrales sont catégorisées selon l'étendue des dommages. Ces derniers peuvent être focaux (c'est-à-dire localisés) ou diffus sur le territoire cérébral. Les déficits fonctionnels liés à la lésion cérébrale acquise dépendent notamment de la localisation des atteintes tissulaires. Le tableau clinique peut combiner des troubles physiques, cognitifs, comportementaux, émotionnels ou psychosociaux (Royal College of Physicians of London & British Society of Rehabilitation Medicine, 2003).

Dans la suite de ce mémoire, quand la notion de « cérébrolésion » sera employée, elle fera uniquement référence aux patients ayant subi un traumatisme crânien et/ou un accident vasculaire cérébral.

2.2. Manifestations cliniques des troubles de la compétence pragmatique

L'emploi de techniques d'imagerie médicale a permis de faire évoluer les théories sur l'activité langagière. Toutefois les troubles de la communication consécutifs à une atteinte cérébrale acquise manquent de terminologie claire. En effet, comme le rappelle Dardier (2004), la communication peut être perturbée par une lésion des aires classiques du langage (situées dans l'hémisphère cérébral gauche), mais également par un déficit de zones cérébrales fortement connectées avec ces aires (en particulier l'hémisphère droit et les lobes

¹ À notre connaissance, aucune autre étude épidémiologique concernant le traumatisme crânien en France n'a été réalisée depuis l'enquête de référence sur la région Aquitaine en 1986.

frontaux). Le cerveau fonctionne donc en réseau, ce qui implique que toute activité cognitive est le résultat d'une activation d'un réseau particulier de neurones. Les deux hémisphères cérébraux doivent être intègres pour mener correctement une activité langagière (Joanette, 2004).

2.2.1. Déficit des habiletés pragmatiques en situation de réception du langage

Les troubles de la compétence pragmatique en situation de réception sont pluriels. Tout d'abord, les patients cérébrolésés présentent des difficultés pour traiter le langage figuratif ou non-littéral (Bosco & Angeleri, 2012 ; Vallat & Chardin-Lafont, 2014). Ainsi, ils peuvent connaître des difficultés pour interpréter le sens véhiculé au travers des métaphores, des sarcasmes, de l'ironie, de l'humour, des demandes indirectes et des expressions idiomatiques (Martin & McDonald, 2003). De plus, ils ne prennent pas toujours en compte les rétroactions qui leur sont adressées en situation de conversation (LeBlanc et al., 2014 ; Turkstra et al., 2017). Tout ceci peut induire un mauvais ajustement au contexte de communication. Ces patients ne parviennent pas à mettre en relation les éléments d'une situation et à inférer sur celle-ci (Borthwick, 2012 ; Stemmer, 2015). Par ailleurs, Turkstra et al. (2017) rapportent que les personnes cérébrolésées ont des difficultés à se faire une représentation des connaissances, des attentes ainsi que des intentions de leurs interlocuteurs.

En outre, les patients ont du mal à identifier les émotions de leurs interlocuteurs et à traiter la prosodie émotionnelle et linguistique (Bosco & Angeleri, 2012; Vallat & Chardin-Lafont, 2014).

2.2.2. Déficit des habiletés pragmatiques en situation de production du langage

De nombreux troubles pragmatiques sont rapportés quand on s'intéresse à la situation d'expression en cas de cérébrolésion.

On observe un discours tangentiel avec un manque de cohérence et de cohésion entre les éléments linguistiques (Bosco & Angeleri, 2012 ; Mercat, Renouf, Kozlowski, & Rousseaux, 2006). Le discours est décrit comme fragmenté, avec un emploi inapproprié des marqueurs syntaxiques et une perturbation dans l'usage des formes anaphoriques (Martin & McDonald, 2003). De plus, les productions des patients sont caractérisées par un manque d'informativité, des commentaires personnels et des digressions (Masson-Trottier, Ferre, Joanette, & Marcotte, 2016 ; Rousseaux, Daveluy, & Kozlowski, 2010).

Le discours de ces individus est souvent jugé inefficace voire inintelligible par leur(s) interlocuteur(s). Ces difficultés sont à mettre en lien avec un non-respect des maximes conversationnelles (Turkstra et al., 2017). Les patients ne parviennent ni à tenir compte de leur partenaire de conversation (et donc des signaux qu'il peut émettre), ni du contexte de communication. Ainsi, leur discours peut être inadapté du fait d'un défaut de quantité et/ou de pertinence d'informations à fournir, mais également d'un manque de références communes à considérer par le locuteur.

Parmi les troubles de la pragmatique, on retrouve également des difficultés dans la gestion des tours de parole, dans l'initiation de la conversation, dans le maintien du thème de l'échange et dans l'usage des marques de politesse (Bosco & Angeleri, 2012 ; LeBlanc et al., 2014). Par ailleurs, en situation de communication, une pauvreté prosodique, des troubles de la fluidité verbale (atteinte du débit de parole), une inadéquation du regard ainsi qu'une sous-utilisation des gestes et des mimiques peuvent être retrouvées (Ferré, Ska, Lajoie, Bleau, & Joannette, 2011 ; Stemmer, 2015).

2.3. Déficiences associées aux troubles de la compétence pragmatique

En parallèle des difficultés de pragmatique du langage, les individus cérébrolésés peuvent présenter des troubles associés.

Tout d'abord, des troubles cognitifs sont fréquemment retrouvés chez ces patients. Ces déficiences, mises en évidence par une évaluation neuropsychologique, portent sur les processus attentionnels, la vitesse de traitement, les fonctions exécutives ainsi que sur les capacités visuo-perceptives et visuo-constructives. Par ailleurs, les patients peuvent être concernés par des déficits mnésiques. En effet, ils vont présenter des troubles de stockage et de récupération de l'information (Nakling & al., 2017 ; Struchen, n.d.).

D'autres troubles sont également rapportés dans les tableaux cliniques de personnes cérébrolésées. Ces dernières peuvent présenter une dysarthrie (trouble de la réalisation motrice de la parole), une apraxie (un trouble de la programmation motrice de la parole) ou une aphasie au sens strict du terme, bien que les incidences et évolutions ne soient pas les mêmes en cas de traumatisme crânien ou d'accident vasculaire cérébral (Haute Autorité de Santé, 2007; Vallat & Chardin-Lafont, 2014). Sont également rapportées des modifications du comportement et de l'expression émotionnelle. Ces troubles correspondent, entre autres, à une labilité émotionnelle, un manque d'initiation, des changements d'humeur, une désinhibition et des accès d'agressivité (Brain Injury Society, n.d.).

Par ailleurs, des troubles physiques peuvent survenir en cas de lésions cérébrales acquises (Royal College of Physicians of London & British Society of Rehabilitation Medicine, 2003). D'un point de vue moteur, on citera les paralysies, les troubles du tonus musculaire, les ataxies. La littérature relate également des troubles sensoriels, des déficits visuels et/ou auditifs, des symptômes de fatigue, des maux de tête, des douleurs, des dysphagies voire des crises d'épilepsie. Associée à ces tableaux cliniques variés, une anosognosie est fréquemment rapportée (Carota, Dieguez, & Bogousslavsky, 2005 ; Vallat & Chardin-Lafont, 2014). Ce symptôme se manifeste par une incapacité à prendre conscience de la perte de facultés motrices et/ou cognitives. Cela peut constituer une entrave à la réhabilitation des personnes cérébrolésées, car celles-ci, sans conscience de leurs difficultés, ne parviendront pas à adhérer à la prise en charge qui pourrait leur être proposée.

Ces problèmes associés peuvent contribuer aux déficits des habiletés pragmatiques du langage et donc aux difficultés de communication des individus cérébrolésés tant sur le plan de la compréhension que de l'expression. D'ailleurs, Martin et McDonald (2003) considèrent la pragmatique comme le fruit de l'interaction entre plusieurs fonctions cognitives. Cette conception théorique renforce la difficulté à définir la notion de pragmatique du langage, mais introduit des hypothèses cliniques sur les processus sous-tendant cette compétence.

2.4. Mécanismes explicatifs des troubles de la pragmatique

Depuis quelques années, le milieu de la recherche a avancé diverses explications cognitives pour rendre compte des difficultés observées en pragmatique du langage. Il n'existe pas de consensus entre les auteurs à ce sujet. En effet, les résultats des différentes études ne peuvent être généralisés du fait des méthodologies utilisées. Les chercheurs ont porté leur intérêt sur les notions de fonctionnement exécutif, de théorie de l'esprit ou d'un manque de cohérence centrale.

2.4.1. Troubles des fonctions exécutives

Les fonctions exécutives regroupent des aptitudes de contrôle cognitif et comportemental. Elles nous permettent notamment d'organiser nos interactions avec l'environnement. Anatomiquement, les fonctions exécutives se situent au niveau des lobes frontaux du cerveau et plus particulièrement au niveau du cortex pré-frontal. Les dysfonctions observées peuvent résulter de l'atteinte du cortex lui-même ou de l'atteinte des connexions le reliant aux autres structures cérébrales que sont, entre autres, les aires motrices, les aires sensorielles, le cortex limbique et les aires associatives (Peter Favre, 2002).

Les déficits des fonctions exécutives contribueraient aux troubles de la compétence pragmatique (Sainson, Barat, & Aguert, 2014). En effet, cette dernière nécessite la conjugaison de plusieurs facultés cérébrales de haut niveau, « en particulier langagières et sociales » (Peter Favre, 2002, p.9). Or ce sont les fonctions exécutives qui permettent la coordination de différents processus cognitifs. La plupart des études associent donc dysfonctionnement exécutif et déficience pragmatique. Toutefois, compte tenu de la qualité des études au sujet de cette corrélation, Dardier et al. (2011) précisent que le degré d'association entre ces éléments reste faible.

Un trouble des fonctions exécutives est fréquemment associé à un déficit de la théorie de l'esprit (Gil, 2010). Pour certains auteurs, ce rapport vient étayer l'argument selon lequel le mécanisme sous-jacent à la compétence pragmatique serait la théorie de l'esprit.

2.4.2. Théorie de l'esprit et pragmatique du langage

Selon Duval et al. (2011), la théorie de l'esprit est une aptitude cognitive qui se définit comme « la capacité mentale d'inférer des états-mentaux à soi-même et à autrui et de les comprendre » (p.41).

Le langage est fortement impliqué dans la théorie de l'esprit. De nombreuses recherches ont porté sur cette relation. Cependant, peu d'études se sont intéressées à l'atteinte de la théorie de l'esprit chez les patients présentant des troubles du langage. La littérature rapporte qu'un trouble de la pragmatique du langage contribuerait au déficit dans des tâches de raisonnement sur les états mentaux alors que ces dernières seraient réussies en cas de troubles du langage portant sur la grammaire et la sémantique (Duval et al., 2011).

La théorie de l'esprit est indispensable à chacun d'entre nous pour interpréter un énoncé. En effet, elle nous permet de prendre en compte et de comprendre le locuteur, le contexte et les connaissances partagées au moment de l'énonciation. Un trouble de la théorie de l'esprit pourrait expliquer les troubles pragmatiques des sujets ayant des lésions cérébrales acquises. Bien que les concepts de théorie de l'esprit et de compétence pragmatique soient liées, Martin & McDonald (2003) précisent qu'il paraît impossible de déterminer l'orientation de la causalité entre ces deux entités.

2.4.3. Le manque de cohérence centrale

La cohérence centrale correspond à la capacité d'un individu à percevoir et à analyser un ensemble afin qu'il puisse en extraire le sens en tenant compte du contexte (Martin &

McDonald, 2003). Dans cette perspective théorique, les troubles de la pragmatique seraient donc dus à une incapacité des personnes à analyser la situation avec exactitude et donc, à adapter leur comportement de communication. Toutefois, Martin et McDonald (2003) précisent que cette hypothèse est trop peu spécifique pour être considérée comme à la base des déficits de la compétence pragmatique chez des patients cérébrolésés.

Malgré l'absence de consensus théorique sur les mécanismes sous-jacents des habiletés pragmatiques, il paraît évident que la situation d'interlocution, où prennent part aspects formels et pragmatiques du langage, s'inscrit dans le domaine de la cognition sociale (Hawley & Newman, 2010 ; Le Gall, Aubin, Besnard, & Allain, 2012). Un déficit des habiletés pragmatiques contribue à une inadaptation des sujets à leur environnement. En effet, le non-respect et/ou la non-utilisation des règles conversationnelles dans leurs discours génèrent un handicap social. Or « la maîtrise du discours s'avère un instrument essentiel à l'intégration de l'individu dans le groupe » (Peter Favre, 2002, p.9).

2.5. Répercussions dans la vie quotidienne

Les troubles des compétences pragmatiques du langage, parfois qualifiés de subtils, ont de lourdes conséquences sur la réinsertion des individus cérébrolésés. Comme le définit l'article L-114 de la loi du 11 février 2005, nous pouvons parler de handicap car la perturbation de la situation de communication entraîne une « ...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... » (LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, 2005).

La lésion cérébrale acquise engendre un bouleversement dans le parcours de l'individu, perturbant ainsi ses projets de vie (Mathé et al., 2005). L'impact des troubles de la compétence pragmatique porte sur le bien-être psychosocial des patients ainsi que sur leurs statuts professionnels, sociaux, familiaux et relationnels (Mercat et al., 2006 ; Stemmer, 2015 ; Turkstra et al., 2017). Soudainement privés de leurs rôles à cause de leurs comportements communicatifs inadéquats, les individus se retrouvent isolés socialement (Basso, Forbes, & Boller, 2013; Struchen et al., 2011, cités par Masson-Trottier et al., 2016).

L'influence des déficits est fonction de la sévérité de l'atteinte, de la possible combinaison de déficits mais également de l'environnement du patient et du soutien dont il peut bénéficier (Royal College of Physicians of London & British Society of Rehabilitation

Medicine, 2003). Ces restrictions sont souvent partagées par l'entourage des individus cérébrolésés d'autant plus quand il s'agit de communication (permettant la création et l'entretien de relations interpersonnelles).

3. Rééducation orthophonique des troubles de la pragmatique du langage

L'orthophoniste, en tant que thérapeute de la communication, s'inscrit dans la prise en charge des troubles de la pragmatique du langage. L'objectif du suivi orthophonique est de contribuer à la réintégration de la personne cérébrolésée en l'aidant à mieux communiquer.

3.1. État des lieux sur la prise en charge

L'intérêt de la profession pour l'aspect pragmatique du langage est plutôt récent. En effet, les thérapies orthophoniques portaient prioritairement sur les versants phonologique, syntaxique et sémantique du langage. Il existe donc peu de matériel d'intervention adapté aux troubles de la compétence pragmatique (Masson-Trottier et al., 2016). Souvent inclus dans un tableau neuropsychologique complexe, les troubles de la compétence pragmatique des personnes cérébrolésées sont rarement pris en charge de façon spécifique (Vanberten & Sonrier, 2012).

3.2. Caractéristiques et efficacité des prises en charge orthophoniques

La problématique de l'intensité, de la forme, de la fréquence et de la durée des soins en orthophonie se pose. En effet, les recherches menées ne parviennent pas à conclure sur les caractéristiques d'une pratique clinique orthophonique idéale sur le versant de la communication. Cela s'explique, entre autres, par l'impossibilité de comparer les études menées dans ce domaine du fait de la subjectivité de la notion d'intensité (Baker, 2012). Dans une perspective de prise en soins idéale, l'orthophoniste fournit une thérapie basée sur des principes théoriques tout en incorporant les connaissances les plus actuelles dans ses propositions de soins (Basso et al., 2013).

D'après une méta-analyse réalisée par Rohling, Faust, Beverly et Demakis en 2009, des réserves sont émises quant aux études menées dans le domaine de la communication (cas unique, peu d'essais contrôlés randomisés, mauvaise caractérisation des échantillons de patients). Toutefois les auteurs concluent qu'il existe un socle d'études scientifiques, bien que limitées, soutenant l'efficacité de la réadaptation cognitive chez les individus présentant une lésion cérébrale acquise.

Au vu des conséquences des troubles de la pragmatique du langage en cas de cérébrolésion, la prise en charge de ce type de déficits doit être envisagée dans le parcours de soins des patients. Ces derniers sont généralement hospitalisés dans un service de médecine physique et réadaptation s'intéressant à leur rééducation, réadaptation et réintégration. Cette structure d'accueil se donne pour objectifs la limitation des handicaps notamment neuropsychologique, comportemental et environnemental. Elle prépare également la sortie, ainsi que la réinsertion sociale et familiale des patients (Mathé et al., 2005). En effet, d'après la définition européenne de la Médecine Physique et de Réadaptation, cette unité de soins vise « l'amélioration » du fonctionnement physique et cognitif... Elle est donc responsable de la prévention, du diagnostic, du traitement et de la réhabilitation des personnes de tous âges subissant des conditions médicales responsables de handicaps et des comorbidités » (Groupe MPR Rhône Alpes & FEDMER, 2008, p.10). Le suivi orthophonique des déficits de la pragmatique du langage doit donc être proposé dès le séjour en service de médecine physique et de réadaptation.

Différentes approches de prise en charge sont à disposition de l'orthophoniste afin que celui-ci puisse proposer la thérapeutique la plus adaptée à son patient.

3.3. Approches rééducatives et compétence pragmatique

Les troubles de la communication, au sens large du terme, peuvent être abordés selon différentes approches de remédiation. En effet, le thérapeute peut se concentrer sur la nature des déficiences, les limitations d'activités induites par les troubles ou bien sur la personne elle-même. Parmi ces approches, certaines, utilisées dans le champ de la rééducation des troubles langagiers formels, paraissent adaptées à la situation des patients présentant des troubles de la compétence pragmatique.

3.3.1. Approche cognitive

Envisager la rééducation sous l'angle cognitif, c'est orienter la prise en charge vers les aspects identifiés comme déficitaires lors du bilan orthophonique. Ce type d'approche a pour objectif, entre autres, la mise en place de stratégies afin de suppléer les composantes cognitives déficientes. Il semble pertinent d'en tenir compte dans le cas de troubles de la compétence pragmatique. Cela passera par la programmation d'un nombre précis de tâches hiérarchisées suivant différents niveaux de difficulté (Chomel-Guillaume, Leloup, Bernard, Riva, & François-Guinaud, 2010a).

Bien qu'intéressante d'un point de vue cognitif, la prise en charge orthophonique de la compétence pragmatique ne doit pas se limiter à cette approche. En effet, centrée sur les troubles, elle ne porte pas intérêt au patient dans sa globalité. Cela pose la question de la généralisation des acquis rééducatifs, et donc des bénéfices écologiques d'une telle approche.

3.3.2. Approche holistique ou globale

Centré sur les comportements sociaux au quotidien, ce courant de rééducation s'appuie sur la dynamique de groupe. Cette approche, développée par Goldstein, s'intéresse à l'individu en tant que tel, à ses sphères cognitive, intrapsychique, interpersonnelle et sociale. Cette remédiation passe par l'interaction de trois axes : les approches cognitive et psychothérapique ainsi que les activités de groupe des patients. Ce modèle suppose que la combinaison des différentes remédiations permettra à la personne cérébrolésée de se reconstruire afin de retrouver une identité de soi et d'adapter son comportement (Mazaux et al., 2006).

Ce principe paraît intéressant dans le cadre des troubles de la compétence pragmatique. En effet, au-delà d'une rééducation classique des fonctions cognitives endommagées, cette remédiation vise l'acceptation des conditions de vie nouvellement attribuées à la personne et son évolution psychodynamique. Selon Ben Yishay (cité par Mazaux et al., 2006), le modèle holistique passe par une étape de prise de conscience. Cette dernière va permettre aux patients cérébrolésés de prendre la mesure de leurs difficultés, de mettre en place des compensations rendant ainsi leurs attentes réalistes vis-à-vis de leur récupération. Par ailleurs, l'approche holistique a montré son efficacité sur des critères tels que le bien-être perçu et la réintégration sociale (Cicerone et al., 2008).

Enfin, l'utilisation de cette approche est rapportée dans le champ de la pragmatique du langage puisqu'elle est utilisée au sein du groupe « communication » de l'UEROS (unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle) de Limoges (Hamonet-Torny, Fayol, Faure, Carrière, & Dumond, 2013).

3.3.3. Approche écologique ou fonctionnelle

Développée par Ponsford, Sloan et Snow, la « Rehabilitation for Everyday Adaptive Living (R.E.A.L) » s'intéresse aux limitations d'activités des patients et a une visée écologique. Ce moyen de remédiation prend appui sur un travail interdisciplinaire des différents praticiens intervenant autour de la personne cérébrolésée. Il inclut également l'entourage du patient dans la prise en charge afin de préparer la réinsertion. Cette approche

reprend les axes des courants cognitif et holistique tout en tenant compte de l'identité de la personne avant l'accident et des buts qu'elle se fixe (Ponsford, Sloan, & Snow (1995) cités par Bony & Rouyres, 2012).

Dans le cadre des troubles de la compétence pragmatique, cette approche nous semble pertinente car elle combine prises en charge individuelle et groupale. Elle s'attache à travailler différentes situations de communication tout en apportant des rétroactions aux patients vis-à-vis de leurs compétences communicatives. Ces retours sont nécessaires à la prise de conscience et les membres du groupe sont encouragés à y participer.

3.4. Les outils en rééducation

D'intérêt récent, le traitement des troubles de la compétence pragmatique s'effectue à l'aide d'outils plus ou moins spécifiques des déficits observés. De plus, le matériel à disposition n'est pas forcément adapté à la population des adultes cérébrolésés en termes, par exemple, de qualité et quantité des items, d'organisation des supports.

Les activités proposées sont souvent issues de mémoires de fin d'études en orthophonie et ne sont pas diffusées dans la pratique clinique des thérapeutes du langage. Il a été reproché aux protocoles de ces mémoires d'être laborieux à mettre en place car ils demandent des temps de préparation et d'organisation trop importants aux orthophonistes. Parfois, des consignes directives ont freiné l'utilisation de ces supports. De plus, certaines rééducations se proposent sous forme de logiciels, ce qui n'a pas toujours été jugé pertinent dans le cadre de la rééducation des troubles de la pragmatique.

3.4.1. Outils dédiés aux habiletés pragmatiques

Parmi les données à disposition, nous pouvons citer le travail mené par Ardisson et Besnardeau (2007). En effet, ces dernières ont créé un programme de réhabilitation des troubles pragmatiques en situation de production pour des patients cérébrolésés droits. Ce matériel, comprenant sept activités, s'intéresse au maintien du sujet, au savoir partagé ainsi qu'au tour de parole. En 2012, Bony et Rouyres ont mené un travail plus généraliste visant la réhabilitation orthophonique écologique de la communication et l'éducation aux troubles des patients traumatisés crâniens. L'entourage a été inclus dans la prise en charge. Par ailleurs, nous pouvons également mentionner le travail de Bersoux Delmond et Charuel datant de 2012. Elles ont élaboré un protocole de seize séances visant l'informativité des patients traumatisés crâniens. En 2005, Turcotte a pensé des moyens de rééducation concernant les

règles de conversation. Sigouin (2007), quant à elle, a imaginé une intervention visant la compréhension des actes de langages indirects chez ces patients.

3.4.2. La méthode « Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness » (P.A.C.E.)

Introduite par Davis et Wilcox dans les années 70, cette méthode fait suite aux travaux menés dans le champ de la communication référentielle. Elle est présentée comme visant l'amélioration des aptitudes communicatives dans la vie quotidienne.

Dans une approche fonctionnelle et globale, le principe est d'induire une conversation naturelle à partir d'un matériel donné (Dessy et al., 1989). Cela nous semble intéressant dans le cadre des troubles de la pragmatique. En effet, cet outil permet de provoquer une situation de communication où sont préservés l'alternance entre destinataire et émetteur d'un message ainsi que les rétroactions liées à l'interaction. Dessy et al. (1989) rapportent que cette méthode, originellement basée sur le concept de devinettes, a pu s'étendre, par exemple, à des situations d'échange à partir d'images en double ou de dictée.

Comme nous l'avons souligné, bien que peu diffusés, le milieu orthophonique voit émerger quelques outils de rééducation des troubles de la pragmatique. Généralement, ils sont construits dans le cadre d'une approche cognitive lointaine d'une situation de communication entre interlocuteurs. De plus, en pratique clinique, certains programmes sont détournés de leur population initiale.

3.5. Modalités de prise en charge orthophonique

Comme dans toute pathologie, l'orthophoniste, prenant en charge des atteintes de la compétence pragmatique du langage, doit établir un plan de soins.

3.5.1. La prise en compte des troubles associés

Imbriqués dans un tableau cognitif complexe, les troubles de la compétence pragmatique ne doivent pas être isolés des déficits associés que peuvent présenter les personnes cérébrolésées. Nous l'avons vu, ces atteintes ont une possible incidence sur leurs habiletés verbales. L'orthophoniste doit donc ajuster ses propositions thérapeutiques en fonction de ses impressions cliniques. Celles-ci sont, dans l'idéal, étayées par un bilan neuropsychologique du patient. En effet, ce bilan permettra de mettre en évidence de possibles déficiences cognitives associées.

3.5.2. Une prise en charge individuelle et/ou groupale ?

À l'heure actuelle, les outils que nous avons présentés se destinent à un cadre de prise en charge individuelle. Pourtant, les troubles de la pragmatique s'illustrent dans le « *discours-en-interaction* » comme le définit Kerbrat-Orecchioni (2005). En effet, c'est dans la conversation que s'exprime la compétence pragmatique.

La prise en charge individuelle, intéressante pour le travail d'objectifs notamment sur le plan du langage formel, ne nous semble pas fournir une situation de rééducation suffisante face aux troubles de la pragmatique du langage. En effet, la relation duelle qui s'établit entre l'orthophoniste et le patient génère un cadre sécurisant pour ce dernier. Le soigné fait alors face à un thérapeute du langage et de la communication qui s'adapte en permanence à son discours utilisant des étayages pour converser avec lui. Peillon et Verneyre (2016) soulignent que la suspension des étayages de l'orthophoniste « avec lequel le patient a créé une dynamique d'échange personnalisée, pour s'inscrire à nouveau dans une communication, avec des partenaires nouveaux, est une démarche souvent difficile, parfois impossible à envisager par certains. » (p.17).

Dans une perspective de réhabilitation des troubles de la pragmatique du langage, la prise en charge en groupe semble donc être un complément nécessaire voire indispensable, à la prise en charge individuelle.

3.6. Groupe thérapeutique, média de rééducation

On retrouve très peu de littérature au sujet des groupes thérapeutiques en orthophonie. Pourtant, un intérêt croissant pour les thérapies de groupe est rapporté depuis les années 80 (Buttet Sovilla, 1999) notamment pour la réhabilitation des patients traumatisés crâniens (Hammond et al., 2015).

3.6.1. Définitions du groupe thérapeutique

Les principes du groupe thérapeutique ont majoritairement été définis et débattus dans le champ de la psychothérapie.

Le groupe thérapeutique n'est pas une entité naturelle. C'est le fruit de réflexions et de décisions thérapeutiques. Le groupe peut se définir comme « un ensemble dynamique qui existe en fonction des buts, explicites ou implicites, qu'il s'est donnés ainsi qu'en fonction d'un cadre qui le structure » (Gravouil, p.118, 2013).

Le groupe se définit également par son organisation. Il peut être ouvert, cela signifie que chaque individu éligible au groupe se présente à l'envi. À l'opposé, le groupe thérapeutique peut être le même du début à la fin de la prise en charge. On parle alors de groupe fermé. Une alternative possible est le groupe semi-ouvert : il s'agit de groupes fermés « qui, à certains moments, s'ouvrent pour accueillir et/ou laisser aller des membres » (Bianchi, 2007, p.107).

3.6.2. Rôle du groupe thérapeutique

La situation de groupe permet une dynamique des échanges. En effet, chaque prise de parole va entraîner des réactions et des interventions chez les autres membres (Marc, 2013). En cela, le groupe thérapeutique nous semble être un média pertinent dans la prise en charge des troubles de la pragmatique.

Pour Helm (2003) (cité par Chomel-Guillaume, Leloup, Bernard, Riva, & François-Guinaud, 2010b), le groupe permet un travail communicationnel, l'entretien des compétences sociopragmatiques et l'apport d'un support psychosocial et émotionnel. Le groupe offre donc une situation contextuelle aux personnes cérébrolésées et des possibilités de conversations (Buttet Sovilla, 1999). En cela, le groupe thérapeutique répond à un objectif de socialisation et d'échanges entre patients.

En exposant le patient à différentes situations interactionnelles, le groupe peut contribuer à lever son anosognosie tout en l'encourageant à développer des stratégies de compensation pour rendre efficaces les échanges entre les membres du groupe (Vanberten & Sonrier, 2012). La thérapie en groupe permet ainsi de développer les capacités pragmatiques du langage. En groupe, le patient est « [...] tour à tour aidé et aidant dans les interactions, trouvant auprès de ses pairs des partenaires de conversation avec lesquels il partage des difficultés communes. » (Peillon & Verneyre, 2016, p. 18).

De plus, les groupes de prise en charge fournissent un cadre social, améliorent la motivation des patients vis-à-vis de leur projet thérapeutique tout en diminuant l'isolement social et la dépression (Hammond et al., 2015). Cette proposition thérapeutique semble donc contribuer au bien-être des patients pris en charge.

3.6.3. Cadre du groupe thérapeutique

La prise en charge de groupe suit un plan de soins défini par le ou les thérapeutes qui l'animent. Ce n'est en rien un groupe de discussion ou de parole. Pour exister, le groupe de

soins nécessite un cadre. Pachès (2007) affirme que doivent être précisés : « l'objet du groupe, les objectifs qui définissent ses actions, la démarche qu'il met en œuvre, les moyens qui lui sont indispensables ainsi que les règles de vie et de fonctionnement du groupe » (p.25).

3.7. Intérêts et perspectives

Les études menées ces dernières années démontrent l'intérêt de proposer des prises en charge orthophoniques de groupe dans le cadre des troubles de la compétence communicative (Dahlberg et al., 2007).

En 2012, Bosco et Angeleri rapportent que les traitements de la communication proposés en groupe s'attachent souvent à l'initiation de la conversation, à la transmission d'un message, à la compréhension du trouble de la communication. Ces mêmes auteurs mentionnent l'étude d'Ehrlich et Sipes datant de 1985. Ces derniers ont proposé un modèle d'intervention pour la rééducation des patients traumatisés crâniens. Ce programme visait l'amélioration de la communication non verbale, la communication appropriée au contexte, la réparation du message ainsi que la cohésion des énoncés. Les performances des patients ont été améliorées vis-à-vis de la reformulation de messages inappropriés, de la cohésion de phrases, de l'initiation et du maintien de l'échange.

Cependant, il n'existe aucun matériel de rééducation groupale des troubles de la pragmatique pour des patients cérébrolésés. En clinique du langage, le développement de procédures thérapeutiques est donc nécessaire afin de traiter ces troubles conversationnels et/ou discursifs qualifiés de « pragmatiques » (Hupet, 2006). Il semble que la mise au point d'un programme de rééducation en groupe permettrait de proposer une situation clinique adaptée aux troubles de la pragmatique du langage, plus fonctionnelle qu'une prise en charge individuelle.

4. Problématique et objectifs du mémoire

Ce mémoire de fin d'études fait suite à des échanges lors de stages avec des praticiens hospitaliers qui ont témoigné du manque actuel de matériel dans la prise en soins en groupe des troubles de la pragmatique du langage. Ce constat fait suite à la réflexion amorcée par Gouon (2016) qui a étudié l'impact d'une prise en charge de groupe type « P.A.C.E » sur les capacités de communication des patients traumatisés crâniens.

Sources de handicap social, les déficits pragmatiques du langage nuisent à la réhabilitation des patients cérébrolésés. Ce mémoire de fin d'études se donne donc pour

objectif d'élaborer un matériel proposant une réponse rééducative groupale adaptée à ce type de troubles chez ces patients.

À partir des différents outils à disposition des orthophonistes ainsi que des actualités scientifiques, nous tentons de proposer un programme de rééducation en groupe, fonctionnel et progressif. Les troubles de la pragmatique du langage étant liés aux interactions et aux relations entretenues avec l'environnement, les supports proposés se situent dans une double approche : cognitive et écologique. Nous espérons pouvoir proposer un programme répondant aux besoins rééducatifs liés à ce type de prise en charge et, ainsi, contribuer à la pratique orthophonique. Pour ce faire, seront mis en lien les observations et remarques issues de la mise en pratique du programme avec les avis des patients et des orthophonistes enquêtés. À partir de ces données, nous espérons pouvoir ajuster notre travail.

MÉTHODOLOGIE

1. Programme de rééducation des troubles de la pragmatique

1.1. Présentation de la population cible

Ce matériel s'adresse à tout patient adulte présentant une lésion cérébrale acquise dont l'étiologie est un accident vasculaire cérébral ou un traumatisme crânien. Afin de pouvoir constituer un groupe de prise en charge orthophonique, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis.

1.1.1. Critères d'inclusion

Le matériel de rééducation se destine à des patients :

- ayant été victimes d'un accident vasculaire cérébral et/ou d'un traumatisme crânien ;
- francophones car le programme de rééducation est construit en langue française et a trait à des notions de langage élaboré ;
- dont le bilan orthophonique initial ou d'évolution (réalisé au sein du service de médecine physique et de réadaptation de l'hôpital Saint-Jacques) objective des troubles de la pragmatique du langage.

1.1.2. Critères d'exclusion

La présence de certains troubles associés (mis en évidence lors de bilans orthophoniques voire neuropsychologiques réalisés au sein du service de Médecine Physique et Réadaptation de l'hôpital Saint-Jacques) a été définie comme rédhibitoire pour participer au programme :

- troubles phasiques sévères : mutisme, anarthrie, expression uniquement par stéréotypies, jargon, troubles de la compréhension (score inférieur à ++ au MT-86 par exemple), anomie sur présentation visuelle (obtention d'un score inférieur au seuil de normalité au test de dénomination orale d'images – DO80 par exemple) ;
- troubles du comportement et/ou de la personnalité entravant les possibilités du patient à se trouver en situation de groupe.

1.2. Cadre du groupe

Pachès (2007) rappelle que l'existence du groupe, au-delà des caractéristiques de la population qui le compose, est conditionnée par la mise en place d'un cadre.

1.2.1. Les règles du groupe

Nous avons proposé la notion de **confidentialité** : tout ce qui se passe ou ce qui est dit pendant la séance reste entre les participants. Il paraît important de préciser que chaque patient est libre de sa participation et ne sera en aucun cas « forcé » ; le principe est que chaque patient fasse de son mieux lors des séances, nous avons appelé cette règle la **libre-participation**. Le concept de **bienveillance** est apparu indispensable à la vie du groupe en rappelant que la moquerie n'était pas tolérée et qu'on attendait des patients une conduite respectueuse envers chaque membre du groupe. Enfin, dans l'idéal, chaque participant suit l'ensemble des séances du programme : on parle de **régularité**.

1.2.2. Les objectifs du programme de rééducation

Le programme ayant pour ambition de s'inscrire dans une approche thérapeutique la plus fonctionnelle possible, les objectifs ont été définis dans une perspective de réinsertion. Le patient doit pouvoir retrouver une place dans ses sphères sociale, familiale voire professionnelle. Rappelés à chaque début de séance lors du temps d'accueil, les objectifs s'adressent directement aux patients. La répétition de ces objectifs est envisagée comme un outil donné aux patients afin de favoriser la prise de conscience de leurs difficultés. En lien avec la vocation d'un service de médecine physique et de réadaptation, les objectifs suivants ont été déterminés :

- **Acquérir des stratégies pour mieux communiquer.** Au fur et à mesure des séances, il s'agit pour les patients d'expérimenter différentes situations de communication. Les participants construisent ensemble des solutions afin de communiquer le plus efficacement possible vis-à-vis de leurs difficultés langagières ;

- **Faciliter les échanges avec votre environnement.** Ce second objectif découle de l’acquisition des stratégies pour mieux communiquer. En effet, la thérapie en groupe doit permettre d’exposer le patient à différentes situations d’échange et, ainsi, lui donner l’occasion de généraliser ses acquis aux situations qui lui sont propres ;
- **S’adapter aux compétences des autres membres du groupe (ou d’un groupe en général).** La pragmatique du langage correspond, entre autres, au respect et à l’utilisation de règles conversationnelles. La situation de prise en charge en groupe permet de confronter le patient à des situations d’échange marquées par la singularité de chaque participant. Ainsi, il est encouragé à s’adapter aux possibilités langagières de ses pairs ;
- **Faciliter votre retour à domicile.** L’ensemble des points développés ci-dessus doit permettre la réalisation de ce dernier objectif. Dans une approche écologique, la régression des troubles n’est pas le but en soi. Il s’agit avant tout d’optimiser les compétences du patient afin de soulager l’impact de ses difficultés dans son quotidien mais aussi de prendre conscience de ses ressources.

1.2.3. Les objectifs de séances

Les objectifs de rééducation ont été choisis à partir des troubles de la pragmatique les plus fréquemment rapportés dans la littérature en situation de production et de réception du langage. Dans le programme, ils sont qualifiés d’axes de travail :

- **Le maintien du sujet** : pour le travail du respect du thème de la conversation ;
- **Le savoir partagé** : pour tenir compte des informations détenues par l’interlocuteur afin d’adapter la pertinence et la quantité des éléments à fournir ;
- **La gestion de l’échange – le tour de parole** car l’allocution repose sur un principe de coopération entre les locuteurs ;
- **La compréhension des intentions de communication** : l’humour, les expressions idiomatiques, les demandes indirectes, les métaphores et les comparaisons, les inférences.

1.3. La prise en compte des troubles associés

Nous l’avons exposé précédemment, les patients cérébrolésés présentent fréquemment des troubles associés. Le programme cherche à tenir compte de ces difficultés afin de limiter leurs incidences sur la rééducation des troubles de la pragmatique du langage. Chaque tableau clinique étant différent, nous avons établi un recueil de conseils et d’adaptations possibles du matériel dans un fichier intitulé « Recommandations générales ».

2. Présentation du matériel

2.1. Travaux réalisés lors de précédents mémoires

Complétés de lectures scientifiques, différents mémoires ont servi de points d'appui pour élaborer ce programme. La construction du matériel s'est appuyée sur l'organigramme des facteurs de progression proposé par Pauzé (2005), consultable en annexe A. En 2005, Turcotte a recensé les stratégies d'intervention préconisées auprès des patients cérébrolésés droits présentant des troubles de la pragmatique. Cette revue de littérature a permis de déterminer certaines activités du programme notamment pour l'instauration et l'utilisation du savoir partagé, le maintien du sujet et l'élaboration d'inférences. Les travaux d'Ardisson et Besnardeau (2007) ainsi que ceux de Bony et Rouyres (2012) proposent respectivement des organisations de séances en « stratégies de sensibilisation », « exercices de sensibilisation », « tâches » et en « exercices analytiques », « exercices fonctionnels ». Celles-ci sont apparues pertinentes à reproduire dans le programme de rééducation tout comme certains principes d'activités et thématiques. Nous avons également appuyé notre travail sur les recherches menées par Sigouin en 2007 concernant les actes de langages indirects.

2.2. Structure et organisation générales

2.2.1. Format

Le matériel de rééducation doit pouvoir être facilement mis en application. Les fiches de séances (exemple consultable en annexe B), les pictogrammes ainsi que les recommandations générales sont disponibles sur papier. Le matériel est imprimé et est prêt à l'emploi. Afin de pouvoir adapter ce dernier (en termes de tailles, couleurs, formats), notons qu'il reste disponible sous format Microsoft Word. En effet, le thérapeute peut choisir de modifier les caractéristiques internes du matériel. Toutefois, cela lui demandera un temps de préparation plus long en amont de la séance (impression et découpe).

2.2.2. Rythme, durée et animation de la prise en charge de groupe

Fonction des recommandations de la Haute Autorité de Santé (2007), nous proposons aux patients une séance de groupe d'une heure par semaine en plus de leurs éventuels suivis individuels. L'animation du groupe est assurée par deux orthophonistes. Nous pensons que cela permet aux thérapeutes de gérer la séance (les objectifs du groupe, les objectifs de la séance, la présentation des différentes activités) et de pouvoir observer les situations communicatives entre les patients. Cette organisation s'inspire de la thérapie contrainte induite en aphasie (Woldag, Voigt, Bley, & Hummelsheim, 2017).

2.2.3. Nombre de séances

Le programme de rééducation est constitué de 23 séances. Le nombre de séances a été choisi en fonction de la durée moyenne des séjours des patients au sein d'un service de médecine physique et de réadaptation. D'après une étude menée par le Centre Régional d'Études et d'Actions sur les Handicaps et les Inadaptations de Bourgogne (2009)², les personnes cérébrolésées sont accueillies en centre de rééducation pendant trois à six mois. De plus, le nombre de séances a été déterminé en fonction des axes de travail choisis pour le programme. Il s'agit de pouvoir proposer plusieurs séances par thématique. À partir de la séance 20, nous avons fait le choix de proposer des séances généralistes où l'accent est porté sur la compétence pragmatique de façon plus globale.

Les séances se répartissent en six blocs que sont le maintien du sujet, la quantité d'informations à fournir (savoir partagé), la gestion de l'échange et le tour de parole, la pertinence des informations à fournir (savoir partagé), la compréhension des intentions de communication ainsi que les séances mixtes (qui conjuguent différents blocs au sein d'une même activité).

2.3. Organisation d'une séance de rééducation

Chaque séance est conçue de façon identique. Nous avons souhaité homogénéiser le cadre du programme afin de faciliter la prise en main du matériel et limiter le temps de préparation en amont de chaque séance.

2.3.1. Temps d'accueil et d'introduction à la séance

D'une durée de 10 minutes environ, il s'agit de rappeler les noms des participants par un tour de table, les règles du groupe ainsi que les objectifs de rééducation. Au début de la prise en charge, ce sont les thérapeutes qui les présentent puis, au fil des séances, ces derniers vont encourager les patients à les rappeler.

2.3.2. Temps de sensibilisation

Cette première activité consiste à présenter l'axe de travail de la séance par une explication orale. Cette dernière est illustrée par une analogie, un pictogramme ainsi qu'un exercice. Ce format d'illustrations, soutenu par Turcotte (2005), est apparu intéressant à intégrer au programme de rééducation. En effet, la multimodalité des supports fait écho aux principes visuels et/ou auditifs du geste d'attention issu du concept de gestion mentale. Ce

² À notre connaissance, aucune autre étude concernant l'accueil des personnes cérébrolésées en centre de rééducation n'a été réalisée à l'échelle du territoire français.

mouvement doit permettre l'appropriation des informations reçues et les transformer en représentations mentales (visuelles, auditives ou verbales). Ainsi, l'environnement qui entoure l'individu est rendu conscient. Par ailleurs, les analogies viennent soutenir le geste de compréhension. En effet, elles permettent de construire du sens entre les évoqués et les concepts en procédant à des comparaisons (Coquet & Ferrand, 2004).

Nous pensons que l'utilisation d'illustrations (par des exemples, un dessin symbolique et une mise en situation) permet de faciliter la compréhension des axes de travail du programme. La durée de cette activité est estimée à 20 minutes.

2.3.3. Temps de transfert

D'une durée de cinq minutes, ce temps contribue à l'organisation de la séance. Il marque la fin de l'activité de sensibilisation et permet d'introduire la tâche analytique et/ou fonctionnelle. Il peut être l'occasion d'échanges avec le groupe sur leurs impressions par rapport à la première demi-heure de travail ou bien sur d'autres sujets évoqués spontanément par les patients.

2.3.4. Temps d'activité analytique et/ou fonctionnelle

Cette activité se déroule sur une vingtaine de minutes. Nous avons choisi les termes « analytique et/ou fonctionnel » pour faire référence à l'entraînement plus systématique de l'axe de travail. En effet, ces tâches ont pour objectifs de proposer des entraînements spécifiques des processus pragmatiques altérés ainsi que des exercices intervenant sur la limitation d'activité. Nous cherchons à offrir un maximum de supports proposant des situations et des thématiques les plus écologiques possibles.

2.3.5. Temps de conclusion et de recueil des impressions des patients

D'une durée d'environ cinq minutes, ce temps permet de clôturer la séance. Il est l'occasion de discussions avec le groupe sur ses ressentis par rapport aux activités proposées, aux difficultés éprouvées.

2.4. Exercices de rééducation proposés

Le programme de rééducation repose sur le principe de la généralisation des acquis. Cette dernière doit permettre le transfert des apprentissages rééducatifs aux situations de la vie quotidienne. Une revue de littérature menée par Guberman & Greenfield (1991) met en évidence des facteurs favorisant la généralisation. Celle-ci est facilitée, entre autres, par la

répétition d'une activité et la variation du contexte pour une même connaissance. Cela permet l'extension des acquis aux situations courantes rencontrées par les individus.

Deux types d'activités sont proposés au sein du programme avec des supports différents en termes de représentations (photographies, dessins, mots écrits) :

- **Les activités de sensibilisation** permettant aux patients de se saisir de l'axe de travail ;
- **Les exercices analytiques et/ou fonctionnels** abordant l'objectif de séance dans un contexte plus écologique tout en permettant un travail ciblé.

Un tableau récapitulatif des séances du programme est disponible en annexe C.

Les consignes et recommandations sont présentées de la même manière pour les différentes tâches proposées. Sur chaque fiche de séance, nous retrouvons un item « consigne à destination des patients » ainsi qu'un item « à l'attention des thérapeutes ». Ce dernier apporte des précisions, conseils aux thérapeutes pour la tenue de l'activité et fait référence au fichier intitulé « Recommandations générales ».

2.4.1. Les activités de sensibilisation

2.4.1.1. Maintien du sujet (séances 1-6-11-16)

Pour cet axe de travail, les séances 1, 11 et 16 proposent un ensemble de questions/réponses à trier selon si le maintien du sujet est respecté dans ces extraits. Les items utilisés varient ou non d'une séance à l'autre. Les participants sont invités, par leurs pairs ou par les orthophonistes, à justifier leurs réponses. La progression du niveau de difficulté entre les séances porte sur les caractéristiques perceptuelles (modification de la taille des cartes et de l'organisation de l'espace) et sur les consignes (évolution de la procédure). La séance 6, quant à elle, propose une activité de repérage de digressions dans des extraits qui peuvent être écrits et/ou audios.

2.4.1.2. Savoir partagé

Cet axe de travail est scindé en deux sous-objectifs. Il s'agit pour les patients de formuler suffisamment d'informations (quantité) et de sélectionner les meilleures informations (pertinence). Pour ce faire, le programme propose deux séries d'exercices.

2.4.1.2.1. *Quantité d'informations à fournir (séances 2-7-12-17)*

Afin d'aborder la notion de quantité d'informations, les activités des séances 2, 7 et 12 reposent sur l'analyse d'un énoncé. Une situation accompagnée d'une question est proposée

aux patients. Ils doivent déterminer s'ils ont assez d'informations ou non pour répondre à la question. Afin de complexifier cet exercice d'une séance à l'autre, ont été modifiées la perceptibilité du stimulus (modalité visuelle et/ou auditive), les items et les consignes. Quant à la séance 17, les patients doivent décrire des procédures qui leur sont proposées en modalité écrite et/ou visuelle.

2.4.1.2.2. *Pertinence des informations (séances 4-9-14-19)*

Les séances 4, 9, 14 et 19 abordent la notion de pertinence des informations à fournir à son interlocuteur dans une situation d'échange. Lors des trois premières séances, les patients doivent déterminer l'élément indispensable à la réalisation d'une action. Ils ont à choisir parmi plusieurs propositions. Afin de faire évoluer l'activité, la consigne varie d'une séance à l'autre. De plus, la perceptibilité (modalité visuelle et/ou auditive) et les caractéristiques perceptuelles (taille et organisation dans l'espace) des stimuli évoluent.

Quant à la dernière séance, les patients font deviner l'une de leurs cartes contenant une image et deux indices. Ils sélectionnent l'indice en bas de la carte qui leur paraît le plus pertinent pour que les autres membres découvrent la carte dont il s'agit. Chaque participant a devant lui toutes les images de l'activité.

2.4.1.3. *Gestion de l'échange et tour de parole (séances 3-8-13-18)*

Lors des quatre premières séances, le tour de parole est symbolisé par un échange (de cartes et/ou de mots). À chaque fois, de nouveaux supports et de nouvelles consignes ont été proposés afin de faire évoluer la complexité de la tâche. Les séances 3, 13 et 18 proposent une reconstitution de supports type puzzles. Quant à la séance 8, le patient doit procéder à un travail d'évocation à partir d'un support choisi par le membre du groupe situé à sa droite.

2.4.1.4. *Comprendre les intentions de communication (séances 5-10-15)*

Cet axe de travail a permis de regrouper des séances visant la modalité réceptive du langage.

La séance 5 propose une activité autour du traitement de l'humour. Les patients critiquent des photos de scènes absurdes en partageant avec le groupe les éléments qu'ils jugent cocasses. La séance 10 permet d'aborder plusieurs notions liées au traitement du langage élaboré. L'activité vise l'explicitation d'expressions idiomatiques. Cette tâche repose sur un principe d'association de cartes « expressions imagées » et de cartes « signification ».

Quant à la séance 15, il s'agit pour les patients d'inférer des dialogues à partir de scènes proposées sur support papier.

2.4.1.5. Les séances généralistes (séances 20-21-22-23)

En fin de programme, chaque séance doit permettre une généralisation de plusieurs axes dans une visée écologique. Les étapes de sensibilisation sont alors des rappels d'axes de travail abordés lors de séances précédentes.

La notion de maintien du sujet est rappelée lors des séances 20 et 22. La séance 20 est similaire à la séance 6 tandis que l'activité de la séance 22 est comparable à celles des séances 1, 11 et 16. Le niveau de difficulté évolue par la modification des items et de leur perceptibilité. La séance 21 combine les notions de pertinence et de quantité que recouvre le savoir partagé. L'activité consiste en un temps d'échange sur les difficultés pragmatiques rencontrées par les patients. Ils sont amenés à évoquer ce à quoi ils doivent être vigilants dans des situations de conversation avec des interlocuteurs privilégiés (les membres du groupe).

Quant à la séance 23, il s'agit d'aborder la gestion de l'échange et les tours de parole à l'aide d'une tâche où les patients imaginent proposer une explication à leur entourage des raisons de leur participation au groupe. Nous pensons que cela peut permettre de travailler leurs prises de parole parmi celles des autres membres dans un contexte possiblement proche de leur quotidien et chargé émotionnellement.

2.4.2. Les activités analytiques et/ou fonctionnelles

2.4.2.1. Maintien du sujet (séances 1-6-11-16)

Afin de traiter cet axe de travail de façon ciblée, les séances 1 et 11 reposent sur un principe d'association d'idées en lien avec un thème de référence. Afin d'augmenter le niveau de difficulté entre ces deux séances, la procédure ainsi que la perceptibilité (visuelle et/ou auditive) des stimuli ont été modifiées. Quant aux séances 6 et 16, les exercices consistent à exprimer des avantages et/ou des désavantages à partir d'une affirmation. Lors de la séance 16, les participants définissent deux sous-groupes (pour ou contre) avant que le thème de discussion soit énoncé. La difficulté entre ces deux tâches augmente car on impose un avis au patient qui devra possiblement se décentrer de ses propres avis et maintenir la consigne en mémoire.

2.4.2.2. Savoir partagé

Cet axe est travaillé à l'aide de supports reprenant les principes de la méthode P.A.C.E. « Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness ». En faisant varier les caractéristiques internes des stimuli ainsi que les procédures, le programme permet de faire évoluer les niveaux de difficulté des différentes activités.

2.4.2.2.1. *Quantité d'informations à fournir (séances 2-7-12-17)*

La séance 2 propose une activité de devinette de personnes ou personnages célèbres. À partir d'une carte (image ou mot écrit), les patients doivent fournir suffisamment d'informations afin que les autres participants puissent retrouver l'item cible. La séance 7 repose sur la description d'histoires séquentielles. À tour de rôle, les patients décrivent une scène que les autres membres doivent reconstituer à l'aide d'images.

L'activité de la séance 12 consiste en la complétion d'un plan à partir d'une description fournie par l'un des patients. Les participants doivent placer des items selon les instructions qui leur sont fournies. Lors de la séance 17, les membres du groupe dépeignent tour à tour leurs cartes afin que des paires d'images soient reconstituées.

2.4.2.2.2. *Pertinence des informations (séances 4-9-14-19)*

Pour cette notion, l'accent est porté sur la précision des informations à fournir. L'activité de la séance 4 consiste à demander aux patients de décrire des photographies d'agencement intérieur. Choies pour leur ressemblance, elles exigent une précision dans le choix des termes. La séance 9 propose des situations inspirées du Logix (matériel de rééducation). À partir d'une description fournie à l'oral par l'un des patients, les participants doivent disposer les items sur une grille vierge.

Pour les séances 14 et 19, nous proposons respectivement des devinettes de pays ou de villes et d'objets du quotidien. À chaque fois, ces activités se font à l'aide de cartes uniques.

2.4.2.3. Gestion de l'échange et tour de parole (séances 3-8-13-18)

La situation d'échange d'idées est apparue la plus adaptée pour entraîner cette capacité pragmatique. Afin d'augmenter le niveau de difficultés au fil des séances, la procédure de réalisation, les caractéristiques internes ainsi que la perceptibilité des stimuli (modalité visuelle et/ou auditive) ont été modifiées.

Les activités des séances 3 et 8 reposent sur la concaténation de phrases à partir d'une carte thématique et des idées associées. Quant aux séances 13 et 18, des situations de débat sont proposées aux patients.

2.4.2.4. Comprendre les intentions de communication (5-10-15)

Pour traiter la notion d'humour, la séance 5 propose des jeux de mots autour des prénoms. Le support de l'activité est un plateau inspiré du « jeu de l'oie ». La recherche des réponses est facilitée par des cartes proposant plusieurs prénoms dont un est celui attendu. La séance 10 utilise également un plateau afin de traiter la signification des expressions métaphoriques, des comparaisons et des demandes indirectes. Le groupe de patients est encouragé à trouver une explication à la carte piochée par l'un des joueurs en fonction d'un lancer de dé. Enfin, pour traiter la notion d'inférences, l'activité de la séance 15 invite les participants à inférer la cause ou la conséquence de cartes « situation ».

2.4.2.5. Les séances généralistes (séances 20-21-22-23)

Toujours dans une perspective de généralisation des acquis, la fin du programme propose des activités où les patients sont encouragés à mobiliser l'ensemble de leurs compétences pragmatiques sur des activités de débat (séances 20 et 23), des situations de devinettes (séance 21) et des jeux de rôles (séance 22).

2.5. Fichier « Recommandations générales »

Ce document se destine aux thérapeutes utilisant le programme de rééducation. Il se constitue de quatre sous-parties intitulées « les troubles cognitifs associés », « les étayages verbaux possibles », « le choix du format de matériel » et « les facteurs de progression pour augmenter le niveau de difficulté ».

Ce fichier se présente comme un soutien à la mise en place du programme. Il est constitué de définitions, de propositions non-exhaustives d'aménagements des supports de rééducation. Prenant appui sur le récapitulatif des « troubles cognitifs associés » proposé par Ardisson & Besnardeau (2007), il est complété par des suggestions quant au choix du matériel et des aménagements possibles pour les séances.

Au vu des limites des précédents mémoires en orthophonie, nous avons voulu produire un document annexe afin d'alléger les fiches de séance. L'application du programme doit rester souple et modulable par les thérapeutes.

3. Enquêtes sur le matériel de rééducation

Souhaitant critiquer la pertinence et l'intérêt du programme afin de pouvoir le modifier en conséquence, nous avons mis en place deux canaux d'évaluation dans le respect de la déclaration d'Helsinki portant sur l'éthique (engagement éthique consultable en annexe 8). En parallèle d'une mise en pratique auprès d'un groupe de patients de septembre 2017 à mars 2018, le programme a également été diffusé auprès d'orthophonistes à partir du mois de décembre 2017 jusqu'en mars 2018.

Afin de recueillir l'avis de ces différents professionnels, des questionnaires ont été proposés.

3.1. Les questionnaires

Ce média d'enquête est apparu le plus adapté à la critique du programme de rééducation. En effet, il permet de standardiser les réponses possibles. Toutefois, cet outil d'enquête n'apporte qu'un reflet biaisé de l'avis des enquêtés et les résultats recueillis peuvent ne pas être sincères (Parizot, 2012). La vigilance est donc de mise quant à l'interprétation des données.

Nous avons construit deux questionnaires distincts à l'attention des orthophonistes. Le premier (cf. annexe D), intitulé « Questionnaire pour l'évaluation d'une séance », doit être rempli dès lors qu'une séance est évaluée. Le second (cf. annexe E), intitulé « Questionnaire pour l'évaluation du programme », est rempli uniquement lorsqu'au moins cinq séances ont été évaluées par l'enquêté. Nous avons fait ce choix pour que les personnes interrogées puissent avoir du recul par rapport à la qualité du programme. Recueillir l'avis des patients, concernant le programme et la prise en charge en groupe, est apparu un complément intéressant aux avis des professionnels. Nous avons, pour ce faire, élaboré un troisième questionnaire intitulé « Recueil des impressions des patients » (cf. annexe F).

3.1.1. Pré-test des questionnaires

Pour les questionnaires à destination des professionnels, cette phase a eu lieu en deux temps courant septembre 2018. Tout d'abord, les questionnaires ont été pré-testés auprès de quatre orthophonistes. Ensuite, les retours vis-à-vis des premières séances menées auprès du groupe ont permis d'apporter les dernières modifications aux questionnaires afin d'en faciliter l'utilisation et la compréhension. Les modifications majeures ont concerné le nombre de questions et le format possible des réponses. Majoritairement, nous avons utilisé des réponses

à type échelle de mesures plutôt que des questions ouvertes et fermées pour pouvoir faciliter le traitement des données.

Le questionnaire à destination des patients a été pré-testé auprès de six individus tout-venants ayant entre 17 et 80 ans.

3.1.2. Mode d'administration et diffusion des questionnaires

3.1.2.1. Auprès des orthophonistes

Afin d'obtenir des avis complémentaires à ceux recueillis lors de la mise en place du groupe, nous avons diffusé une annonce (cf. annexe G) auprès des présidents des antennes régionales du syndicat majoritaire de la profession. Ce dernier regroupe 6900 adhérents en 2017 (Fédération Nationale des Orthophonistes, n.d.). De plus, nous avons diffusé notre annonce via la page du groupe d'échange « Orthos-infos » du réseau social Facebook. Ce dernier recense 12 801 membres, orthophonistes et étudiants en orthophonie confondus. Notons que trois orthophonistes ont été contactés de vive voix.

Cette annonce a présenté notre thème de recherche : la prise en charge de groupe des troubles de la pragmatique. La population cible a volontairement été omise afin d'éviter que les orthophonistes ne prenant pas en charge des patients cérébrolésés se refusent à participer à l'enquête. Nous avons exposé la marche à suivre pour l'évaluation du programme et avons encouragé les orthophonistes intéressés à nous contacter afin de procéder à la distribution des séances à évaluer.

Les questionnaires, et le programme de rééducation, ont été soumis sous format PDF via une adresse URL aux orthophonistes consentant à participer à l'enquête. Du fait de la procédure (les réponses aux questionnaires font suite à la tenue ou à la lecture des fiches de séance) et du mode de diffusion, les questionnaires ont été auto-administrés. Cela a laissé les enquêtés libres de s'organiser pour la complétion des questionnaires sur le temps qui leur était imparti (Parizot, 2012).

3.1.2.2. Auprès des patients

L'avis des patients a été recueilli deux semaines après la fin du programme, courant mars 2018, à l'issue d'une séance en groupe au sein du service de Médecine Physique et Réadaptation de l'Hôpital Saint- Jacques à Nantes (en salle de consultation orthophonique). Nous avons administré le questionnaire, ce qui nous a permis d'avoir un temps d'échange sur les impressions et ressentis des patients liés à cette prise en charge en groupe.

3.1.3. Structure des questionnaires

3.1.3.1. Auprès des orthophonistes

3.1.3.1.1. *Questionnaire pour l'évaluation d'une séance*

Rempli à l'issue de l'évaluation de chaque fiche de séance, ce questionnaire (consultable en annexe D) se compose de deux grands axes : les informations générales et les étapes de séances. Seul l'encart « informations générales » diffère entre le questionnaire destiné à l'orthophoniste menant le groupe de prise en charge à l'hôpital Saint-Jacques et celui adressé aux orthophonistes via Internet. En effet, l'orthophoniste menant le groupe a dû également renseigner la date et le lieu de la passation ainsi que l'identité des participants.

Les questions concernant les étapes de la séance ont été proposées selon le déroulement chronologique de la séance soit l'étape d'accueil, l'étape de sensibilisation, l'étape de changement d'activités, l'étape analytique/fonctionnelle puis l'étape de conclusion. Afin de faciliter le repérage des enquêtés au sein de l'évaluation de l'étape de sensibilisation, les questions ont été réparties en 3 sous-groupes (le temps de l'étape ; l'explication, l'analogie et le(s) pictogramme(s) ainsi que l'exercice de sensibilisation).

3.1.3.1.2. *Questionnaire pour l'évaluation du programme*

Consultable en annexe E, ce questionnaire visant l'évaluation globale du programme, est identique qu'il soit proposé à l'orthophoniste menant le groupe de prise en charge ou aux praticiens de notre échantillon. Il se subdivise en sept sous-parties relatives à la pratique professionnelle de l'enquêté, à l'organisation et aux objectifs du programme, aux évolutions possibles du matériel et des consignes, aux étayages, à la prise en compte des troubles cognitifs associés, à l'enregistrement audio ou vidéo des séances ainsi qu'aux perspectives de recherche vis-à-vis de ce mémoire.

3.1.3.2. Auprès des patients

Composé de quatre axes, ce questionnaire (consultable en annexe F) utilise des échelles de mesure de type Likert. On a souhaité interroger le ressenti des patients suite à leur participation au groupe, l'organisation du programme, la qualité du matériel ainsi que les interactions au sein du groupe. À la fin, un encart d'expression libre a permis de rapporter les commentaires formulés par les patients.

3.1.4. Type de questions et construction des items

Les types de questions ou d'échelles de mesure utilisés en fonction des questionnaires sont récapitulés dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 : *Types de questions et échelles de mesures utilisés afin de constituer les questionnaires*

Qualité du questionnaire	Types de questions ou échelles de mesure utilisés
→ pour l'évaluation d'une séance	<u>Type majoritaire :</u> <ul style="list-style-type: none">○ échelles d'attitude <u>Types minoritaires :</u> <ul style="list-style-type: none">○ question fermée numérique pour l'estimation du temps dédié aux étapes○ question ouverte pour les modifications indispensables à apporter
→ pour l'évaluation du programme	<u>Type majoritaire :</u> <ul style="list-style-type: none">○ échelles d'attitudes de type Likert et Osgood <u>Types minoritaires :</u> <ul style="list-style-type: none">○ questions fermées : dichotomiques, à choix multiples complétées ou non d'une question ouverte, numériques○ question ouverte pour les modifications indispensables à apporter
→ pour l'impression des patients	<u>À destination de l'enquêteur :</u> <ul style="list-style-type: none">○ questions fermées numériques○ question ouverte pour y inscrire les remarques des patients <u>À destination du patient :</u> <ul style="list-style-type: none">○ échelles d'attitudes de type Likert

Afin de limiter les biais liés à l'interprétation de toutes ces questions, nous avons veillé à proposer des phrases syntaxiquement simples, à supprimer toute négation. Nous avons tenté de lever toutes les ambiguïtés en précisant certains items (contenu des fiches, présentation des fiches,...) pour en faciliter la compréhension.

3.2. **Mise en pratique auprès d'un groupe de patients**

En mettant en pratique le programme auprès d'un groupe, nous avons un premier canal d'évaluation pour le critiquer à partir des retours issus de l'expérimentation. Cette dernière portant sur des pratiques orthophoniques auprès de patients, une lettre de consentement éclairé leur a été adressée (annexe 7).

3.2.1. Présentation des participants au groupe de rééducation

Ayant fait le choix de proposer un programme à destination d'un groupe semi-ouvert, les séances ont été proposées à six patients entre septembre 2017 et mars 2018.

Du 21 septembre au 14 décembre 2017, le groupe a été composé de trois patients (une femme et deux hommes) avec une moyenne d'âge de 56 ans. Tous ont été hospitalisés au sein du service pour les suites d'un accident vasculaire cérébral (hémorragie capsulo-lenticulaire gauche, hémorragies méningée et sylvienne gauche ainsi qu'une ischémie sylvienne droite). Ils ont bénéficié de treize séances de prises en charge.

En date du 21 décembre 2017, le groupe a évolué. En effet, deux des patients ont quitté l'hôpital (une femme et un homme) et trois nouveaux patients ont intégré le groupe (une femme et deux hommes). Ces patients ont été hospitalisés pour la prise en charge des suites d'accidents vasculaires cérébraux sylviens gauches (une femme et un homme) et d'un traumatisme crânien grave au niveau du lobe frontal et de la fosse postérieure droite (un homme). Le groupe est resté le même jusqu'à la fin du programme. Notons l'absence de l'un des participants à l'une de ces dix dernières séances. La moyenne d'âge du groupe était alors de 45 ans.

3.2.2. Déroulement du programme

Les passations ont toutes eu lieu au sein du service de Médecine Physique et Réadaptation de l'Hôpital Saint-Jacques à Nantes (dans une salle de réunion ou bien dans un appartement thérapeutique). Toutes les séances, hormis une, ont été animées par deux orthophonistes du jeudi 21 septembre 2017 au jeudi 1^{er} mars 2018. Il y a donc eu une semaine d'interruption dans la réalisation du programme. Le groupe a été programmé sur la journée du jeudi de 15h à 16h. Certaines activités nécessitaient la mise en place de caches. Pour ce faire, nous avons fait appel à un menuisier qui a conçu un support permettant de créer 3 ou 4 compartiments (cf. annexe B).

3.3. Diffusion pour le recueil d'avis orthophoniques

Le second canal d'évaluation du programme correspond à la diffusion du programme auprès d'orthophonistes pour recueillir leurs critiques.

3.3.1. Présentation de l'échantillon

Suite à notre annonce, 34 orthophonistes ont décidé de participer à notre enquête. Parmi eux, deux ont souhaité évaluer l'ensemble du programme et les 32 autres ont procédé à l'analyse de 5 séances chacun. Le nombre moyen d'années de pratique professionnelle de notre échantillon est de 13 ans. La tranche d'âge moyenne des enquêtés est 30-39 ans. Grâce aux données fournies par le Ministère des Solidarités et de la Santé (2015) via le répertoire Adeli (automatisation des listes), nous avons établi des tableaux comparant notre échantillon d'enquêtés à la population d'orthophonistes exerçant sur le territoire national français (cf. annexe H).

3.3.2. Déroulement du recueil

Le programme à évaluer ainsi que les questionnaires ont été mis à disposition des enquêtés à partir de mi-décembre 2017. À cette occasion, un courriel (consultable en annexe

7') leur a été adressé afin de rappeler la nature du projet, la procédure à suivre, les numéros de séances à évaluer ainsi que la date limite de recueil des données, fixée au dimanche 18 mars 2018. Nous avons procédé à un échantillonnage des séances, consultable en annexe I. Notons que la mise en pratique du programme par les enquêtés n'était pas requise pour l'évaluation du programme. Les données ont été récoltées via Internet ou par voie postale selon le choix de chaque enquêté.

RÉSULTATS

Les résultats recueillis à l'aide des différents questionnaires sont présentés ci-dessous. Bien que deux orthophonistes aient animé le groupe, nous n'avons tenu compte que d'un seul avis afin de limiter les menaces à la validité interne liées à l'expérimentateur³. Afin de soulager la lecture de ces résultats, l'opinion issue de la mise en pratique du programme est précisée uniquement lorsque celle-ci diverge de l'avis majoritaire de notre échantillon d'enquêtés. Quand le nombre d'avis récoltés par question est inférieur à 34, les résultats sont présentés en termes d'effectifs sinon en pourcentages. Consultables en annexes J, K et L, des données brutes, graphiques « secteurs » et tableaux statistiques sont proposés pour détailler les résultats issus du traitement des différents questionnaires de notre enquête. L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel JASP 0.8.6.0.

1. Questionnaire pour l'évaluation du programme

Le « Questionnaire pour l'évaluation du programme » a permis de récolter des éléments critiques sur l'organisation du programme et ses spécificités. Les données sont consultables en annexes J et K.

1.1. Représentativité de l'échantillon

L'échantillon d'enquêtés est représentatif des orthophonistes exerçant en France vis-à-vis de la variable du sexe et du mode d'exercice. Cependant la variable « classes d'âge » n'est pas significativement la même que celle de la population de référence. Les données et tests statistiques ayant permis ces conclusions sont disponibles en annexe J. Parmi les enquêtés, 91% ont déjà pris en charge des patients cérébrolésés et 68% ont eu l'occasion d'animer un groupe de prise en charge en orthophonie. Parmi ces derniers, 66% ont animé des groupes autour des troubles de la communication (détails consultables en annexe K dans l'item « Thèmes des groupes de prises en charge menés par l'échantillon »).

³ La directrice de ce mémoire participait à l'animation des séances. Nous avons pensé que tenir compte de son avis dans nos résultats pouvait être un biais.

1.2. Facteurs d'influence sur l'appréciation du programme

Nous avons souhaité vérifier si le fait d'avoir mené un groupe thérapeutique en tant qu'orthophoniste avait une incidence sur le jugement de pertinence du programme. À partir des données récoltées, nous pouvons conclure qu'il ne semble pas y avoir de distinction d'appréciation du programme selon ce critère. Nous avons obtenu la même conclusion pour l'éventuelle incidence du critère « avoir pris en charge des patients cérébrolésés » sur l'appréciation du programme. Enfin, nous avons souhaité savoir s'il y avait une corrélation entre le nombre de séances évaluées et l'appréciation du programme. Au vu des résultats, nous pouvons supposer l'existence d'une corrélation affine positive entre le nombre de séances évaluées et l'appréciation du programme.

1.3. Informations générales sur le programme

L'ensemble des questions 1 à 7, du questionnaire relatif à l'évaluation du programme, a permis de brosser un portrait de la présentation et du contenu du programme. Les résultats suivants ont été obtenus :

- Adaptation de la présentation des fiches de séance selon 91% des enquêtés ;
- Adaptation du contenu des fiches de séance selon 88% des enquêtés ;
- Adaptation des items dans les « Recommandations générales » selon 71% des enquêtés ;
- Adaptation du nombre de séances d'après 62% des orthophonistes ;
- Pertinence de l'organisation en étapes des séances selon un peu plus de 90% des avis ;
- Adaptation des objectifs du programme à la population cible d'après 91% des enquêtés ;
- Le programme de rééducation est jugé pertinent par 94% des orthophonistes.

1.4. Les progressions au sein du programme

La pertinence des suggestions de progression proposées aux animateurs en situation clinique est admise par 97% de l'échantillon interrogé. Nous avons suggéré de possibles évolutions pour une même activité mais également entre les tâches traitant un même axe de travail. L'ensemble des orthophonistes est plutôt d'accord voire, tout à fait d'accord, pour dire que ces différents types de progression sont adaptés.

1.5. Les étayages et temps d'échange

Nous avons souhaité savoir si les enquêtés estimaient que le contenu des différents types d'étayages (présents dans la fiche « Recommandations générales ») devait être précisé. La majorité est « plutôt pas d'accord » voire « pas du tout d'accord » par rapport à ce questionnement. Dans une démarche fonctionnelle, la possibilité d'inclure des temps

d'échange sur les difficultés pragmatiques rencontrées au quotidien nous paraît intéressante. À 47%, les orthophonistes sont « plutôt d'accord » voire « tout à fait d'accord » pour dire que l'étape de sensibilisation semble adaptée pour ces moments de discussion. Seuls 18% des enquêtés partagent cet avis concernant l'étape de conclusion. Ainsi, la majorité des orthophonistes estiment que l'étape de sensibilisation semble être la plus pertinente pour y inclure un temps d'échange.

1.6. La prise en compte des troubles cognitifs

Les trois quarts des enquêtés sont plutôt d'accord, voire tout à fait d'accord, pour dire que le programme prend suffisamment en compte les troubles associés que peuvent présenter les patients ayant des troubles de la pragmatique du langage.

1.7. L'enregistrement audio ou vidéo, outil au programme

Parmi les orthophonistes, 65% semblent d'accord pour maintenir des enregistrements audio ou vidéo pendant les séances. Utilisant certains des principes de la gestion mentale au sein du programme, nous avons demandé aux orthophonistes s'ils utiliseraient des extraits de séance issus de la mise en place du programme pour illustrer l'axe de travail de chaque séance. D'après les résultats, 56% des enquêtés utiliseraient ce type d'enregistrements. L'utilisation de mises en scènes comme support d'illustration est refusée par 73% des orthophonistes interrogés. Au vu des avis récoltés, ces enregistrements seraient majoritairement utilisés pendant l'étape de sensibilisation.

1.8. Perspectives pour ce programme

Nous avons également souhaité interroger notre échantillon sur des pistes de travail auxquelles nous avons songé et qui pourraient être le fruit de futures recherches. L'ensemble des orthophonistes interrogés est plutôt d'accord, voire tout à fait d'accord, pour dire qu'une généralisation du programme à tout patient présentant des troubles de la compétence pragmatique pourrait être envisagée. Enfin, une mesure d'efficacité pour valider ce programme est jugée pertinente par les enquêtés.

2. Questionnaire pour l'évaluation d'une séance

2.1. L'étape d'accueil

Le temps dédié est jugé approprié par les 2/3 de l'échantillon. Le tiers restant qualifie ce temps court voire trop court. L'ensemble des orthophonistes considère l'étape d'accueil appropriée.

2.2. L'étape de sensibilisation

Selon 82% des orthophonistes, le temps accordé à cette étape est approprié. Parmi l'échantillon, 79% des orthophonistes interrogés estiment cette étape appropriée.

2.2.1. Explications, analogies et pictogrammes

De façon unanime, les explications proposées, apportant des éclairages sur les axes de travail du programme, sont considérées comme adaptées. Quant aux analogies, elles ont été jugées appropriées par l'ensemble des orthophonistes. Toutefois, concernant « la gestion de l'échange et tour de parole », quatre professionnels sur sept les ont jugées « trop pauvres ». Parmi les neuf enquêtés évaluant la compréhension des intentions de communication, quatre personnes ont estimé les analogies « expressions idiomatiques » et « inférences » trop pauvres. Le détail des scores concernant les pictogrammes est présenté ci-dessous.

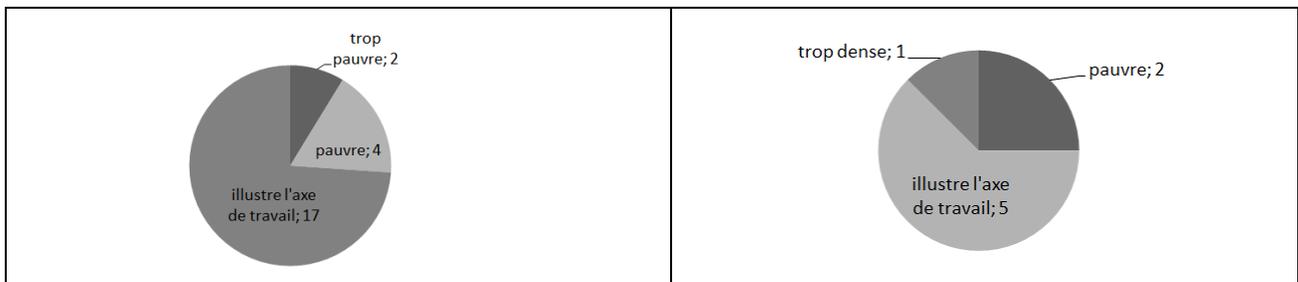


Figure 1 : Données issues du traitement des questions 7 portant sur l'illustration de l'axe de travail par le pictogramme relatif au maintien du sujet

Figure 2 : Données issues du traitement des questions 7 portant sur l'illustration de l'axe de travail par le pictogramme relatif au savoir partagé – quantité d'informations à fournir

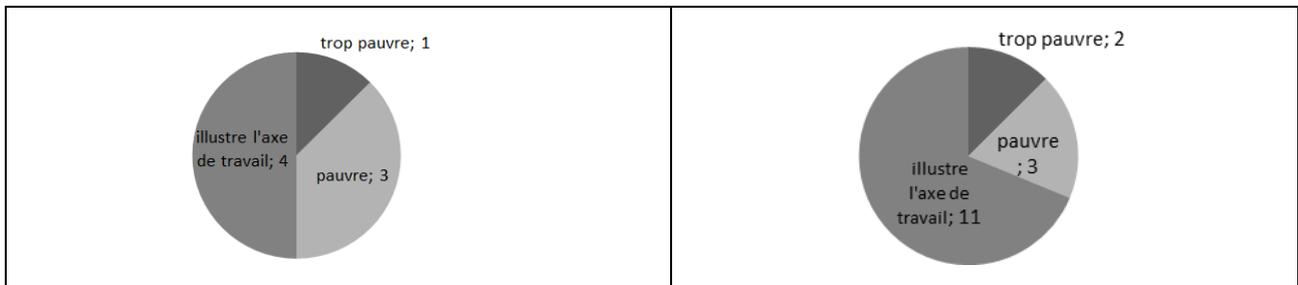


Figure 3 : Données issues du traitement des questions 7 portant sur l'illustration de l'axe de travail par le pictogramme relatif au savoir partagé – pertinence des informations

Figure 4 : Données issues du traitement des questions 7 portant sur l'illustration de l'axe de travail par le pictogramme relatif au savoir partagé – quantité d'informations à fournir et pertinence de celles-ci

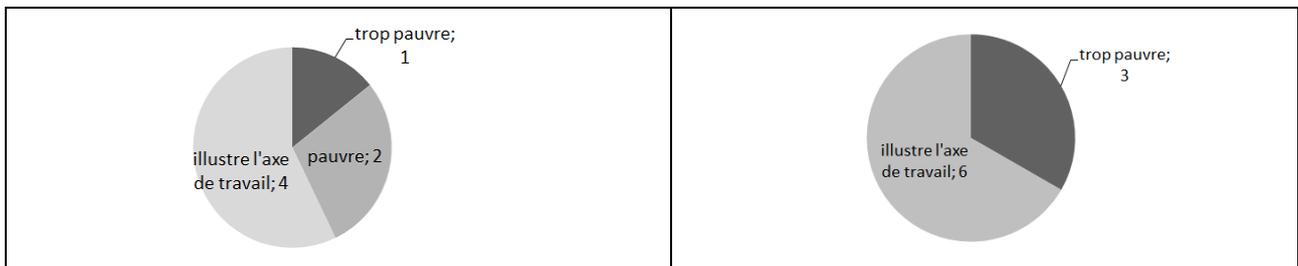


Figure 5 : Données issues du traitement des questions 7 portant sur l'illustration de l'axe de travail par le pictogramme relatif à la gestion de l'échange et tour de parole

Figure 6 : Données issues du traitement des questions 7 portant sur l'illustration de l'axe de travail par le pictogramme relatif au traitement de l'humour

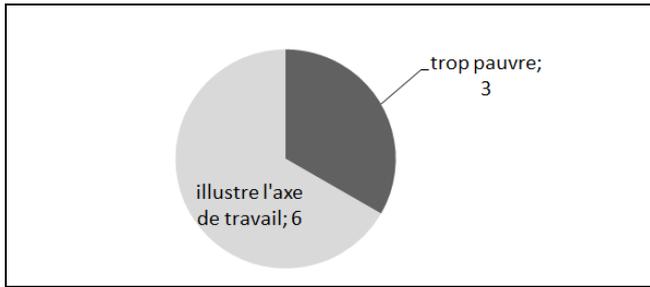


Figure 7 : Données issues du traitement des questions 7 portant sur l'illustration de l'axe de travail par le pictogramme relatif au traitement de la demande indirecte

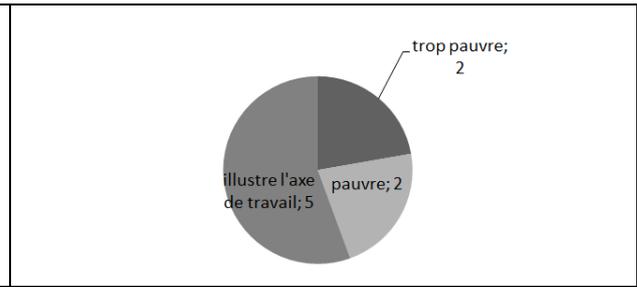


Figure 8 : Données issues du traitement des questions 7 portant sur l'illustration de l'axe de travail par le pictogramme relatif au traitement des inférences

Ainsi, selon plus de la moitié des enquêtés concernés, chaque pictogramme illustre l'axe de travail auquel il est destiné. Les nuances quantitatives et qualitatives font état d'un manque au niveau du graphisme. L'orthophoniste ayant mené le groupe de prise en charge partage l'avis majoritaire sauf pour la séance 15 où elle considère le pictogramme comme trop pauvre.

2.2.2. Les exercices

2.2.2.1. Le maintien du sujet (séances 1-6-11-16-20-22)

Les activités proposées pour les séances 1, 11, 16, 20 et 22 ont été unanimement qualifiées comme répondant à l'axe de travail. Toutefois, l'orthophoniste ayant mené le groupe de prise en charge estime que l'exercice de la séance 20 est hors-sujet par rapport au programme. Quant à la séance 6, deux orthophonistes (sur 10) estiment que quelques éléments de l'activité sont hors-sujets par rapport au thème du programme.

Concernant les consignes, elles sont jugées adaptées par la majorité des enquêtés bien que des nuances soient apportées au sujet des séances 1, 6, 11 et 20. En effet, certains enquêtés qualifient les consignes comme pauvres. Vis-à-vis de l'appréciation du niveau de difficulté, les activités des séances semblent appropriées. Des nuances sont formulées concernant les séances 1, 11, 20 et 22. L'orthophoniste ayant animé le groupe considère que l'activité de la séance 11 est difficile et que l'activité de la séance 20 est trop difficile. Le matériel utilisé pour les activités de sensibilisation est jugé approprié par plus de la moitié des orthophonistes. Toutefois les séances 1, 20 et 22 peuvent être qualifiées de pauvres voire de trop pauvres par certaines personnes interrogées. L'orthophoniste du groupe considère que l'exercice de la séance 11 est dense et celui de la séance 20 trop dense.

Qualitativement, certains enquêtés proposent de ne pas exposer directement la réponse aux patients et de les encourager à faire des propositions quand la situation s'y prête. Nombre d'entre eux insistent sur la reprise de cet axe de travail lors du suivi orthophonique individuel.

2.2.2.1.1. *Quantité d'informations (séances 2-7-12-17)*

Les exercices proposés semblent répondre à l'axe de travail. Vis-à-vis de la séance 17, certains des items sont qualifiés de hors-sujets par rapport au programme.

Concernant les consignes, la majorité des personnes interrogées semble s'accorder pour dire qu'elles sont adaptées. Deux des enquêtés estiment que la consigne de la séance 2 est trop pauvre. Pour cette même séance, l'orthophoniste ayant mené le groupe juge la consigne pauvre. Le niveau de difficulté des séances semble pouvoir être considéré comme étant approprié. Toutefois, l'animatrice du groupe ainsi qu'un enquêté jugent difficile la tâche de la séance 7. Dans son ensemble, le matériel proposé pour cette série de séances semble approprié. L'orthophoniste ayant mené le groupe estime que le matériel des séances 12 et 17 devrait être retravaillé car il paraît pauvre. Cet avis est partagé par l'un des enquêtés.

En commentaires, trois enquêtés proposent des modifications portant sur l'organisation spatiale du matériel afin de soulager les éventuels troubles cognitifs associés surtout sur le plan mnésique et visuel. Cet avis est partagé par l'orthophoniste ayant mené le groupe.

2.2.2.1.2. *Pertinence des informations (séances 4-9-14-19)*

Au regard des résultats obtenus, les exercices semblent répondre à l'axe de travail. Certains des enquêtés émettent l'idée que des éléments des séances 9 et 19 sont hors-sujets par rapport au programme.

Dans l'ensemble, les consignes de cette série d'activités paraissent adaptées. Quant au niveau de difficulté de ces séances, l'échantillon est univoque pour dire qu'il est approprié. Toutefois, l'une des personnes interrogées estime la séance 19 difficile. Le matériel est décrit comme approprié par les orthophonistes sauf pour les séances 9 et 19 où un enquêté les juge pauvres. L'orthophoniste ayant mené le groupe partage l'avis de ce dernier à propos de la séance 19.

2.2.2.1.3. *Séance sur la quantité d'informations à fournir et leur pertinence (séance 21)*

Pour cette séance (où les deux sous-objectifs sont travaillés explicitement), l'ensemble des enquêtés estiment que l'exercice répond à l'axe de travail et que la consigne est adaptée. Quant au niveau de difficulté, il apparaît adapté bien que deux orthophonistes sur les seize

enquêtés le qualifient de difficile. Concernant le matériel dédié à la séance, il semble approprié ; seul un orthophoniste le qualifie de pauvre.

2.2.2.2. Gestion de l'échange et tour de parole (séances 3-8-13-18-23)

Les sept orthophonistes qualifient les exercices comme répondant à l'axe de travail bien que l'un des enquêtés estime que certains éléments de la séance 8 sont hors-sujets par rapport au programme. Dans l'ensemble, les orthophonistes interrogés considèrent les consignes comme étant adaptées. Le niveau de difficulté paraît approprié même si trois orthophonistes émettent des nuances pour la séance 3. Le matériel semble là-aussi approprié. Quelques enquêtés le trouvent pauvre pour les séances 3, 8 et 18. L'orthophoniste ayant mené le groupe considère le matériel trop pauvre pour les séances 13, 18 et 23.

2.2.2.3. Comprendre les intentions de communication (séances 5-10-15)

Les exercices de sensibilisation semblent répondre à leur axe de travail bien que l'une des neuf personnes interrogées estime que certains items de la séance 15 sont hors-sujets par rapport au programme. La consigne de chaque tâche est désignée comme étant adaptée. Le niveau de difficulté paraît approprié. Toutefois quelques enquêtés jugent les activités des séances 5 et 15 difficiles voire trop difficiles. Plus de la moitié des orthophonistes qualifient le matériel d'approprié même si une pauvreté des supports est rapportée au sujet des séances 5 et 15. L'orthophoniste ayant mené le groupe rejoint cet avis au sujet de la séance 15.

2.3. Le changement d'activités

Bien que 79% des orthophonistes estiment cette étape appropriée, l'enquête met en évidence que 65% de l'échantillon qualifient ce temps long voire trop long. Ce dernier avis est partagé par l'orthophoniste ayant mené le groupe.

2.4. L'étape analytique/fonctionnelle

Les orthophonistes interrogés considèrent que le temps dédié à cette étape est court (38%) voire trop court (24%). Toutefois, ils sont unanimes dire que cette étape est appropriée.

2.4.1. Le maintien du sujet (séances 1-6-11-16)

Dans l'ensemble, les exercices répondent à l'axe de travail. À chaque séance, plus de la moitié des orthophonistes considèrent que les consignes sont adaptées. Quelques enquêtés les décrivent comme denses ou pauvres. Quant à l'orthophoniste ayant mené le groupe, elle estime que les consignes des activités 1 et 6 sont denses. Selon les dix enquêtés, les exercices

proposés répondent à l'axe de travail. Cependant, un orthophoniste qualifie certains items des séances 11 et 16 ciblant plutôt d'autres axes de travail du programme.

De manière générale, le niveau de difficulté de chacun des exercices est approprié. Seuls deux orthophonistes pensent que l'activité 6 est difficile. Quand deux enquêtés qualifient le matériel de la séance 11 pauvre, seule une personne partage cet avis concernant les séances 1,6 et 16. La majorité des résultats font état d'un matériel approprié.

2.4.2. Le savoir partagé

2.4.2.1. Quantité d'informations à fournir (séances 2-7-12-17)

Les exercices proposés semblent répondre à l'axe de travail bien qu'un quart des enquêtés estiment que certains éléments de la séance 12 ciblent plutôt un autre axe du programme. L'orthophoniste ayant mené le groupe considère quant à elle que l'exercice de la séance 7 présente quelques éléments qui sont hors-sujets par rapport au programme. Les consignes sont qualifiées d'adaptées par plus de la moitié des personnes interrogées. Les nuances exprimées vont plutôt dans le sens d'un manque d'informations dans les instructions. Le niveau de difficulté paraît approprié bien qu'un enquêté le considère comme difficile pour la séance 7. Cet avis est partagé par l'orthophoniste ayant mené le groupe. Enfin, le matériel peut être considéré comme approprié pour l'ensemble des séances sauf pour la séance 2 où un orthophoniste qualifie le matériel de pauvre.

2.4.2.2. Pertinence des informations (séances 4-9-14-19)

Les activités semblent cibler l'axe de travail même si deux enquêtés qualifient certains éléments des séances 4 et 9 comme répondant plus à d'autres axes du programme. Bien que l'avis majoritaire rapporte que les consignes des activités sont appropriées, des orthophonistes estiment que les instructions des séances 9,14 et 19 sont pauvres. L'orthophoniste ayant mené le groupe partage cet avis au sujet de la séance 19. Dans son ensemble, le niveau de difficulté est unanimement désigné comme approprié. Selon la majorité des enquêtés, le matériel paraît adapté. Les nuances observées pour les séances 4, 9 et 14 portent sur l'aspect pauvre voire trop pauvre du matériel ; avis qu'émet l'orthophoniste ayant mené le groupe vis-à-vis de la séance 19.

2.4.2.3. Gestion de l'échange (séances 3-8-13-18-20-22)

L'ensemble des activités répond à l'axe de travail. Concernant la séance 3, l'orthophoniste ayant mené le groupe estime que l'activité répond plutôt à un autre axe de

travail du programme. Les consignes paraissent adaptées bien que des nuances soient signifiées pour les séances 13,18 et 22. L'orthophoniste ayant mis en pratique le matériel auprès du groupe considère que la consigne de la séance 3 est dense. Le niveau de difficulté des tâches est approprié pour les tâches 13, 20 et 22. Cet avis reste majoritaire pour le reste des séances même si un enquêté trouve les activités difficiles. La qualité du matériel paraît appropriée bien qu'une personne interrogée la juge pauvre. L'orthophoniste ayant mené le groupe estime que le matériel de la séance 8 est dense.

2.4.3. Comprendre les intentions de communication (séances 5-10-15)

À majorité, les orthophonistes considèrent que les séances répondent à leur axe de travail. Toutefois, pour la séance 10, un tiers des enquêtés rapporte que certains éléments dans l'activité sont hors-sujets par rapport au programme. L'orthophoniste ayant mené le groupe de prise en charge pense que la séance 5 présente quelques éléments répondant à un autre axe de travail du programme. Globalement, la consigne est considérée comme appropriée pour l'ensemble des séances. Le niveau de difficulté paraît adapté même si, deux orthophonistes estiment que les activités des séances 5 et 15 sont difficiles. Cet avis est partagé par l'orthophoniste animant les séances de groupe au sujet de la séance 5. Enfin, en moyenne, le matériel est qualifié d'approprié. Cependant, des nuances « pauvre » et « trop pauvre » sont retrouvées lors de l'analyse des données.

2.5. L'étape de conclusion

L'ensemble des enquêtés estiment que cette étape est appropriée. Concernant le temps alloué, 82% des orthophonistes le désignent comme étant long voire trop long. Notons que l'orthophoniste ayant mené le groupe juge cette étape longue mais nécessaire.

3. Impressions des patients sur leurs expériences au sein du groupe

L'avis des patients est apparu comme un complément nécessaire aux retours cliniques fournis par les orthophonistes pour critiquer l'intérêt et la pertinence du programme. Seuls trois patients ont pu être interrogés. Lorsque les réponses ne sont pas unanimes, nous veillons à le préciser.

3.1. Participation au programme

Les patients ont apprécié travailler en groupe et ont trouvé que le temps de séance était adapté. La posture de retrait des thérapeutes, pendant la séance, semble appréciable. Aucun patient n'émet de gêne vis-à-vis de la présence de la caméra.

3.2. Organisation du programme et ressentis sur le matériel proposé

Les patients sont plutôt d'accord pour dire qu'ils ont apprécié l'étape d'accueil. Toutefois, en commentaire, ils ont rapporté qu'ils la trouvaient répétitive et ont proposé qu'elle soit présentée de façon exceptionnelle (i.e. arrivée d'un nouveau membre).

L'étape de sensibilisation semble prisée par les patients. Ces derniers estiment que les analogies et les explications les ont aidés à comprendre leurs difficultés contrairement aux pictogrammes.

Les participants interrogés disent tous avoir apprécié l'étape analytique/fonctionnelle, travaillant ainsi un objectif particulier. Les activités du programme et le matériel semblent adaptés à leurs difficultés et ne paraissent pas « scolaires ».

3.3. Interactions au sein du groupe

Si les patients ont eu besoin d'aide pour communiquer, ils sont tout à fait d'accord pour dire qu'ils ont apprécié que cette aide vienne des autres participants du groupe et du thérapeute. Notons que deux patients ont préféré que l'aide vienne des orthophonistes car elle leur est apparue plus adaptée à leurs difficultés. À l'opposé, l'autre patient a ressenti moins de jugement sur ses habiletés communicatives quand l'aide venait des autres membres.

De manière générale, la situation de groupe semble appréciée des patients car ils rapportent qu'à contrario des thérapies individuelles, la prise en charge groupale leur permet de s'entraider, ce qui génère moins de stress individuel.

DISCUSSION et CONCLUSION

L'élaboration d'un matériel de rééducation pour une prise en charge en groupe des troubles de la pragmatique du langage s'est révélée comme un travail innovant pour la pratique orthophonique. La prise en charge de la communication revêt de nombreuses approches et leur combinaison auprès d'un groupe de patients semble pertinente dans ce type de rééducation. L'ensemble des résultats obtenus doit permettre l'adaptation du programme.

1. Interprétation des principaux résultats

Au regard des résultats recueillis, le programme de rééducation semble pertinent en situation clinique. Nous pouvons donc supposer que cela répond à l'objectif fixé lors de la

création du matériel c'est-à-dire d'élaborer un outil fonctionnel. Cela doit être mis en lien et nuancé avec les différents points constitutifs du programme.

Concernant les objectifs, ils semblent cohérents avec le cœur de cible du programme soit la pragmatique du langage chez des patients cérébrolésés. La prise en charge rééducative est d'autant plus adaptée que les enquêtés estiment, de façon majoritaire, que les troubles possiblement associés sur le plan cognitif sont suffisamment pris en compte. La pertinence de ce matériel adapté paraît également reposer sur l'organisation en étapes et le nombre de séances. À l'aune de la mise en pratique du programme, le nombre de sessions traitant de la compréhension des intentions de communication est toutefois insuffisant. En effet, les notions travaillées ne semblent pas assez répétées dans des contextes diversifiés pour que les patients puissent s'en saisir.

Les critiques répertoriées sur de précédents mémoires orthophoniques portant sur l'élaboration de matériels ont mis en évidence, entre autres, le manque de flexibilité dans l'application des tâches proposées, la difficulté de mise en place et d'utilisation. Ce programme de rééducation devait donc veiller à éviter ces écueils. Nous pouvons considérer que cet objectif est validé. En effet, la majorité des orthophonistes interrogés estiment que la présentation des fiches (typologie, couleurs, ordonnancement des items) et leur contenu sont adaptés tout comme les éléments du fichier « Recommandations générales » contenant, entre autres, des propositions d'étayages. Nombreux enquêtés ont suggéré d'étoffer le programme d'un document à destination de l'utilisateur lui permettant d'accéder à un tableau récapitulatif des séances et de leurs objectifs.

Au-delà d'un matériel fonctionnel, nous avons également souhaité que le programme puisse être évolutif. Pour ce faire, nous avons suggéré des progressions au sein d'une même activité et au fil des séances abordant un même axe de travail. Les enquêtés semblent s'accorder pour dire que ces propositions sont adaptées. Le programme paraît donc fonctionnel et progressif. Toutefois, l'aspect évolutif de certaines tâches porte sur les caractéristiques internes du matériel. Or, procéder à ces modifications requiert un temps plus long de manipulation informatique et de préparation pour le thérapeute. Certains orthophonistes ont soumis l'idée de créer une plateforme informatique avec des filtres qui pourraient être sélectionnés afin de faciliter le travail des cliniciens. Ce support, complémentaire au matériel imprimé, renforcerait le caractère progressif du programme tout en maintenant son aspect fonctionnel.

Par ailleurs, en reprenant des principes et conseils, énoncés par Ardisson et Besnardeau (2007), nous avons proposé le fichier « Recommandations générales ». Il nous a été difficile de savoir quels éléments devaient s'y trouver afin de faciliter l'utilisation du programme auprès d'une population de patients cérébrolésés. D'après les personnes interrogées, le document semble suffisamment exhaustif. Toutefois, en commentaires, plusieurs enquêtés ont questionné l'utilité d'un tel document.

Afin d'organiser la séance en étapes et respecter les recommandations de la Haute Autorité de Santé (2007), il a fallu estimer des temps pour chaque étape. En croisant les résultats obtenus vis-à-vis des temps de séance (cf. annexe L) et ceux concernant l'intérêt d'intégrer un enregistrement audio ou vidéo ainsi qu'un temps d'échange sur les difficultés pragmatiques (cf. annexe K), ces estimations doivent être revues. À partir des suggestions faites par les orthophonistes enquêtés, il semblerait que l'organisation la plus pertinente soit la suivante : temps d'accueil (10 minutes), temps de sensibilisation (25 minutes incluant l'utilisation d'enregistrements audios ou vidéos et un moment d'échange) et temps analytique/fonctionnel (25 minutes). Les étapes de transferts d'activités et de conclusion sont maintenues dans le déroulement de la séance mais le temps qui peut y être consacré est laissé à l'appréciation des thérapeutes.

À partir des résultats obtenus concernant les explications, les analogies et les pictogrammes fournis, il semble que ces supports soient pertinents en situation clinique. Toutefois, des nuances, notamment graphiques, sont notifiées. En recueillant l'avis des patients, nous constatons que les pictogrammes ne semblent pas avoir contribué à la compréhension de leurs difficultés contrairement aux explications et analogies. De plus, l'orthophoniste ayant mené le groupe constate que le pictogramme est très peu utilisé lors des séances. Cela nous interroge quant à l'utilité de maintenir ce support au sein du programme. Une alternative à son exclusion pourrait être d'optimiser son usage en l'incluant de façon systématique dans la réalisation des différentes tâches.

Concernant les activités de sensibilisation et analytiques/fonctionnelles, l'ensemble des avis convergent majoritairement pour les définir comme adaptées tant sur le plan des consignes, du niveau de difficulté que du matériel. L'expérience de groupe a permis de mettre en évidence les modifications majeures à apporter à ce programme notamment concernant l'axe « compréhension des intentions de communication ». En effet, plusieurs activités n'étaient pas reprises lors de l'étape analytique/fonctionnelle ou étaient trop abstraites pour la

phase de sensibilisation. Cette critique rejoint celle portant sur le nombre de séances insuffisant concernant cet axe de travail. L'orthophoniste ayant assuré l'animation du groupe de patients a relevé des ajustements possibles concernant les consignes et a souligné la nécessité de reformuler lorsque certains patients n'avaient pas compris ce qui était attendu.

Les encarts « modifications indispensables » des questionnaires ont permis de mettre en évidence les limites de notre travail et d'amener des pistes de réflexion.

2. Limites et intérêts du programme

Étant constitué d'une procédure d'élaboration et d'une enquête auprès de patients et d'orthophonistes, ce mémoire présente des limites propres à chacune d'elles.

2.1. Limites du programme de rééducation

Tout d'abord, le choix des termes des consignes et du matériel des différentes activités aurait pu être vérifié à l'aide d'une base lexicale comme celle de New, Pallier, Ferrand, et Matos (2001). Cela nous aurait permis d'affiner le choix des termes utilisés dans certaines activités et de proposer une évolution du niveau de difficulté en faisant varier le degré de fréquences des mots. Une des limites évidentes de notre travail se rapporte au graphisme des supports et à leurs qualités. Plusieurs enquêtés ont émis l'idée que les services d'un graphiste auraient pu être intéressants afin de créer une certaine cohérence de représentation tout au long du programme. Par ailleurs, nous avons parfois utilisé des supports de rééducation qui sont ou qui ont été commercialisés. Cela limite donc la possibilité de diffusion du matériel et son utilisation par des orthophonistes ne possédant pas ces supports.

La définition du nombre de séances est également problématique. Au début du projet, le programme contenait vingt-cinq séances. Deux séances ont finalement été supprimées car leur contenu ne paraissait pas pertinent au regard des objectifs du programme. Toutefois, au vu des résultats, il semblerait que le versant réceptif de la pragmatique du langage ne soit pas suffisamment abordé, ce qui nécessiterait l'ajout de plusieurs séances.

2.2. Limites de l'étude

2.2.1. Limites de l'expérimentation auprès des patients

L'Hôpital Saint-Jacques a accepté gracieusement de fournir les différents supports afin que la tenue des séances soit possible. Le matériel de rééducation a donc été imprimé dans sa version classique. L'orthophoniste ayant mené le groupe n'a ainsi pas pu expérimenter le matériel dans ses différentes versions (exemple : cartes « images » versus cartes « mots

écrits »). Le matériel n'a donc pas été proposé dans ses différents formats possibles. Cela n'a pas permis l'adaptation à chaque profil de patient, ce que briguaient pourtant ce programme. Nous pouvons également émettre une limite vis-à-vis du recrutement des patients. En effet, celui-ci s'est appuyé sur les comptes rendus de bilans orthophoniques des patients, réalisés au sein du service de MPR. Les orthophonistes ont donc choisis les outils de bilan qui leur paraissaient les plus adaptés aux profils de leurs patients afin de les évaluer sans que la passation des épreuves soit la même en vue de l'intégration au groupe.

2.2.2. Limites de l'expérimentation auprès des enquêtés

2.2.2.1. Délais

La finalisation du programme, des questionnaires et le recrutement ont été achevés fin novembre 2017 suite à un changement de méthodologie⁴. Le recueil des avis orthophoniques a donc débuté début décembre 2017 et s'est achevé fin mars 2018. Les enquêtés ont donc eu un peu plus de trois mois pour prendre connaissance du programme et le critiquer. Nous avons recensé trente-trois désistements. Nous supposons que la contrainte des cinq séances à évaluer et le délai imparti en ont été la cause.

2.2.2.2. Format de diffusion des supports à évaluer et conditions d'évaluation

Afin de faciliter la diffusion des supports à évaluer, notre choix s'est porté sur un système de partage de fichiers (Microsoft OneDrive). Les questionnaires y étaient également disponibles. Nous pouvons supposer que ce système ait rebuté certains enquêtés. En effet, les orthophonistes devaient télécharger les documents puis les critiquer en complétant les questionnaires avant de nous les ré-adresser. Certains ont fait le choix d'imprimer l'ensemble des supports nécessaires à l'évaluation et de nous les envoyer par la Poste. Cela paraît être un biais dans notre récolte de données puisque l'appréciation des séances ne s'est pas effectuée dans les mêmes conditions pour l'analyse des séances et la complétion des questionnaires.

De plus, la comparaison entre les avis des enquêtés et ceux de l'orthophoniste ayant mené le groupe est faussée du fait que les orthophonistes interrogés n'ont pas eu à mettre en pratique ce programme. Nous avons fait ce choix car nous avons pensé que l'obligation d'une mise en pratique limiterait de fait le nombre d'avis pouvant être récoltés. Enfin, le nombre d'avis orthophoniques par série de séances n'est pas systématiquement le même.

⁴Le projet initial consistait à diffuser l'enregistrement de la mise en pratique du programme au sein du service orthophonique de médecine physique et réadaptation de l'hôpital Saint-Jacques afin de recueillir l'avis de l'équipe au sujet du matériel.

2.2.2.3. Menaces à la validité de l'étude

En permettant l'auto-administration des questionnaires, nous n'avons eu aucun contrôle sur les conditions de passation. En effet, l'évaluation des séances et du programme a pu avoir lieu à des temps, des environnements différents et auprès d'orthophonistes distincts. Cela a sans doute eu une incidence sur l'appréciation des supports. De plus, en administrant les questionnaires aux patients, nous nous sommes exposés à des menaces liées à l'expérimentateur et aux participants (i.e. désirabilité sociale).

2.3. Intérêt du programme en orthophonie

Les observations recueillies ont souligné l'intérêt de ce programme dans la prise en charge des patients cérébrolésés présentant des troubles de la pragmatique du langage. Il s'inscrit dans la continuité des travaux qui ont d'ores et déjà été menés dans ce champ d'intervention. La proposition d'un programme de rééducation pour une prise en groupe est novatrice. Ce programme doit permettre aux orthophonistes de constituer des groupes de patients car au vu de la littérature, la situation de groupe paraît être la remédiation la plus adaptée aux troubles de la pragmatique du langage.

3. Perspectives

Les limites mises en évidence ont permis d'amorcer des pistes de réflexion quant à l'évolution de ce support pour la prise en charge des troubles de la pragmatique du langage.

Lors de la mise en pratique du programme, l'orthophoniste prenait un temps à l'issue de chaque séance pour relater les comportements communicationnels des patients dans un dossier partagé par l'ensemble des orthophonistes impliquées dans le suivi individuel des patients du groupe. Nous avons donc pensé que les thérapeutes animant le groupe pourraient disposer d'une grille d'analyse des interactions afin d'avoir une trame d'appréciation des situations conversationnelles. Ainsi, ils pourraient mettre en avant les points d'appuis et ceux à travailler pour chaque membre du groupe. Des informations précises et ordonnées pourraient alors être transmises aux orthophonistes référentes en cas de suivis individuels.

La suggestion d'élaborer un tableau récapitulatif des séances et des objectifs nous a fait réfléchir à la création d'un manuel utilisateur (comprenant par exemple le processus de création du programme, le contexte théorique, une vue d'ensemble sur les séances, le fichier « Recommandations générales », etc.). Cela pourrait renforcer l'adaptabilité et la facilité d'utilisation du support de rééducation. La mise en place d'une plateforme informatique avec

une proposition de filtres nous est apparue comme un complément tout à fait intéressant à adjoindre au matériel imprimé pour permettre l'adaptation de ses caractéristiques internes sans toutefois le dénaturer.

Les enquêtés soulignent l'intérêt d'une mesure d'efficacité afin de valider ce programme comme outil de rééducation orthophonique. Dans l'idéal, il s'agirait d'utiliser une stratégie de recherche explicative avec une méthode de recherche expérimentale (plan pré et post-test avec groupe contrôle équivalent). Par ailleurs, les commentaires des patients du groupe et la littérature nous ont fait réfléchir à une mesure supplémentaire. Il semble qu'une quantification de la qualité de vie ou du bien-être psychosocial serait intéressante à entreprendre auprès de ces patients pris en charge en situation de groupe par rapport à des patients uniquement suivis en thérapie individuelle.

Suite à la validation du programme, la généralisation du matériel à l'ensemble des personnes victimes de cérébrolésions, présentant des troubles de la pragmatique, apparaît pertinente selon les enquêtés. Il s'agirait de constituer des groupes de patients avec des critères d'inclusion étendus à l'ensemble des pathologies cérébrales acquises ainsi qu'aux difficultés pragmatiques langagières dans le cadre de déficits développementaux tels que les troubles du spectre autistique.

En conclusion, ce mémoire à orientation professionnelle a cherché à élaborer un outil de rééducation en groupe, progressif et fonctionnel, des troubles de la pragmatique chez des patients cérébrolésés. Afin d'en critiquer la pertinence, nous avons mis en place le matériel auprès d'un groupe de patients hospitalisés en parallèle d'une enquête auprès de 34 orthophonistes. Les retours cliniques issus des patients et des différents praticiens paraissent valider nos objectifs. Avec ce programme de rééducation, construit à partir de la synthèse des outils existants et des actualités scientifiques, nous répondons aux besoins cliniques des orthophonistes bien que des limites soient émises.

Nous espérons que cette démarche de création de rééducation adaptée soit un argument supplémentaire encourageant les orthophonistes à développer ce type de prises en charge. En effet, les avis recueillis et l'expérience auprès du groupe de patients viennent soutenir la légitimité clinique de ce type de soins dans le cadre des troubles de la pragmatique du langage, voire de la communication. Ce programme de rééducation doit être enrichi, développé et validé pour permettre sa diffusion auprès des professionnels.

BIBLIOGRAPHIE

- Ardisson, J., & Besnardeau, J. (2007). *Contribution à l'élaboration d'un matériel d'intervention orthophonique visant la réhabilitation des troubles pragmatiques expressifs d'adultes cérébrolésés - Tome I*. Université Claude-Bernard Lyon 1, Lyon.
- Baker, E. (2012). Optimal intervention intensity in speech-language pathology: Discoveries, challenges, and uncharted territories. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14(5), 478-485. DOI : 10.3109/17549507.2012.717967
- Basso, A., Forbes, M., & Boller, F. (2013). Rehabilitation of aphasia. In M. P. Barnes, D. C. Good, & M. J. Aminoff (Éd.), *Neurological rehabilitation* (p. 325-334). Edinburgh: Elsevier.
- Bersoux Delmond, N., & Charuel, M. (2012). *Élaboration et évaluation d'un protocole de rééducation de l'informativité du discours du traumatisé crânien*. Université de Nantes, Nantes.
- Bianchi, R. (2007). Groupe ouvert ou groupe fermé ? In D. Quelin & Privat (Éd.), *Quels groupes thérapeutiques ? Pour qui ?* (p. 99-108). Paris: ERES. Consulté à l'adresse <http://www.cairn.info/quels-groupes-therapeutiques-pourquoi--9782749207582-page-99.htm>
- Bony, C., & Rouyres, S. (2012). *La communication des traumatisés crâniens : programme d'intervention écologique, d'éducation et de réhabilitation*. Université Lille 2 Droit et Santé, Lille.
- Borthwick, S. (2012). Communication impairment in patients following stroke. *Nursing Standard*, 26(19), 35-41. DOI : 10.7748/ns2012.01.26.19.35.c8879
- Bosco, F. M., & Angeleri, R. (2012). Communicative Impairment After Traumatic Brain Injury: Evidence and Pathways to Recovery. In A. Agrawal (Éd.), *Communicative Impairment After Traumatic Brain Injury*. INTECH Open Access Publisher.
- Brain Injury Society. (n.d.). What is Acquired Brain Injury ? Consulté le 8 septembre 2017, à l'adresse <http://braininjurysociety.com/information/acquired-brain-injury/what-is-abi/>
- Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2011). Trouble de la communication. *Dictionnaire d'orthophonie* (3^e éd., p. 287). Isbergues, France: Ortho Édition.
- Buttet Sovilla, J. (1999). Les thérapies de groupe en aphasiologie. *Rééducation orthophonique : Les aphasies de l'adulte*, (198), 123-136.

- Carota, A., Dieguez, S., & Bogousslavsky, J. (2005). Psychopathologie des accidents vasculaires cérébraux. *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, 3(4), 235-249.
- Centre Régional d'Études et d'Actions sur les Handicaps et les Inadaptations. (2009). *Évaluation des besoins concernant les personnes atteintes de lésions cérébrales acquises dans la région Bourgogne*. Direction Régionale des Affaires Sanitaires Sociales de Bourgogne.
- Chomel-Guillaume, S., Leloup, G., Bernard, I., Riva, I., & François-Guinaud, C. (2010a). Approches rééducatives et programmes de traitement. In *Les aphasies: évaluation et rééducation* (p. 177-184). Issy-Les-Moulineaux : Masson.
- Chomel-Guillaume, S., Leloup, G., Bernard, I., Riva, I., & François-Guinaud, C. (2010b). Conceptions contemporaines de la rééducation des aphasies. In *Les aphasies: évaluation et rééducation* (p. 185-224). Issy-Les-Moulineaux : Masson.
- Cicerone, K. D., Mott, T., Azulay, J., Sharlow-Galella, M. A., Ellmo, W. J., Paradise, S., et al. (2008). A Randomized Controlled Trial of Holistic Neuropsychologic Rehabilitation After Traumatic Brain Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(12), 2239-2249. DOI : 10.1016/j.apmr.2008.06.017
- Coquet, F., & Ferrand, P. (2004). X - Apport de la gestion mentale à l'orthophonie. In *Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent méthodes et techniques de rééducation* (p. 94-97). Isbergues : Ortho Édition.
- Croll, A. (2010). La compétence conversationnelle chez l'enfant en classe de maternelle : outils d'évaluation linguistique, (27-28), 29-65.
- Dahlberg, C. A., Cusick, C. P., Hawley, L. A., Newman, J. K., Morey, C. E., Harrison-Felix, C. L., et al. (2007). Treatment Efficacy of Social Communication Skills Training After Traumatic Brain Injury: A Randomized Treatment and Deferred Treatment Controlled Trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88(12), 1561-1573. DOI : 10.1016/j.apmr.2007.07.033
- Dardier, V. (2004). *Pragmatique et pathologies: comment étudier les troubles de l'usage du langage*. Rosny-sous-Bois: Bréal.
- Dardier, V., Bernicot, J., Delanoë, A., Vanberten, M., Fayada, C., Chevignard, M., et al. (2011). Severe traumatic brain injury, frontal lesions, and social aspects of language use: A study of French-speaking adults. *Journal of Communication Disorders*, 44(3), 359-378. DOI : 10.1016/j.jcomdis.2011.02.001

- Dessy, M.-L., Jacquemin, A., de Partz, M.-P., van Ruymbeke-Raison, A.-M., Coyette, F., & Seron, X. (1989). La P.A.C.E. : son utilisation, ses extensions et proposition d'une nouvelle grille d'évaluation. *Glossa*, (13), 12-23.
- 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), 41. DOI : 10.3917/rne.031.0041
- Fédération Nationale des Orthophonistes. (n.d.). La Fédération en quelques mots : Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO). Consulté le 19 mars 2018, à l'adresse <http://www.fno.fr/fno-la-federation/fno-en-quelques-mots/>
- Ferré, P., Ska, B., Lajoie, C., Bleau, A., & Joannette, Y. (2011). Clinical Focus on Prosodic, Discursive and Pragmatic Treatment for Right Hemisphere Damaged Adults: What's Right? *Rehabilitation Research and Practice*, 2011, 1-10. DOI : 10.1155/2011/131820
- France AVC. (n.d.). Mais au fait, c'est quoi un AVC ? Consulté le 8 septembre 2017, à l'adresse http://www.franceavc.com/?rep=avc_infos
- Gil, R. (2010). Neuropsychologie de la cognition sociale. In *Neuropsychologie* (p. 355-371). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson. Consulté à l'adresse <http://site.ebrary.com/id/10538507>
- Gouon, C. (2016). *Étude de l'impact d'une prise en charge de groupe type PACE sur les capacités de communication de patients traumatisés crâniens graves : usage comparé d'épreuves de bilans et d'analyser de corpus conversationnels*. Université de Nantes, Nantes.
- Gravouil, J.-F. (2013). Réguler un groupe : un enjeu majeur. *Cahiers de Gestalt-thérapie, Numéro spécial(2)*, 117-128.
- Groupe MPR Rhône Alpes, & FEDMER. (2008). Critères de prise en charge en médecine physique et de réadaptation. Consulté à l'adresse https://www.sofmer.com/download/sofmer/criteres_pec_mpr_1208.pdf
- Guberman, S. R., & Greenfield, P. M. (1991). Learning and transfer in everyday cognition. *Cognitive Development*, 6(3), 233-260. DOI : 10.1016/0885-2014(91)90038-F
- Hammond, F. M., Barrett, R., Dijkers, M. P., Zanca, J. M., Horn, S. D., Smout, R. J., et al. (2015). Group Therapy Use and Its Impact on the Outcomes of Inpatient Rehabilitation After Traumatic Brain Injury: Data From Traumatic Brain Injury—Practice Based Evidence Project. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(8), S282-S292.e5. DOI : 10.1016/j.apmr.2014.11.029

- Hamonet-Torny, J., Fayol, P., Faure, P., Carrière, H., & Dumond, J.-J. (2013). Traumatic brain injury rehabilitation, the programs applied in French UEROS units, and the specificity of the Limoges experience. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 56(3), 174-192. DOI : 10.1016/j.rehab.2013.01.007
- Haute Autorité de Santé. (2007). *Orthophonie : Rééducation de la voix, du langage et de la parole* (p. 49). Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de Santé. Consulté à l'adresse www.has-sante.fr
- Hawley, L. A., & Newman, J. K. (2010). Group interactive structured treatment (GIST): A social competence intervention for individuals with brain injury. *Brain Injury*, 24(11), 1292-1297. DOI : 10.3109/02699052.2010.506866
- Hupet, M. (2006). Bilan pragmatique. In F. Estienne & B. Piérart (Éd.), *Les bilans de langage et de voix: fondements théoriques et pratiques* (p. 88-104). Paris: Masson.
- Joanette, Y. (2004). Hémisphère droit et communication verbale : un défi à relever, une population à servir. *Glossa*, (219), 5-7.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (2005). Les négociations conversationnelles. In *Le discours en interaction* (p. 93-186). Paris: Colin.
- Le Gall, D., Aubin, G., Besnard, J., & Allain, P. (2012). De la neuropsychologie cognitive à la neuropsychologie sociale. In P. Allain, G. Aubin, & D. Le Gall (Éd.), *Cognition sociale et neuropsychologie* (p. 9-30). Marseille: Solal.
- LeBlanc, J., de Guise, E., Champoux, M.-C., Couturier, C., Lamoureux, J., Marcoux, J., et al. (2014). Early conversational discourse abilities following traumatic brain injury: An acute predictive study. *Brain Injury*, 28(7), 951-958. DOI : 10.3109/02699052.2014.888760
- LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, Article L-114, Code de l'action sociale et des familles (2005). Consulté à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796446>
- Marc, E. (2013). Parole et communication groupales. *Cahiers de Gestalt-thérapie, Numéro spécial*(2), 71-84.
- Martin, I., & McDonald, S. (2003). Weak coherence, no theory of mind, or executive dysfunction? Solving the puzzle of pragmatic language disorders. *Brain and Language*, 85(3), 451-466. DOI : 10.1016/S0093-934X(03)00070-1

- Masson-Trottier, M., Ferre, P., Joannette, Y., & Marcotte, K. (2016). Récupération des troubles de la communication suite à un traumatisme cranio-cérébral en phase aiguë : Impact d'une thérapie pragmatique-discursive structurante. *Glossa*, (120), 1-23.
- Mathé, J., Richard, I., & Rome, J. (2005). Santé publique et traumatismes crâniens graves. Aspects épidémiologiques et financiers, structures et filières de soins. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, p. 688-694.
- Mazaux, J. M., North, P., Bilz, L., Muller, F., Belio, C., & Joseph, P. A. (2006). Rééducation : L'approche holistique dans la prise en charge des syndromes dysexécutifs. *Journal de Réadaptation Médicale : Pratique et Formation en Médecine Physique et de Réadaptation*, 26(1-2), 29-33. DOI : 10.1016/S0242-648X(06)70172-4
- Mercat, B., Renouf, A., Kozłowski, 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(4), 150-154. DOI : 10.1016/j.annrmp.2006.01.006
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2015). La démographie des autres professions de santé (RPPS et Adeli). Consulté le 2 mars 2018, à l'adresse <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/la-demographie-des-autres-professions-de-sante-rpps-et-adeli/>
- Nakling, A. E., Aarsland, D., Næss, H., Wollschlaeger, D., Fladby, T., Hofstad, H., & Wehling, E. (2017). Cognitive Deficits in Chronic Stroke Patients: Neuropsychological Assessment, Depression, and Self-Reports. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 7(2), 283-296. DOI : 10.1159/000478851
- Neveu, F. (2011). Fonctions du langage [linguistique générale]. *Dictionnaire des sciences du langage* (2^{de} éd.). Paris: Armand Colin.
- New, B., Pallier, C., Ferrand, L., & Matos, R. (2001). Une base de données lexicales du français contemporain sur internet: LEXIQUETM//A lexical database for contemporary french : LEXIQUETM. *L'année psychologique*, 101(3), 447-462. DOI : 10.3406/psy.2001.1341
- Pachès, V. (2007). Construire les interactions entre individu, groupe et société. *VST - Vie sociale et traitements*, 95(3), 22-25. DOI : 10.3917/vst.095.0022
- Parizot, I. (2012). 5 – L'enquête par questionnaire. In S. Paugam, *L'enquête sociologique* (p. 93). Presses Universitaires de France. DOI : 10.3917/puf.paug.2012.01.0093

- Pauzé, A.-M. (2005). *Contribution à l'élaboration de matériel d'intervention pour les individus cérébrolésés droits*. Université de Montréal, Montréal.
- Peillon, A., & Verneyre, S. (2016). Les groupes de langage : une passerelle vers l'autonomie relationnelle, *Orthomagazine*, 22(126), 17-19.
- Peter Favre, C. (2002). Neuropsychologie et pragmatique. In C. Peter Favre (Éd.), *Neuropsychologie et pragmatique* (p. 7-13). Paris: Harmattan.
- Rohling, M., Faust, M., Beverly, B., & Demakis, G. (2009). Effectiveness of Cognitive Rehabilitation Following Acquired Brain Injury : A Meta-Analytic Re-Examination of Cicerone et al.'s (2000, 2005). *Neuropsychology*, (23)1, p. 20-39.
- Rousseaux, M., Daveluy, W., & Kozlowski, O. (2010). Communication in conversation in stroke patients. *Journal of Neurology*, 257(7), 1099-1107. DOI : 10.1007/s00415-010-5469-8
- Royal College of Physicians of London, & British Society of Rehabilitation Medicine. (2003). *Rehabilitation following acquired brain injury: national clinical guidelines*. London: Royal College of Physicians. Consulté à l'adresse <http://www.tandfonline.com/toc/rwhi20/>
- Sainson, C., Barat, M., & Aguert, M. (2014). Communication disorders and executive function impairment after severe traumatic brain injury: An exploratory study using the GALI (a grid for linguistic analysis of free conversational interchange). *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 57(9-10), 664-683. DOI : 10.1016/j.rehab.2014.08.011
- Sigouin, S. (2007). *Intervention pour la compréhension des actes de langages indirects chez les adultes cérébrolésés droits*. Université de Montréal, Montréal.
- Stemmer, B. (2015). Pragmatic Disorders. In *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (p. 788-794). Amsterdam : Elsevier. DOI : 10.1016/B978-0-08-097086-8.54027-6
- Struchen, M. (n.d.). Social Communication and Traumatic Brain Injury (TBI) : a Guide for Professionals. Texas Traumatic Brain Injury Model System at TIRR Memorial Hermann.
- Turcotte, É. (2005). *Exploration des moyens d'intervention visant les règles de la conversation chez un individu cérébrolésé droit*. Université de Montréal, Montréal.
- Turkstra, L. S., Clark, A., Burgess, S., Hengst, J. A., Wertheimer, J. C., & Paul, D. (2017). Pragmatic communication abilities in children and adults: implications for

rehabilitation professionals. *Disability and Rehabilitation*, 39(18), 1872-1885. DOI : 10.1080/09638288.2016.1212113

Vallat, C., & Chardin-Lafont, M. (2014). Chapitre 9. Le traumatisme crânien. In S. Montel, *Neuropsychologie et santé* (p. 235). Paris : Dunod. DOI : 10.3917/dunod.monte.2014.01.0235

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 P. Allain, G. Aubin, & D. Le Gall (Éd.), *Cognition sociale et neuropsychologie* (p. 163-178). Marseille: Solal.

Woldag, H., Voigt, N., Bley, M., & Hummelsheim, H. (2017). Constraint-Induced Aphasia Therapy in the Acute Stage: What Is the Key Factor for Efficacy? A Randomized Controlled Study. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 31(1), 72-80. DOI : 10.1177/1545968316662707

Supports de rééducation et sites Internet ayant servis et inspirés la création de certaines activités du programme de rééducation :

- Ardisson, J., & Besnardeau, J. (2007). *Contribution à l'élaboration d'un matériel d'intervention orthophonique visant la réhabilitation des troubles pragmatiques expressifs d'adultes cérébrolésés – Tome II*. Université Claude-Bernard Lyon 1, Lyon.
- Bony, C., & Rouyres, S. (2012). *La communication des traumatisés crâniens : programme d'intervention écologique, d'éducation et de réhabilitation*. Université Lille 2 Droit et Santé, Lille.
- Bourhous, L. (2007). *Mais qu'est-ce qu'ils disent ?* Isbergues, France : Ortho Édition.
- Boutard, C., & Brouard, E. (2003). *300 exercices de compréhension d'inférences logique et pragmatique et de chaînes causales*. Isbergues, France: Ortho Édition. N'est plus édité.
- Zonk, Z. (n.d.). *Les expressions imagées d'Archibald*. Consultable sur <http://focus.tv5monde.com/expressions-imagees/les-expressions-francaises/>
- *Histoires de Globi*. (2005). SCHUBI
- IREPS (n.d.). *Activité de l'île déserte*. Consulté le 15 septembre 2017, à l'adresse suivante : http://www.cartablecps.org/_docs/Fichier/2016/7-160701043311.pdf.

- Lyons, M., & Lyons, R. (1998). *Logix – Nouvelle édition*. Québec, Canada : Chenelière Éducation
- *Problem Solving*. (2006). Colorcards.
- *Séquences en 6 et 8 étapes pour adultes*. (2006). Colorcards
- Sigouin, S. (2007). *Intervention pour la compréhension des actes de langages indirects chez les adultes cérébrolésés droits*. Université de Montréal, Montréal.
- Site Internet : <http://micetf.fr/>
- Turcotte, E. (2005). *Exploration des moyens d'intervention visant les règles de la conversation chez un individu cérébrolésés droit*. Université de Montréal, Montréal.

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

TABLEAUX :

Tableau 1 : Types de questions et échelles de mesures utilisés afin de constituer les questionnaires propres à l'enquête	33
---	----

FIGURES :

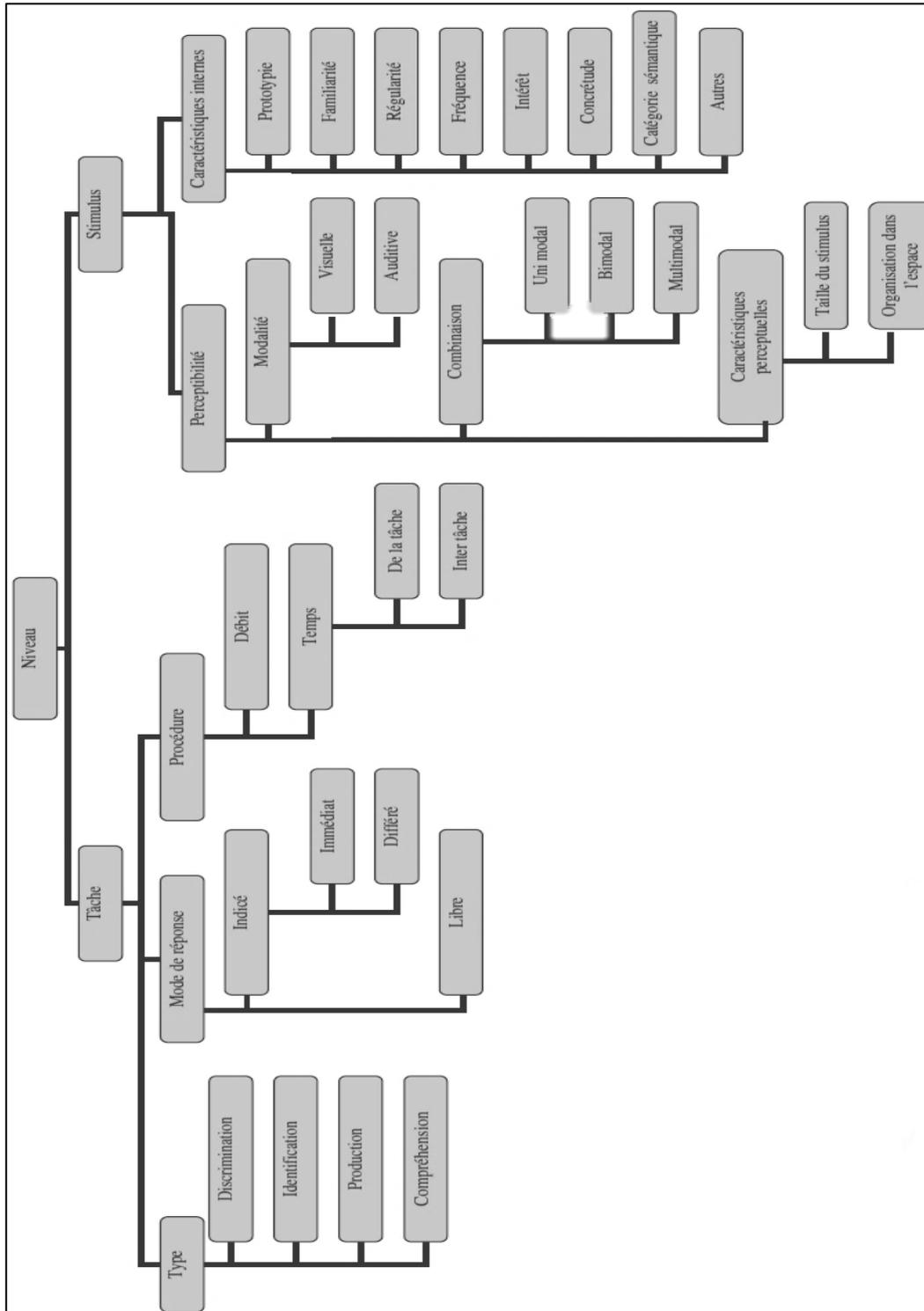
Figure 1 : Données issues du traitement des questions 7 portant sur l'illustration de l'axe de travail par le pictogramme relatif au maintien du sujet.....	38
Figure 2 : Données issues du traitement des questions 7 portant sur l'illustration de l'axe de travail par le pictogramme relatif au savoir partagé – quantité d'informaitons à fournir	38
Figure 3 : Données issues du traitement des questions 7 portant sur l'illustration de l'axe de travail par le pictogramme relatif au savoir partagé – pertinence des informations	38
Figure 4 : Données issues du traitement des questions 7 portant sur l'illustration de l'axe de travail par le pictogramme relatif au savoir partagé – quantité d'informations à fournir et pertinence de celles-ci	38
Figure 5 : Données issues du traitement des questions 7 portant sur l'illustration de l'axe de travail par le pictogramme relatif à la gestion de l'échange et tour de parole	38
Figure 6 : Données issues du traitement des questions 7 portant sur l'illustration de l'axe de travail par le pictogramme relatif au traitement de l'humour	38
Figure 7 : Données issues du traitement des questions 7 portant sur l'illustration de l'axe de travail par le pictogramme relatif au traitement de la demande indirecte	39
Figure 8 : Données issues du traitement des questions 7 portant sur l'illustration de l'axe de travail par le pictogramme relatif au traitement des inférences	39

ANNEXES

TABLE DES MATIERES

Annexe A : Organigramme des facteurs de progression du niveau de difficulté des tâches d'intervention pour les déficits communicationnels chez les individus CLD (Pauzé, 2005, p.v).....	i
Annexe B : Fiche-type de séance et illustrations du séparateur.....	ii
Annexe C : Tableau récapitulatif de l'ensemble des séances du programme.....	iv
Annexe 8 : Engagement éthique.....	viii
Annexe D : « Questionnaire pour l'évaluation d'une séance »	ix
Annexe E : « Questionnaire pour l'évaluation du programme ».....	xi
Annexe F : Questionnaire « Recueil des impressions des patients ».....	xiii
Annexe G : Diffusion d'une annonce pour le recrutement d'orthophonistes.....	xiv
Annexe 7 : Lettre de consentement éclairé soumise aux patients.....	xv
Annexe H : Tableaux de distribution.....	xvi
Annexe 7' : Courriel introductif pour l'évaluation du programme présentant le consentement libre et éclairé soumis aux orthophonistes.....	xvii
Annexe I : Échantillonnage des séances parmi les enquêtés.....	xviii
Annexe J : Traitements concernant la représentativité de l'échantillon d'enquêtés	xix
Annexe K : Tableau de données brutes, tableaux statistiques et secteurs relatifs au « Questionnaire pour l'évaluation du programme ».....	xx
Annexe L : Tableaux de données brutes et secteurs relatifs au « Questionnaire pour l'évaluation d'une séance ».....	xxv

Annexe A : Organigramme des facteurs de progression du niveau de difficulté des tâches d'intervention pour les déficits communicationnels chez les individus CLD (Pauzé, 2005, p.v)



Annexe B : Fiche-type de séance et illustrations du séparateur

Programme de rééducation des compétences pragmatiques Séance 10

Axe de travail Comprendre les intentions de communication

- Les expressions idiomatiques
- Les demandes indirectes
- Les métaphores et comparaisons

Accueil des patients - Introduction
Temps estimé : 10 minutes

- Faire un tour de table des noms des participants
- Rappeler les règles du groupe* :
 - o Confidentialité : tout ce qui se passe ou ce qui est dit pendant la séance reste entre les participants.
 - o Libre - participation : chacun est libre de sa participation et ne sera en aucun cas forcé. Le principe est de faire de son mieux.
 - o Bienveillance : on ne se moque pas des autres, on se conduit envers les autres avec respect.
 - o Régularité : dans l'idéal, chaque participant suit l'ensemble des séances du programme.
- Rappeler les objectifs du programme de rééducation** des compétences pragmatiques verbales.
 - o Faciliter les échanges avec votre environnement
 - o Faciliter votre retour à domicile
 - o Acquérir des stratégies pour mieux communiquer
 - o S'adapter aux compétences des autres membres du groupe (ou d'un groupe en général)

* Lors de la première séance, le thérapeute devra énumérer ces règles en les explicitant. Au fur et à mesure des séances, il peut être proposé aux patients de retrouver ces règles et/ou de les illustrer.

** Au fur et à mesure des séances, il pourra être proposé aux patients de rappeler ces objectifs et/ou de les illustrer.

Sensibilisation
Temps estimé : 15 minutes

D'après les travaux de Sigouin, Montréal, 2007.

Lorsqu'on est avec une autre personne, il peut arriver que celle-ci souhaite nous demander quelque chose, mais qu'elle ne le fasse pas directement.

Par exemple, si une personne dit : « *Il fait froid ici* » alors que la fenêtre est ouverte, elle dit probablement cela parce qu'elle veut qu'on *ferme la fenêtre*. Ce type de demande est dit indirect et est souvent utilisé dans les échanges entre deux personnes.

Pour comprendre la demande indirecte et décoder le vrai message, il faut lire entre les lignes des commentaires dits par la personne.

Il est important de bien comprendre les demandes indirectes qui nous sont adressées, pour réagir de la bonne façon.

Programme de rééducation des compétences pragmatiques Séance 10

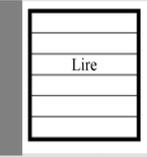
Lorsqu'on est avec une autre personne, il peut arriver que celle-ci utilise des métaphores ou des comparaisons.

Par exemple, si une personne dit : « Le réchauffement climatique est un danger pour la Grande Bleue », il dit que « le réchauffement climatique est un danger pour la Terre ». C'est une métaphore. Par exemple, si une personne dit : « La forme de la Terre est comme celle d'une orange », il dit : « la Terre est ronde ». C'est une comparaison.

Il est important de bien comprendre les métaphores et les comparaisons dans le discours de notre interlocuteur au risque de ne plus réussir à suivre la conversation et de ne plus savoir de quoi vous parlez.

Analogue et Pictogramme :

Comprendre les demandes indirectes, les métaphores et les comparaisons, c'est lire entre les lignes.



Pictogramme élaboré par Sigouin (2007)

Exercice de sensibilisation : Mais qu'est-ce que ça cache ?

Les illustrations utilisées sont issues du travail de Zaida Zonk.

Consigne à destination des patients :

Au centre de la table, il y a un tas de carte « Expression ». L'un d'entre vous pioche une carte. Vous pouvez lire l'expression ou faire circuler la carte parmi tous les participants.

Vous avez devant vous des cartes. Sur chaque carte se trouve une explication (ce peut être un mot ou une phrase).

Ensuite, vous devez retrouver l'explication correspondante à l'expression parmi toutes les propositions devant vous.

♣ **A l'attention des thérapeutes :**

Ce matériel de sensibilisation pourra être utilisé en modalité visuelle et/ou auditive ce qui permettra de faire évoluer les facteurs de progression du stimulus.

Pour vous aider à mener à bien la phase de sensibilisation, vous trouverez des conseils dans le

Programme de rééducation des compétences pragmatiques Séance 10

fichier intitulé « Recommandations ».

Transfert vers l'activité analytique/fonctionnelle – Discussion
Temps estimé : 5 minutes

Exercices analytiques et fonctionnels – Tu dis quoi ?
Temps estimé : 25 minutes

Consigne à destination des patients :

Ce jeu se compose de cartes « MC » et de cartes « D ».

Chacun votre tour, vous lancez un dé (6 faces) et avancez sur le plateau de jeu en fonction du chiffre obtenu. En fonction du numéro de la case, un des autres participants pioche la carte correspondante.

Vous devez donner l'explication correspondante à l'expression sur la carte. Vous pouvez demander de l'aide aux autres participants.

♣ **A l'attention des thérapeutes :**

Les joueurs jouent chacun leur tour en lançant les dés. Ils peuvent tomber sur différentes cases :

- D (demande indirecte) : le thérapeute ou un autre joueur pioche alors dans la pile de cartes « D ». Le joueur dont c'est le tour doit identifier si la demande est directe ou indirecte. Il expliquera son choix.
- M-C (métaphore – comparaison) : le thérapeute ou un autre joueur pioche alors dans la pile de cartes « M-C ». Le joueur dont c'est le tour doit identifier la signification de la métaphore. Il expliquera son choix.
- Reculez de 2 cases
- Avancez de 3 cases
- Stop pour un tour

Le plateau de jeu s'inspire du jeu de l'oie. Le parcours du participant peut donc se modifier s'il tombe sur les cases :

- Soleil : Avance d'1 case supplémentaire si bonne réponse.
- Éclair : Avance de 4 cases supplémentaires si bonne réponse.
- Recul d'1 case
- Arrêtez-vous pour un tour
- La case 24 : deux réponses sont attendues. Si les réponses sont bonnes, le joueur avance de deux cases supplémentaires
- Echelle unidirectionnelle (le joueur ne peut qu'avancer s'il tombe dessus).

Le jeu débute sur la carte « Départ » et s'achève lorsqu'un participant atteint la case « Arrivée ».

Pour chaque carte « D » ou « M-C », le joueur peut être aidé par des indices fournis oralement. Il y a 15 cartes M-C et 13 cartes D.

Ce matériel pourra être utilisé en modalité visuelle et/ou auditive ce qui permettra de faire évoluer les facteurs de progression du stimulus. Le thérapeute pourra guider les patients dans la lecture des cartes voire les lire à leur place. Il est laissé libre au thérapeute de choisir la modalité de présentation des cartes.

Programme de rééducation des compétences pragmatiques Séance 10

Pour soulager le coût mnésique lié aux pions à avancer, le thérapeute peut proposer aux participants de jouer avec un pion commun.

Pour vous aider à mener à bien la phase analytique/fonctionnelle, vous trouverez des conseils dans le fichier intitulé « Recommandations ».

Conclusion de la séance – Recueil des impressions
Temps estimé : 5 minutes

Illustration du séparateur créé pour la mise en place du programme :

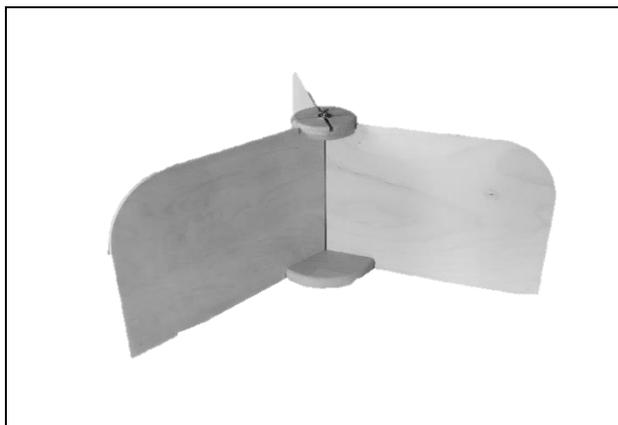


Illustration 1 : Séparateur en bois permettant de créer 3 compartiments

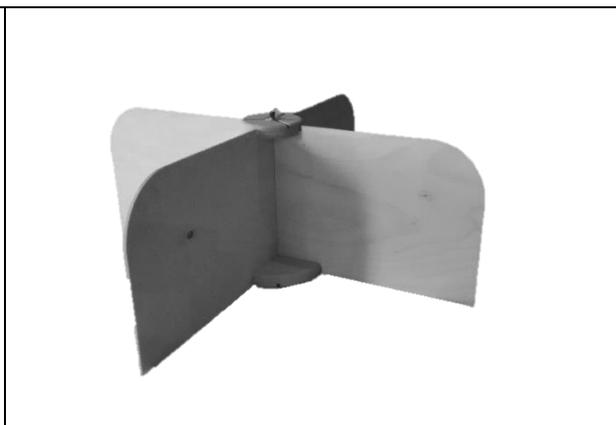


Illustration 2 : Séparateur en bois permettant de créer 4 compartiments

Annexe C : Tableaux récapitulatifs de l'ensemble des séances du programme

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des séances 1 à 10

Axe de travail Étape de séance	Maintien du sujet	Savoir partagé – quantité d'informations	Gestion de l'échange – Tour de Parole	Savoir partagé – pertinence des informations	Compréhension des intentions de communication
Sensibilisation	Séance 1 Ensemble de questions/réponses que les participants doivent classer selon l'adéquation entre la réponse et la question.	Séance 2 Une situation est proposée. Une question est posée aux patients pour savoir s'il y a ou non assez d'informations fournies pour comprendre.	Séance 3 Pièces de puzzle « chemin de fer » à rassembler.	Séance 4 Situation – besoins : élément indispensable pour la réalisation d'une action à sélectionner.	Séance 5 Critique de l'absurde à partir d'images.
	Association d'idées en lien avec un mot « thème » de référence.	Travail en situation PACE : personnages/personnes célèbres.	Cartes thème – idées : concaténation de phrases à partir d'une carte thématique et des idées associées.	Travail en situation PACE : description d'agencement de mobilier.	Jeux de mots autour des prénoms à l'aide d'un plateau de jeu.
Analytique / fonctionnelle	Séance 6 Repérage de digressions dans des extraits audio et/ou écrit. <u>Facteurs de progression du niveau de difficulté :</u> • Nouvelle activité	Séance 7 Une situation est proposée. Une question est posée aux patients pour savoir s'il y a ou non assez d'informations fournies pour comprendre. <u>Facteurs de progression du niveau de difficulté :</u> • Stimulus : perceptibilité modale (visuelle/auditive), caractéristiques internes (nouveaux items) • Tâche : procédure (complexification de la consigne)	Séance 8 Les événements dans le temps. Mot à dire en lien avec un événement historique. <u>Facteurs de progression du niveau de difficulté :</u> • Nouvelle activité	Séance 9 Situation – besoins : élément indispensable pour la réalisation d'une action à sélectionner. <u>Facteurs de progression du niveau de difficulté :</u> • Tâche : procédure • Stimulus : perceptibilité : modalité visuelle et/ou auditive + caractéristiques perceptuelles : taille du stimulus et organisation dans l'espace	Séance 10 Association d'idées entre des cartes « expressions idiomatiques » et des cartes « signification ».
	Avantages/désavantages vis-à-vis d'une affirmation. <u>Facteurs de progression du niveau de difficulté pour l'activité analytique/fonctionnelle :</u> • Nouvelle activité	Séquences en désordre à décrire – histoire séquentielle. <u>Facteurs de progression du niveau de difficulté pour l'activité analytique/fonctionnelle :</u> • Nouvelle activité	Carte thème – idées <u>Facteurs de progression du niveau de difficulté :</u> • Tâche : procédure (complexification de la consigne) • Stimulus : perceptibilité : modalité visuelle et/ou auditive	Activités inspirées du Logix : formes géométriques à disposer sur une grille vierge d'après description orale. <u>Facteurs de progression du niveau de difficulté :</u> • Nouvelle activité	Jeu de plateau avec des cartes autour des métaphores, comparaisons, demandes indirectes.

Tableau 2 : Tableau récapitulatif des séances 11 à 15

	Séance 11	Séance 12	Séance 13	Séance 14	Séance 15
Sensibilisation	<p>Ensemble de questions/réponses que chaque participant doit classer selon l'adéquation entre la réponse et la question :</p> <p>argumentation/comparaison des propositions faites.</p> <p><u>Facteurs de progression du niveau de difficulté :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stimulus : caractéristiques perceptuelles (taille et organisation de l'espace) • Tâche : procédure 	<p>Une situation est proposée. Une question est posée aux patients pour savoir s'il y a ou non assez d'informations fournies pour comprendre.</p> <p><u>Facteurs de progression du niveau de difficulté :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stimulus : perceptibilité modalité (visuelle/auditive), caractéristiques internes (nouveaux items) • Tâche : procédure (complexification de la consigne) 	<p>Puzzle.</p> <p><u>Facteurs de progression du niveau de difficulté :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nouvelle activité 	<p>Situation – besoins : élément indispensable pour la réalisation d'une action à sélectionner.</p> <p><u>Facteurs de progression du niveau de difficulté :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tâche : procédure • Stimulus : perceptibilité : modalité visuelle et/ou auditive + caractéristiques perceptuelles : taille du stimulus et organisation dans l'espace 	<p>Elaboration de dialogues à partir de supports imagés.</p>
Analytique / fonctionnelle	<p>Associations d'idées avec phrases, arguments développés attendus à partir de cartes « thème ».</p> <p><u>Facteurs de progression du niveau de difficulté :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stimulus : perceptibilité modalité (visuelle/auditive) • Tâche : procédure (évolution de la consigne) 	<p>Travail situation PACE : savoir contextuel par la complétion de plan à partir d'une description orale.</p> <p><u>Facteurs de progression du niveau de difficulté : / Nouvelle activité</u></p>	<p>Discussion autour d'affirmations → situations de débat.</p> <p><u>Facteurs de progression du niveau de difficulté : activité qui a été travaillée dans l'axe maintien du sujet</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tâche : procédure (complexification de la consigne) • Stimulus : perceptibilité : modalité visuelle et/ou auditive 	<p>Devinette autour de pays ou ville.</p> <p><u>Facteurs de progression du niveau de difficulté : / Nouvelle activité</u></p>	<p>Interprétation/inférences de la cause ou conséquence de cartes « situation ».</p>

Tableau 3 : Tableau récapitulatif des séances 16 à 19

<p>Sensibilisation</p>	<p>Séance 16</p> <p>Ensemble de questions/réponses que chaque participant doit classer selon l'adéquation entre la réponse et la question :</p> <p>argumentation/comparaison des propositions faites.</p> <p><u>Facteurs de progression du niveau de difficulté :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stimulus : caractéristiques internes (nouveaux items) 	<p>Séance 17</p> <p>Description de procédures présentées en modalités écrite et/ou visuelle.</p> <p><u>Facteurs de progression du niveau de difficulté :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nouvelle activité 	<p>Séance 18</p> <p>Images à séquencer.</p> <p><u>Facteurs de progression du niveau de difficulté :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nouvelle activité 	<p>Séance 19</p> <p>Choix d'indices : quel est l'indice le plus pertinent parmi les 2 proposés pour faire deviner la carte sélectionnée ?</p> <p><u>Facteurs de progression du niveau de difficulté :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nouvelle activité 	
<p>Analytique fonctionnelle</p>	<p>Avantages/inconvénients avec contrainte induite : les patients doivent choisir un camp (c'est-à-dire « pour » ou « contre ») avant d'argumenter.</p> <p><u>Facteurs de progression du niveau de difficulté :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nouvelle activité 	<p>Activité inspirée sur le matériel « Problem Solving » sur un format P.A.C.E</p> <p>→ paire d'images à reconstituées à partir d'une description orale.</p> <p><u>Facteurs de progression du niveau de difficulté :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stimulus : caractéristiques perceptuelles (taille et organisation dans l'espace) et caractéristiques internes : nouveaux items. 	<p>Activité de débat sur un principe de « pour ou contre ».</p> <p><u>Facteurs de progression du niveau de difficulté :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nouvelle activité 	<p>Devinette objets du quotidien.</p> <p><u>Facteurs de progression du niveau de difficulté :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nouvelle activité 	

Tableau 4 : Tableau récapitulant les séances 20 à 23

Séances de fin de programme	Séance 20	Séance 21	Séance 22	Séance 23
Étape de séance	<p>⇒ Maintien du sujet</p> <p>⇒ Gestion de l'échange et tour de parole</p>	<p>⇒ Savoir partagé – quantité et pertinence des informations</p>	<p>⇒ Maintien du sujet</p> <p>⇒ Gestion de l'échange et tour de parole</p>	<p>⇒ Maintien du sujet</p> <p>⇒ Gestion de l'échange et tour de parole</p>
Sensibilisation	<p>Repérage de digressions personnelles dans des extraits.</p> <p><u>Facteurs de progression du niveau de difficulté :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stimulus : caractéristiques internes et perceptibilité (modalité : visuelle et/ou auditive) 	<p>Temps d'échange sur les difficultés pragmatiques rencontrées par les patients.</p> <p><u>Facteurs de progression du niveau de difficulté :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nouvelle activité 	<p>Ensemble de questions/réponses que chaque participant doit classer selon l'adéquation entre la réponse et la question : argumentation/comparaison des propositions faites.</p> <p><u>Facteurs de progression du niveau de difficulté :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Stimulus : caractéristiques internes (nouveaux items) 	<p>Imaginer un temps d'échange (une explication) avec son entourage familial/personnel pour lui expliquer les raisons de la participation au groupe de prise en charge.</p> <p><u>Facteurs de progression du niveau de difficulté :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nouvelle activité
Analytique / fonctionnelle	<p>Activité de débat.</p> <p><u>Facteurs de progression du niveau de difficulté :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tâche : procédure et mode de réponse (libre) 	<p>Activité inspirée du principe du Times Up avec des cartes aux catégories sémantiques différentes.</p> <p><u>Facteurs de progression du niveau de difficulté :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nouvelle activité 	<p>Jeux de rôles.</p> <p><u>Facteurs de progression du niveau de difficulté :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nouvelle activité 	<p>Activité inspirée de l'île déserte : choix d'objets restreints et argumentation.</p> <p><u>Facteurs de progression du niveau de difficulté :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nouvelle activité

Annexe 8 : Engagement éthique



UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DES SCIENCES
ET DES TECHNIQUES

Centre de Formation Universitaire en Orthophonie
Directeur : Dr Florent ESPITALIER
Directrice Pédagogique : Mme Valérie MARTINAGE
Directrice des Stages : Mme Christine NUEZ

Je soussignée Mathilde GABORIAU, dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de fin d'études orthophoniques à l'Université de Nantes, m'engage à respecter les principes d'Helsinki concernant la recherche impliquant la personne humaine.

L'étude proposée vise à mettre en pratique un programme de rééducation des troubles de la pragmatique du langage auprès d'un groupe de patients cérébrolésés afin de juger de la pertinence du support par rapport au profil des patients. Par ailleurs, il s'agit de diffuser ce programme auprès d'orthophonistes diplômés afin de recueillir leur avis sur le matériel à l'aide de questionnaires. Conformément à la déclaration d'Helsinki, je m'engage à :

- informer tout participant sur les buts recherchés par cette étude et les méthodes mises en œuvre pour les atteindre,
- obtenir le consentement libre et éclairé de chaque participant à cette étude
- préserver l'intégrité physique et psychologique de tout participant à cette étude,
- informer tout participant à une étude sur les risques éventuels encourus par la participation à cette étude,
- respecter le droit à la vie privée des participants en garantissant l'anonymisation des données recueillies les concernant, à moins que l'information ne soit essentielle à des fins scientifiques et que le participant (ou ses parents ou son tuteur) ne donne son consentement éclairé par écrit pour la publication,
- préserver la confidentialité des données recueillies en réservant leur utilisation au cadre de cette étude.

Fait à : Nantes

Le 01/09/2017

Signature

Annexe D : « Questionnaire pour l'évaluation d'une séance »

{ 1 }

Questionnaire pour l'évaluation d'une séance

Merci de répondre à l'ensemble du questionnaire après la lecture de la fiche de séance. Les données issues de cette grille nous permettront de juger de la pertinence des activités proposées. De plus, nous pourrions procéder à la modification de la séance en fonction des critiques cliniques.

1. Informations générales

Numéro de la séance : Séance ____

Nom du thérapeute :

2. Les étapes de séance

o L'étape d'accueil

Question 1 - Le temps estimé pour cette étape est :				
-2 <small>trop court</small>	-1	0 <small>approprié</small>	1	2 <small>trop long</small>
Si vous estimez le temps comme non pertinent, merci de préciser le temps qui vous paraîtrait le plus pertinent afin de réajuster notre estimation :				
Question 2 - D'une manière générale, cette étape vous paraît :				
-2 <small>trop facile</small>	-1	0 <small>approprié</small>	1	2 <small>trop difficile</small>

o L'étape de sensibilisation

Question 3 - Le temps estimé pour cette étape est :				
-2 <small>trop court</small>	-1	0 <small>approprié</small>	1	2 <small>trop long</small>
Si vous estimez le temps comme non pertinent, merci de préciser le temps qui vous paraîtrait le plus pertinent afin de réajuster notre estimation :				
Question 4 - D'une manière générale, cette étape vous paraît :				
-2 <small>trop facile</small>	-1	0 <small>approprié</small>	1	2 <small>trop difficile</small>

o Concernant l'explication, l'analogie et le(s) pictogramme(s)

Question 5 - L'explication utilisée pour expliquer l'axe de travail vous semble-t-elle adaptée ?				
-2 <small>trop facile</small>	-1	0 <small>adaptée</small>	1	2 <small>trop difficile</small>

{ 2 }

Question 6 - L'analogie utilisée pour expliquer l'axe de travail vous semble-t-elle appropriée ?				
-2 <small>trop facile</small>	-1	0 <small>appropriée</small>	1	2 <small>trop difficile</small>
Question 7 - Le pictogramme illustre-t-il correctement l'axe de travail de la séance ?				
-2 <small>trop facile</small>	-1	0 <small>illustre à l'axe de travail</small>	1	2 <small>trop difficile</small>

o Concernant l'exercice de sensibilisation :

Question 8 - L'exercice de sensibilisation répond-il à l'axe de travail de la séance ?				
-2 <small>quelques éléments hors-sujets par rapport au programme</small>	-1	0 <small>répond à l'axe de travail</small>	1	2 <small>quelques éléments répondent à un autre axe de travail du programme</small>
Question 9 - La consigne vous semble-t-elle adaptée ?				
-2 <small>trop facile</small>	-1	0 <small>adaptée</small>	1	2 <small>trop difficile</small>

o L'exercice de sensibilisation vous paraît :

-2 <small>trop facile</small>	-1	0 <small>approprié</small>	1	2 <small>trop difficile</small>
NR <small>Non adapté à l'axe de travail</small>				

Question 11 - Le matériel (format, détails, couleurs, quantités d'items...) pour cet exercice est :

-2 <small>trop facile</small>	-1	0 <small>approprié</small>	1	2 <small>trop difficile</small>
----------------------------------	----	-------------------------------	---	------------------------------------

o Le changement d'activités

Question 12 - Le temps estimé pour cette étape est :				
-2 <small>trop court</small>	-1	0 <small>approprié</small>	1	2 <small>trop long</small>
Si vous estimez le temps comme non pertinent, merci de préciser le temps qui vous paraîtrait le plus pertinent afin de réajuster notre estimation :				
Question 13 - D'une manière générale, cette étape vous paraît :				
-2 <small>trop facile</small>	-1	0 <small>appropriée</small>	1	2 <small>trop difficile</small>

o L'étape analytique/fonctionnelle

Question 14 - Le temps estimé pour cette étape est :				
-2 <small>trop court</small>	-1	0 <small>approprié</small>	1	2 <small>trop long</small>
Si vous estimez le temps comme non pertinent, merci de préciser le temps qui vous paraîtrait le plus pertinent afin de réajuster notre estimation :				
Question 15 - La consigne vous semble-t-elle adaptée ?				
-2 <small>trop facile</small>	-1	0 <small>adaptée</small>	1	2 <small>trop difficile</small>

Annexe E : « Questionnaire pour l'évaluation du programme »

{ 1 }

Questionnaire pour l'évaluation du programme

Merci de répondre à l'ensemble du questionnaire lorsque vous aurez évalué plusieurs séances du programme. Les données issues de cette grille permettront de juger de la pertinence des activités proposées. De plus, vos critiques cliniques nous permettront de modifier le programme.

1. Informations sur le thérapeute

Vous êtes (une case à cocher) :

- = Un homme
- = Une femme
- = Non défini

Mode d'exercice (une case à cocher) :

- = En libéral
- = En institution
- = En exercice mixte (libéral et institution)

Nombre d'années de pratique en orthophonie :

Tranche d'âge du thérapeute (une case à cocher) :

- = 20 - 29 ans
- = 30 - 39 ans
- = 40 - 49 ans
- = 50 - 59 ans
- = Plus de 60 ans

Avez-vous déjà animé un groupe thérapeutique en orthophonie ? (une case à cocher)

- = Oui
- = Non

⇒ Si oui, pouvez-vous préciser le(s) thème(s) du groupe thérapeutique ?

Avez-vous déjà mené des prises en charge orthophonique auprès de patients présentant une cérébrolésion acquise ?

- = Oui
- = Non

Nombre de séances évaluées dans le programme proposé :

{ 2 }

2. Informations générales sur le programme

Question 1 - La présentation des fiches (typologies, couleurs, ordonnancement des items) vous semble :			
trop peu	-2	-1	0 adaptée
			1
			2 trop détaillé
Question 2 - Le contenu de la fiche de séance (axe de travail, les différentes étapes,...) du programme vous a paru :			
trop peu	-2	-1	0 adapté
			1
			2 trop détaillé
Question 3 - Les items situés dans les recommandations générales vous paraissent :			
trop peu	-2	-1	0 adaptés
			1
			2 trop détaillés
Question 4 - Le nombre de séances du programme est :			
trop peu	-2	-1	0 adapté
			1
			2 trop détaillé
Question 5 - Selon vous, l'organisation de la séance en étapes (sensibilisation, changement d'activité, tâche analytique/fonctionnelle/conclusion) est pertinente :			
Fas du tout décodé	-2	-1	0
			1
			2
Question 6 - Les objectifs du programme vous paraissent adaptés à la population de patients cérébrolésés présentant des troubles de la pragmatique :			
Fas du tout décodé	-2	-1	0
			1
			2
Question 7 - De manière générale, le programme de rééducation des troubles de la pragmatique vous paraît pertinent :			
Fas du tout décodé	-2	-1	0
			1
			2

3. Informations sur les progressions proposées

Question 8 - Les suggestions de progressions (situées dans les items « A l'attention des thérapeutes ») sont pertinentes en situation clinique :			
Fas du tout décodé	-2	-1	0
			1
			2
Question 9 - Les progressions proposées au sein d'une même activité vous paraissent adaptées :			
Fas du tout décodé	-2	-1	0
			1
			2
Question 10 - Les progressions proposées entre les activités (d'un même axe de travail) vous paraissent adaptées :			
Fas du tout décodé	-2	-1	0
			1
			2

4. Informations sur les étayages et temps d'échanges

Question 11 - Le contenu des différents types d'étayages possibles pour le thérapeute (présents dans la fiche « Recommandations générales ») doit être précisé :

-2 Pas du tout d'accord	-1 Plutôt pas d'accord	0 Ni d'accord, ni pas d'accord	1 Plutôt d'accord	2 Tout à fait d'accord
----------------------------	---------------------------	-----------------------------------	----------------------	---------------------------

Question 12 - Le changement d'activités vous semble adapté pour être un temps d'échanges sur les difficultés rencontrées au quotidien par les patients concernant les troubles pragmatiques :

-2 Pas du tout d'accord	-1 Plutôt pas d'accord	0 Ni d'accord, ni pas d'accord	1 Plutôt d'accord	2 Tout à fait d'accord
----------------------------	---------------------------	-----------------------------------	----------------------	---------------------------

Question 13 - La conclusion de la séance vous semble adaptée pour être un temps d'échanges sur les difficultés rencontrées au quotidien par les patients concernant les troubles pragmatiques :

-2 Pas du tout d'accord	-1 Plutôt pas d'accord	0 Ni d'accord, ni pas d'accord	1 Plutôt d'accord	2 Tout à fait d'accord
----------------------------	---------------------------	-----------------------------------	----------------------	---------------------------

Question 14 - Du point de vue des étapes d'une séance, laquelle entre la conclusion et la sensibilisation vous semble la plus pertinente pour être un temps d'échange quant aux difficultés rencontrées au quotidien par les patients concernant leurs troubles pragmatiques ?

- = L'étape de sensibilisation
- = L'étape de conclusion

5. Informations sur les troubles cognitifs

Question 15 - Les différents troubles cognitifs associés aux troubles pragmatiques sont suffisamment pris en compte dans le programme de rééducation :

-2 Pas du tout d'accord	-1 Plutôt pas d'accord	0 Ni d'accord, ni pas d'accord	1 Plutôt d'accord	2 Tout à fait d'accord
----------------------------	---------------------------	-----------------------------------	----------------------	---------------------------

6. L'enregistrement vidéo ou audio des séances du programme

Question 16 - L'enregistrement vidéo ou audio des séances est à maintenir (au-delà de la mise en pratique du programme lors de ce mémoire) :

-2 Pas du tout d'accord	-1 Plutôt pas d'accord	0 Ni d'accord, ni pas d'accord	1 Plutôt d'accord	2 Tout à fait d'accord
----------------------------	---------------------------	-----------------------------------	----------------------	---------------------------

Question 17 - Si vous pouviez utiliser des extraits de séance (enregistrés lors de la mise en place du programme) pour illustrer l'axe de travail de la séance que vous animez :

-2 Pas du tout d'accord	-1 Plutôt pas d'accord	0 Ni d'accord, ni pas d'accord	1 Plutôt d'accord	2 Tout à fait d'accord
----------------------------	---------------------------	-----------------------------------	----------------------	---------------------------

Question 17b - Vous préféreriez utiliser des vidéos illustrant les différents axes de travail au travers de mises en scène :

-2 Pas du tout d'accord	-1 Plutôt pas d'accord	0 Ni d'accord, ni pas d'accord	1 Plutôt d'accord	2 Tout à fait d'accord
----------------------------	---------------------------	-----------------------------------	----------------------	---------------------------

- A quel moment de la séance utiliseriez-vous ces extraits ?

- Pendant la phase de sensibilisation
- Pendant la phase de changement d'activités
- Pendant la phase de conclusion
- Autre :

Pistes de travail :

- Généralisation possible du programme à tout patient présentant des troubles de la compétence pragmatique :

-2 Pas du tout d'accord	-1 Plutôt pas d'accord	0 Ni d'accord, ni pas d'accord	1 Plutôt d'accord	2 Tout à fait d'accord
----------------------------	---------------------------	-----------------------------------	----------------------	---------------------------

- Pertinence d'une mesure d'efficacité du programme pour faire suite à ce mémoire de fin d'études :

-2 Pas du tout d'accord	-1 Plutôt pas d'accord	0 Ni d'accord, ni pas d'accord	1 Plutôt d'accord	2 Tout à fait d'accord
----------------------------	---------------------------	-----------------------------------	----------------------	---------------------------

- Autres :

Quelles sont les modifications qui vous paraissent indispensables pour améliorer ce programme ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Annexe G : Diffusion d'une annonce pour le recrutement d'orthophonistes

Madame, Monsieur,

Bonjour,

Je me permets de vous contacter au sujet de mon travail de fin d'études. Mon travail est co-dirigé par une orthophoniste clinicienne et une chercheuse en psychologie.

J'ai élaboré un outil à partir de précédents travaux et de lectures visant les troubles de la pragmatique du langage. Le programme est constitué de 23 séances. Chaque séance est testée auprès d'un groupe de patients au sein d'un service de Médecine Physique et Réadaptation. À l'issue de ces séances, un questionnaire est rempli et vise non pas les performances des patients mais bien la pertinence du support. Le programme est animé par deux thérapeutes à chaque fois.

Je souhaite également recueillir les impressions cliniques des orthophonistes sur le matériel d'où mon annonce. Il s'agit pour vous de lire la fiche de séance et de l'évaluer à l'aide d'un questionnaire. Cinq séances doivent être évaluées au minimum par orthophoniste enquêté. Je vous joins un exemplaire de la séance 1 et le questionnaire pour que vous ayez une idée du travail à réaliser.

Je recueille les avis jusqu'au dimanche 18 mars 2018.

Si vous êtes intéressé(e) par ce projet, vous pouvez me contacter à l'adresse suivante (-) pour que je vous communique les différents éléments nécessaires l'évaluation.

Si vous connaissez d'autres orthophonistes susceptibles d'être intéressé(e)s, n'hésitez pas à leur transmettre cette annonce. J'aimerais pouvoir recueillir le plus grand nombre d'avis pour avoir un ressenti significatif du milieu orthophonique sur l'apport de ce travail.

Cordialement,

Mathilde

Annexe 7 : Lettre de consentement éclairé soumise aux patients



UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DES SCIENCES
ET DES TECHNIQUES

LETTRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE À DESTINATION DES PATIENTS

Centre de Formation Universitaire en Orthophonie
Directeur : Dr Florent ESPITALIER
Directrice Pédagogique : Mme Valérie MARTINAGE
Directrice des Stages : Mme Christine NUEZ

Titre de l'étude : Programme de rééducation à destination des troubles de la pragmatique du langage chez des patients cérébrolésés.

Consentement de participation de :

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Lieu de naissance :
Adresse :

Dans le cadre de la réalisation d'une recherche portant sur l'évaluation des pratiques et des conséquences des pratiques orthophoniques, Mme GABORIAU Mathilde étudiante en orthophonie m'a proposé de participer à une investigation organisée par le Centre de Formation Universitaire en Orthophonie (CFUO) de Nantes.

Mme GABORIAU Mathilde m'a clairement présenté les objectifs de l'étude, m'indiquant que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Afin d'éclairer ma décision, il m'a été communiquée une information précisant clairement les implications d'un tel protocole, à savoir : le but de la recherche, sa méthodologie, sa durée, les bénéfices attendus, ses éventuelles contraintes, les risques prévisibles, y compris en cas d'arrêt de la recherche avant son terme. J'ai pu poser toutes les questions nécessaires, notamment sur l'ensemble des éléments déjà cités, afin d'avoir une compréhension réelle de l'information transmise. J'ai obtenu des réponses claires et adaptées, afin que je puisse me faire mon propre jugement.

J'autorise le service d'orthophonie du pôle de médecine physique et réadaptation neurologique de l'hôpital Saint-Jacques de Nantes à me filmer et enregistrer ma voix dans le cadre des séances de rééducation orthophonique menées les jeudis de 15h à 16h sur la période du 21 septembre 2017 au jeudi 29 mars 2018. Cette autorisation est consentie dans les strictes conditions suivantes : visualisation des séances de rééducation par des orthophonistes diplômés. Cette visualisation aura lieu sur une période de 6 mois à compter du jeudi 21 septembre 2017. La présente autorisation est consentie à titre gracieux. Toutes les données et informations me concernant resteront strictement confidentielles. Seule GABORIAU Mathilde y aura accès.

J'ai pris connaissance de mon droit d'accès et de rectification des informations nominatives me concernant et qui sont traitées de manière automatisées, selon les termes de la loi. J'ai connaissance du fait que je peux retirer mon consentement à tout moment du déroulement du protocole et donc cesser ma participation, sans encourir aucune responsabilité. Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires concernant cette étude. Ayant disposé d'un temps de réflexion suffisant avant de prendre ma décision, et compte tenu de l'ensemble de ces éléments, j'accepte librement et volontairement de participer à cette étude dans les conditions établies par la loi.

Fait à, le

Signature du participant

Signature de l'étudiant

Annexe H : Tableaux de distribution

Pour les données relatives aux « Orthophonistes en France », nous nous sommes appuyés sur les données fournies par le Ministère des Solidarités et de la Santé (2015).

Tableau 1 : *Distribution des orthophonistes selon le critère « sexe »*

Sexe	Orthophonistes en France	Orthophonistes enquêtés
Femme	96.70%	97.61%
Homme	3.30%	2.39%
Total	100%	100%

Tableau 2 : *Distribution des orthophonistes selon le critère « classe d'âge »*

Classe d'âge	Orthophonistes en France	Orthophonistes enquêtés
20-29 ans	19.5%	23.81%
30-39 ans	27.64%	30.96%
40-49 ans	19.66%	35.71%
50-59 ans	17.9%	4.76%
60 ans et plus	15.3%	4.76%
Total	100%	100%

Tableau 3 : *Distribution des orthophonistes selon le critère « mode d'exercice »*

Mode d'exercice	Orthophonistes en France	Orthophonistes enquêtés
Libéral et Mixte	81.28%	64.29%
Centre	18.72%	35.71%
Total	100%	100%

Annexe 7' : Courriel introductif pour l'évaluation du programme présentant le consentement libre et éclairé soumis aux orthophonistes

** Exemple de courriel introductif pour la série de séances 1-6-11-16-21 adressé en réponse à l'annonce (cf. Annexe G)*

Objet du mail : Programme de rééducation à destination des troubles de la pragmatique du langage chez des patients cérébrolésés.

Madame, Monsieur,

Tout d'abord, je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail. J'ai le plaisir de vous transmettre le programme complet. Vous trouverez ci-dessous les informations nécessaires pour procéder à l'évaluation des séances ainsi qu'à l'évaluation du programme dans son ensemble.

Vous devez évaluer les séances 1, 6, 11, 16 et 21 d'ici le dimanche 18 mars 2018. Il s'agit pour vous de lire la fiche de séance. À l'issue de la lecture de chaque fiche, vous devrez remplir le « Questionnaire pour l'évaluation d'une séance » (disponible sous format Word ou PDF). Une fois ces 5 séances évaluées, merci de remplir le « Questionnaire pour l'évaluation du programme » (disponible sous format Word ou PDF). Ce dernier questionnaire ne doit être rempli qu'une seule fois. Tous les documents qui vous seront nécessaires sont disponibles via ce lien : (-)

=> Merci de me transmettre vos évaluations **par courriel** (-) ou **par courrier** (-) selon vos préférences. Je recueille vos avis jusqu'au dimanche 18 mars 2018 à 18h.

Si vous souhaitez évaluer plus de 5 séances, n'hésitez pas à me le signaler pour que je vous attribue d'autres séries de séances.

Je vous rappelle que vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Toutes les données et informations vous concernant resteront strictement confidentielles. Vous avez un droit d'accès et de rectification des informations nominatives vous concernant et qui sont traitées de manière automatisées, selon les termes de la loi. Sachez que vous pouvez retirer votre consentement à tout moment du déroulement du protocole et donc cesser votre participation, sans encourir aucune responsabilité.

Vous remerciant pour le temps que vous accorderez à mon travail, je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Cordialement,

Mathilde GABORIAU

Étudiante au Centre de Formation Universitaire en Orthophonie de Nantes – M2

Contact : (-)

Annexe I : Échantillonnage des séances parmi les enquêtés

Tableau 1 : Récapitulatif du nombre d'avis recueillis selon les axes de travail du programme et exceptions

Séances à évaluer selon les étapes de séances	Nombre d'avis
▪ Étape d'accueil	▪ 34
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Étape de sensibilisation <ul style="list-style-type: none"> ○ Maintien du sujet <ul style="list-style-type: none"> ▪ Séance 20 ▪ Séance 22 ○ Savoir partagé <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quantité d'informations ▪ Pertinence des informations ▪ Séance 21 ○ Gestion de l'échange et tour de parole ○ Comprendre les intentions de communication 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 ▪ 9 ▪ 15 ▪ 8 ▪ 8 ▪ 16 ▪ 7 ▪ 9
▪ Étape de transfert	▪ 34
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Étape analytique/fonctionnelle <ul style="list-style-type: none"> ○ Maintien du sujet <ul style="list-style-type: none"> ▪ Séance 22 ○ Savoir partagé <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quantité d'informations ▪ Pertinence des informations ▪ Séance 21 ○ Gestion de l'échange et tour de parole ▪ Comprendre les intentions de communication 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 ▪ 15 ▪ 8 ▪ 8 ▪ 16 ▪ 7 ▪ 9
▪ Étape de conclusion	▪ 34

Annexe J : Traitements concernant la représentativité de l'échantillon d'enquêtés

Tableau 1 : Tableau statistique fourni par le logiciel JASP 0.8.6.0 concernant un Test Binomial d'après le critère « sexe »

Binomial Test

	Level	Counts	Total	Proportion	p	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Sexe	F	33	34	0.971	1.000	0.847	0.999
	H	1	34	0.029	< .001	7.444e -4	0.153

Note. Proportions tested against value: 0.967.

Tableau 2 : Tableau statistique fourni par le logiciel JASP 0.8.6.0 concernant un Test du Khi2 de conformité avec correction de Yates d'après le critère « classe d'âge »

Classe d'âge	Orthophonistes enquêtés	Orthophonistes en France	Valeurs statistiques
20-29 ans	23.81%	19.5%	0.744415385
30-39 ans	30.96%	27.64%	0.287713459
40-49 ans	35.71%	19.66%	12.2992116
50-59 ans	4.76%	17.9%	8.925675978
60 ans et +	4.76%	15.3%	6.588339869
Valeur de la statistique de test			980,74211377354
			*Valeur du Khi2 théorique à 4 ddl = 9.49

Tableau 3 : Tableau statistique fourni par le logiciel JASP 0.8.6.0 concernant un Test Binomial d'après le critère « mode d'exercice »

Binomial Test

	Level	Counts	Total	Proportion	p	95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
Mode d'exercice	C	6	34	0.176	< .001	0.068	0.345
	LM	28	34	0.824	1.000	0.655	0.932

Note. Proportions tested against value: 0.8128.

**Annexe K : Tableau de données brutes, tableaux statistiques et secteurs relatifs
au « Questionnaire pour l'évaluation du programme »**

Données brutes issues du « Questionnaire pour l'évaluation du programme »

Tableau 1 : Réponses recueillies à l'aide du « Questionnaire pour l'évaluation du programme »

Sexe	Mode d'exercice	Tranche d'âge	Animation de groupe	PEC de patients cérébrlésés	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q17b	Moment d'utilisation de la vidéo	Généralisation du programme	Mesure d'efficacité
F	L	30-39	oui	oui	0	0	0	0	2	2	1	1	1	1	0	-1	-1	Sensibilisation	0	1	0	0	Changement d'activités	1	2
F	C	40-49	oui	oui	0	0	0	1	1	1	2	1	2	1	-1	-1	1	Conclusion	0	-1	-1	-1	Sensibilisation	2	2
F	C	30-39	oui	oui	0	1	0	1	1	1	2	2	1	2	0	-2	0	Conclusion	1	1	-1	-1	Sensibilisation	2	2
F	L	30-39	non	oui	0	0	0	1	1	2	2	1	1	1	0	-1	0	Conclusion	1	-1	0	0	Sensibilisation	2	2
F	L	40-49	oui	oui	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	-2	0	0	Conclusion	1	1	1	-2	Conclusion	1	1
F	M	20-29	oui	oui	1	0	1	-1	1	1	1	1	1	1	-1	0	0	Conclusion	1	0	1	-1	Sensibilisation	2	2
F	M	20-29	non	oui	0	0	0	0	1	2	2	2	2	2	-1	1	0	Conclusion	0	1	1	-2	Sensibilisation	2	2
F	C	40-49	oui	oui	0	0	0	0	1	2	2	2	2	2	-2	1	0	Conclusion	1	1	0	-2	Sensibilisation	2	2
F	C	30-39	oui	oui	0	0	0	1	2	2	2	2	2	2	-1	0	0	Conclusion	1	1	0	-2	Conclusion	2	2
F	M	20-29	oui	oui	0	0	0	0	2	2	2	2	2	2	-2	1	0	Conclusion	0	1	1	-2	Sensibilisation	2	2
F	L	40-49	non	oui	0	0	0	0	2	0	1	1	1	1	0	1	0	Conclusion	0	0	0	0	Sensibilisation	1	1
F	M	30-39	oui	oui	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	0	2	0	Sensibilisation	0	0	0	0	Sensibilisation	1	2
F	L	40-49	oui	oui	0	0	0	0	0	1	1	1	2	1	0	1	0	Conclusion	1	0	1	0	Conclusion	2	2
F	L	60-69	non	oui	0	0	1	0	1	1	1	0	2	1	-1	2	0	Sensibilisation	2	0	0	-1	Conclusion	2	2
F	M	40-49	oui	non	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	-1	1	0	Conclusion	1	0	0	-1	Conclusion	2	2
F	L	20-29	non	oui	0	0	1	1	1	2	1	1	2	1	0	0	0	Conclusion	1	0	0	-2	Conclusion	2	2
F	M	20-29	oui	oui	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	0	0	Conclusion	1	1	1	-1	Changement d'activités	1	2
F	M	30-39	oui	oui	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-1	1	0	Sensibilisation	2	1	0	-1	Conclusion	1	2
F	L	40-49	oui	oui	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	-1	0	0	Conclusion	1	1	1	-2	Sensibilisation	1	2
F	C	40-49	oui	oui	0	0	0	0	2	2	2	1	1	1	-1	1	0	Conclusion	1	1	1	-1	Conclusion	2	2
F	L	50-59	non	oui	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	-1	1	0	Conclusion	1	1	1	-1	Conclusion	1	2
F	M	20-29	non	oui	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	-1	0	0	Conclusion	0	2	2	-1	Changement d'activités	2	2
H	M	30-39	oui	non	0	0	0	0	2	2	2	1	1	1	1	2	2	Sensibilisation	1	0	0	0	Sensibilisation	2	1
F	L	30-39	non	oui	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	0	1	2	Conclusion	1	1	0	-1	Sensibilisation	2	2
F	M	40-49	oui	oui	0	1	0	0	1	1	2	2	1	1	-1	1	1	Conclusion	0	0	0	-1	Sensibilisation	2	1
F	L	20-29	non	oui	0	0	0	0	1	1	2	2	1	1	-2	0	2	Sensibilisation	1	1	0	-2	Conclusion	2	2
F	L	60-69	oui	non	0	0	1	0	2	1	2	2	1	2	-2	0	1	Sensibilisation	1	0	1	0	Conclusion	2	2
F	L	50-59	oui	oui	0	0	0	1	2	1	2	2	1	1	-2	0	0	Conclusion	0	1	1	0	Sensibilisation	2	2
F	L	40-49	oui	oui	0	0	0	0	2	2	2	1	2	2	1	1	0	Sensibilisation	1	1	1	0	Sensibilisation	2	2
F	L	20-29	non	oui	0	0	1	0	1	1	2	1	1	2	-1	1	0	Sensibilisation	1	1	1	-2	Sensibilisation	2	2
F	L	40-49	non	oui	0	0	0	1	1	2	2	1	1	2	0	0	0	Sensibilisation	0	1	2	-2	Changement d'activités	1	2
F	L	20-29	oui	oui	0	0	1	1	1	1	2	2	1	2	0	0	0	Conclusion	1	1	1	-1	Conclusion	1	2
F	M	20-29	oui	oui	0	0	1	1	1	2	2	1	1	2	0	0	0	Conclusion	1	1	1	-2	Sensibilisation	1	2
F	C	20-29	oui	oui	1	0	1	0	2	2	1	1	2	2	-1	0	0	Conclusion	1	1	1	-2	Sensibilisation	2	2

Thèmes des groupes de prises en charge menés par l'échantillon

Tableau 2 : Données brutes concernant les thématiques des groupes menés par l'échantillon

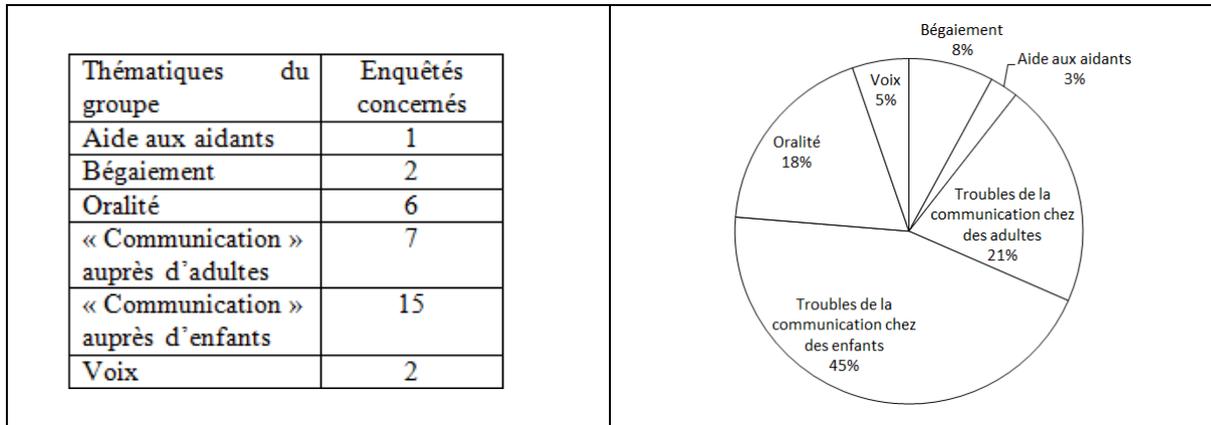


Figure 1 : Thèmes abordés lorsque les orthophonistes de l'échantillon ont mené des groupes thérapeutiques

Facteurs possibles d'influence

Fait d'avoir mené un groupe thérapeutique en tant qu'orthophoniste avait une incidence sur le jugement de pertinence du programme.

Tableau 3 : Données statistiques pour le test de Shapiro-Wilk fournies par le logiciel JASP 0.8.6.0

Assumption Checks ▼			
Test of Normality (Shapiro-Wilk) ▼			
		W	p
P	non	0.786	0.006
	oui	0.711	< .001

Note. Significant results suggest a deviation from normality.

Tableau 4 : Données statistiques pour le test de Mann-Whitney fournies par le logiciel JASP 0.8.6.0

Independent Samples T-Test ▼		
Independent Samples T-Test		
	W	p
P	110.5	0.519

Note. Mann-Whitney U Test.

Conclusion statistique : la distribution des notes d'appréciation générale du programme ne diffère pas significativement entre la population des orthophonistes ayant suivi un groupe celle des orthophonistes n'ayant pas suivi de groupe.

Fait d'avoir pris en charge des patients cérébrolésés avaient une incidence sur l'appréciation du programme.

Tableau 5 : Données statistiques pour le test de Shapiro-Wilk fournies par le logiciel JASP 0.8.6.0

Assumption Checks			
Test of Normality (Shapiro-Wilk)			
		W	p
P	non	0.750	< .001
	oui	0.736	< .001

Note. Significant results suggest a deviation from normality.

Tableau 6 : Données statistiques pour le test de Mann-Whitney fournies par le logiciel JASP 0.8.6.0

Independent Samples T-Test		
Independent Samples T-Test		
	W	p
P	54.50	0.607

Note. Mann-Whitney U Test.

Conclusion statistique : la distribution des notes d'appréciation générale du programme ne diffère pas significativement entre la population des orthophonistes ayant pris en charge des patients cérébrolésés et la population de ceux n'ayant pas pris en charge de patients cérébrolésés.

Corrélation entre le nombre de séances évaluées et l'appréciation du programme.

Tableau 7 : Données statistiques pour le test corrélation de Spearman fournies par le logiciel JASP 0.8.6.0

Spearman's correlations			
		N	P
N	Spearman's rho	-	-
	p-value	-	-
P	Spearman's rho	0,503	-
	p-value	< 0,01	-

Informations générales sur le programme

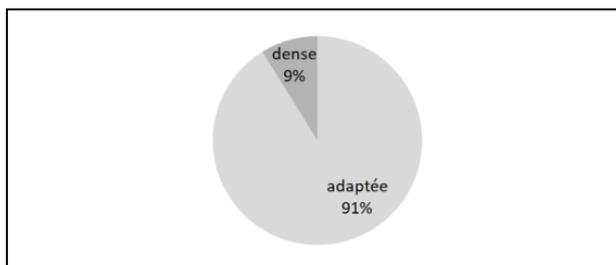


Figure 2 : Données issues de la question 1 portant que la présentation des fiches de séance

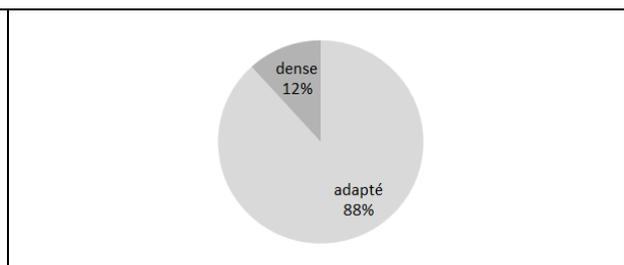


Figure 3 : Données issues de la question 2 portant sur le contenu des fiches de séance

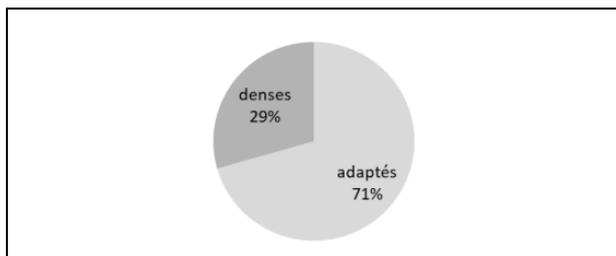


Figure 4 : Données issues de la question 3 portant sur les items situés dans le fichier « Recommandations générales »

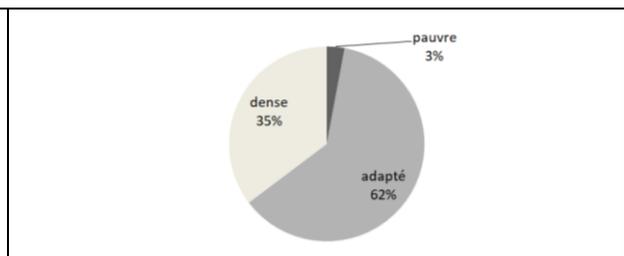


Figure 5 : Données issues de la question 4 portant sur le nombre de séances du programme

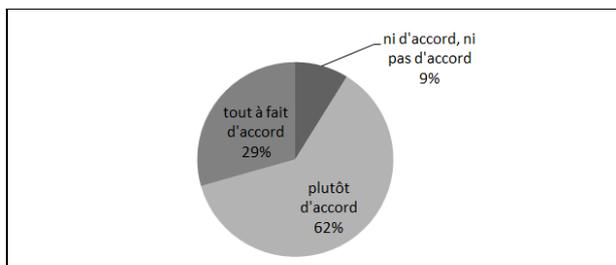


Figure 6 : Données issues de la question 5 portant sur la pertinence de l'organisation en étapes

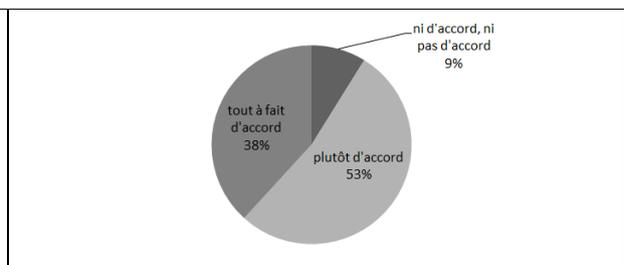


Figure 7 : Données issues de la question 6 portant sur l'adaptation des objectifs à la population cible

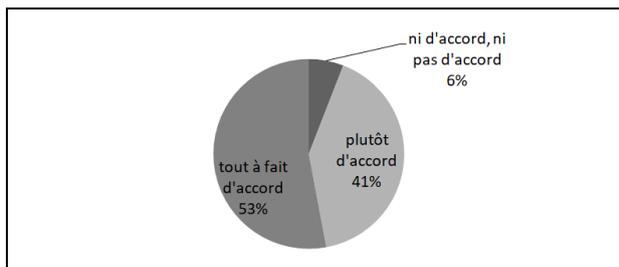


Figure 8 : Données issues de la question 7 portant sur la pertinence du programme

Les progressions au sein du programme

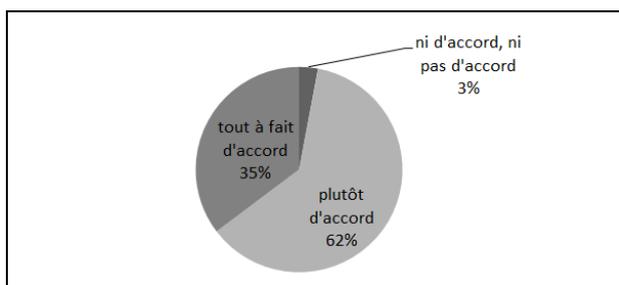


Figure 9 : Données issues de question 8 portant sur la pertinence des suggestions de progression

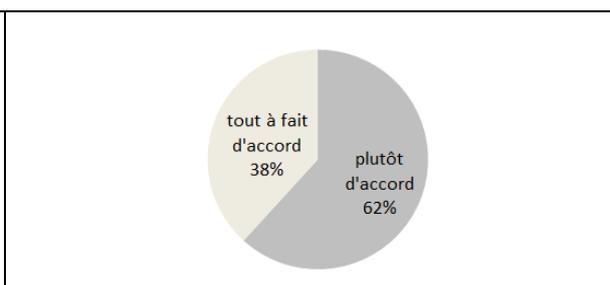


Figure 10 : Données issues de la question 9 portant sur l'adaptation des progressions proposées au sein d'une même activité

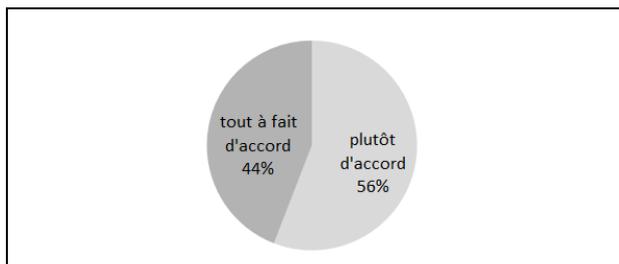


Figure 11 : Données issues de la question 10 portant sur l'adaptation des progressions proposées entre les activités d'un même axe de travail

Les étayages et temps d'échange

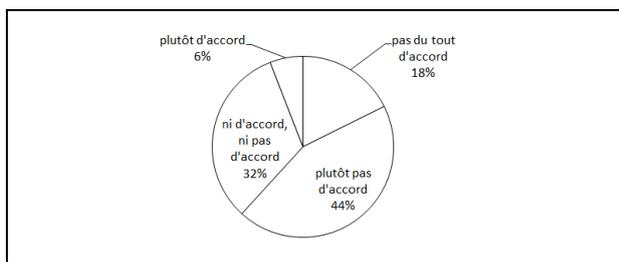


Figure 12 : Données issues de la question 11 portant sur le besoin de précision des différents étayages

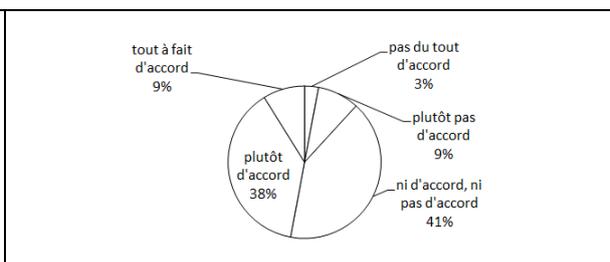


Figure 13 : Données issues de la question 12 portant sur l'adaptation du temps de sensibilisation comme temps d'échange sur les troubles pragmatiques

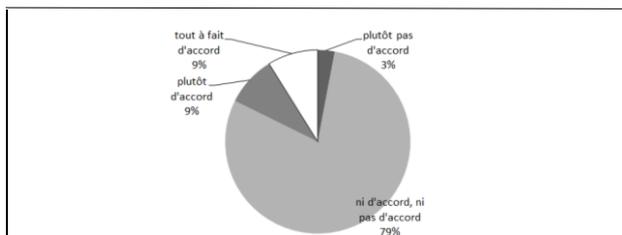


Figure 14 : Données issues de la question 13 portant sur l'adaptation du temps de conclusion comme temps d'échange sur les troubles pragmatiques

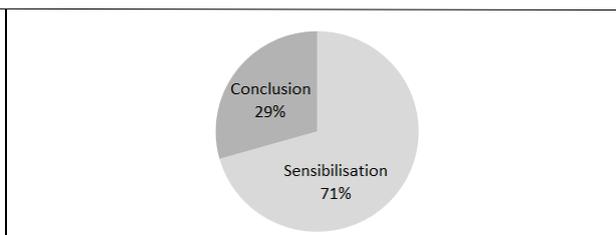


Figure 15 : Données issues de la question 14 portant l'étape la plus adaptée pour un temps d'échange sur les troubles pragmatiques

La prise en compte des troubles cognitifs

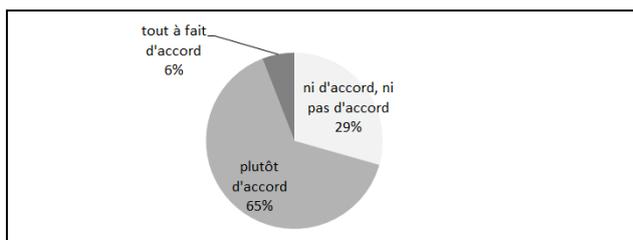


Figure 16 : Données issues de la question 15 portant sur le fait que les troubles cognitifs soient suffisamment pris en compte

L'enregistrement audio ou vidéo, outil au programme

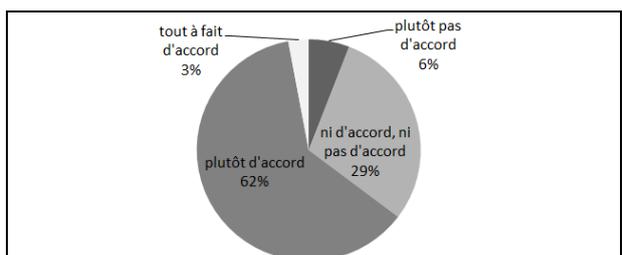


Figure 17 : Données issues de la question 16 portant sur le fait de maintenir un enregistrement audio ou vidéo pendant la tenue des séances

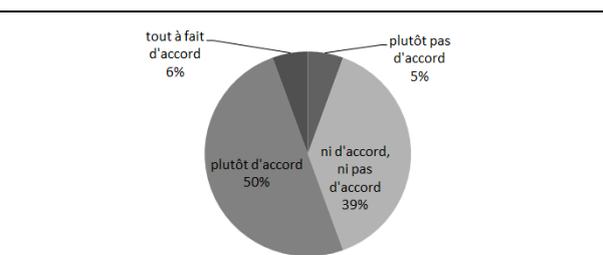


Figure 18 : Données issues de la question 17 portant sur le fait de pouvoir illustrer les axes de travail par des extraits de séance

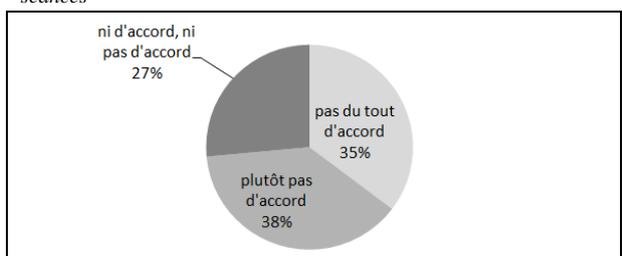


Figure 19 : Données issues de la question 17b portant sur le fait de pouvoir illustrer les axes de travail par des mises en scène

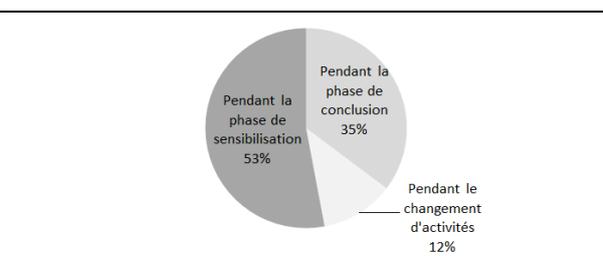


Figure 20 : Données issues de la question 17b portant sur le moment d'utilisation de ces extraits audio ou vidéo

Perspectives

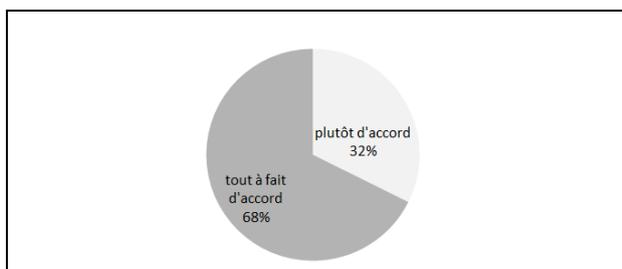


Figure 21 : Données issues de la question portant sur la pertinence d'une généralisation du programme de rééducation à tout patient présentant des troubles de la pragmatique du langage

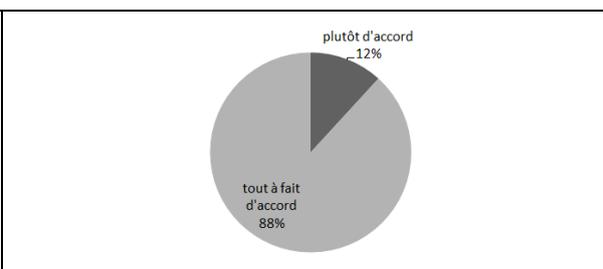


Figure 22 : Données issues de la question portant sur la pertinence d'une mesure d'efficacité

Annexe L : Tableaux de données brutes et secteurs relatifs au « Questionnaire pour l'évaluation d'une séance »

L'étape d'accueil

Tableau 1 : Données brutes issues du traitement de la question 1 portant sur le temps estimé pour l'étape d'accueil

Appréciation	Nombre de votes
Approprié	21
Court	10
Trop court	3
Total	34

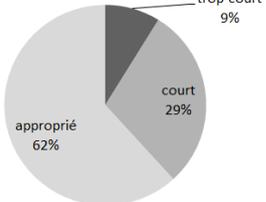


Figure 1 : Données issues de la question 1 portant sur le temps estimé pour l'étape d'accueil

L'étape de sensibilisation

Tableau 2 : Données brutes issues du traitement de la question 3 portant sur le temps estimé pour l'étape de sensibilisation

Appréciation	Nombre de votes
Approprié	28
Trop court	6
Total	34

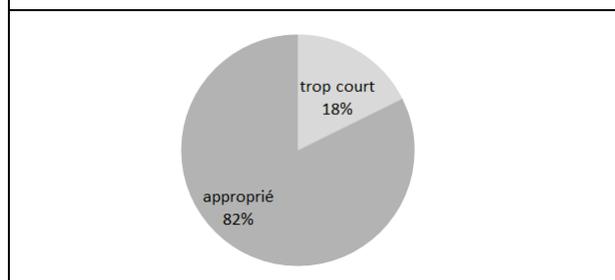


Figure 2 : Données issues de la question 3 portant sur le temps estimé pour l'étape de sensibilisation

Tableau 3 : Données brutes issues du traitement de la question 4 portant sur le temps estimé pour l'étape de sensibilisation

Appréciation	Nombre de votes
Appropriée	27
Dense	7
Total	34

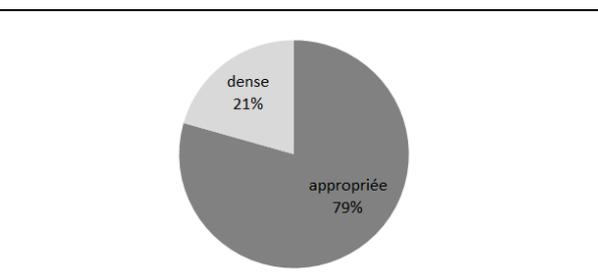


Figure 3 : Données issues de la question 4 portant sur l'appréciation de l'étape de sensibilisation

Les analogies

Tableau 4 : Données brutes issues du traitement de la question 6 portant sur l'adaptation de l'analogie concernant l'axe « gestion de l'échange et tour de parole »

Appréciation	Nombre de votes
Appropriée	3
Trop pauvre	4
Total	7

Tableau 5 : Données brutes issues du traitement de la question 6 portant sur l'adaptation de l'analogie concernant l'axe « compréhension des intentions de communications » valable pour les sous-objectifs « expressions idiomatiques » et « inférences »

Appréciation	Nombre de votes
Appropriée	5
Trop pauvre	4
Total	9

Les exercices

Pour rappel, les données brutes ne sont pas précisées lorsque l'ensemble de l'échantillon a été unanime (réponses possibles : approprié(e), adapté(e), répond à l'axe de travail).

Le maintien du sujet (séances 1-6-11-16-20-22)

Question 8 : L'exercice de sensibilisation répond-il à l'axe de travail de la séance ?

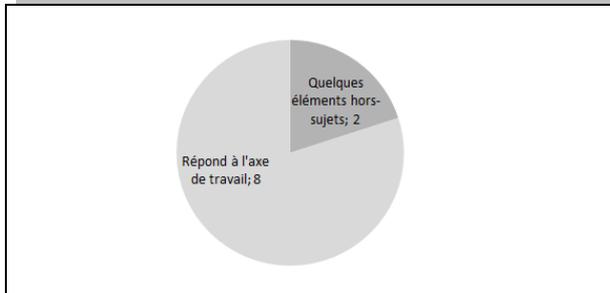


Figure 4 : Données issues du traitement de la question 8 portant sur l'adéquation de l'exercice de sensibilisation de la séance 6 à l'axe de travail

Question 9 : La consigne vous semble-t-elle adaptée ?

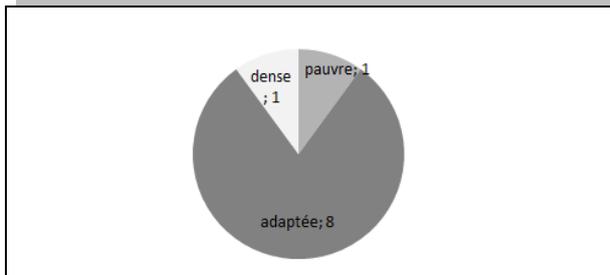


Figure 5 : Données issues du traitement de la question 9 portant sur l'adéquation la consigne de l'exercices de sensibilisation valables pour les séances 1 et 6

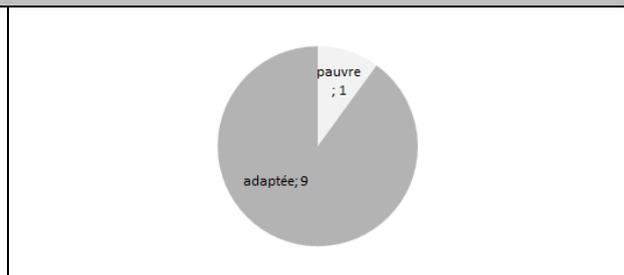


Figure 6 : Données issues du traitement de la question 9 portant sur l'adéquation la consigne de l'exercices de sensibilisation de la séance 11

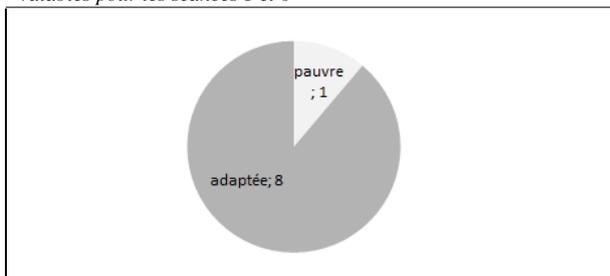


Figure7 : Données issues du traitement de la question 9 portant sur l'adéquation la consigne de l'exercices de sensibilisation de la séance 20

Question 10 : L'exercice de sensibilisation vous paraît :

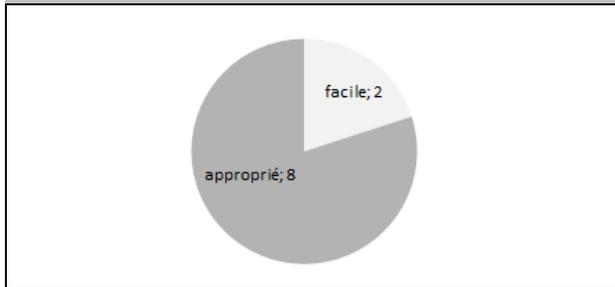


Figure 8 : Données issues du traitement de la question 10 portant sur le niveau de difficulté de l'exercice de sensibilisation de la séance 1

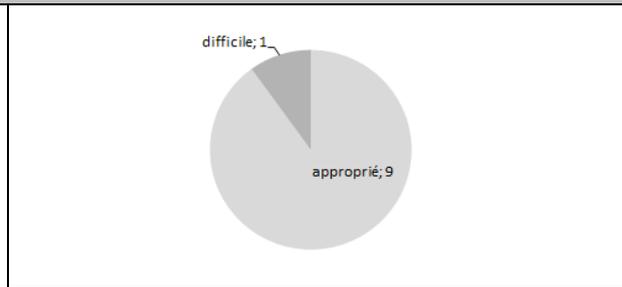


Figure 9 : Données issues du traitement de la question 10 portant sur le niveau de difficulté de l'exercice de sensibilisation de la séance 11

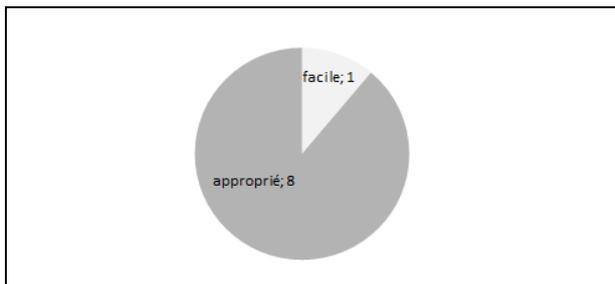


Figure 10 : Données issues du traitement de la question 10 portant sur le niveau de difficulté de l'exercice de sensibilisation de la séance 20

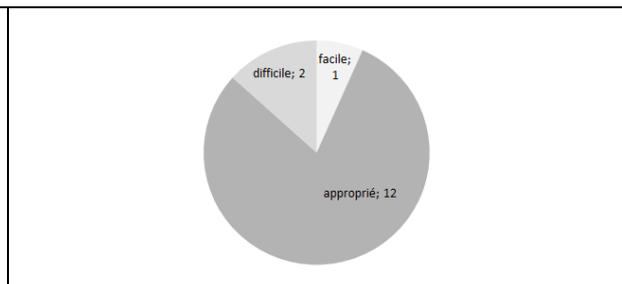


Figure 11 : Données issues du traitement de la question 10 portant sur le niveau de difficulté de l'exercice de sensibilisation de la séance 22

Question 11 : Le matériel (format, détails, couleurs, quantité d'items...) pour cet exercice est :

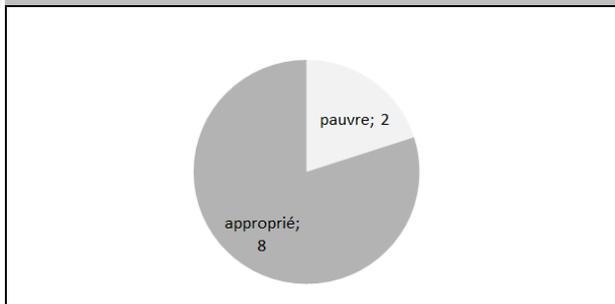


Figure 12 : Données issues du traitement de la question 11 portant sur la qualité du matériel de l'exercice de sensibilisation de la séance 1

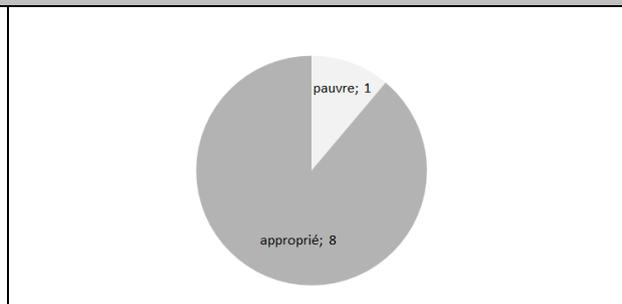


Figure 13 : Données issues du traitement de la question 11 portant sur la qualité du matériel de l'exercice de sensibilisation de la séance 20

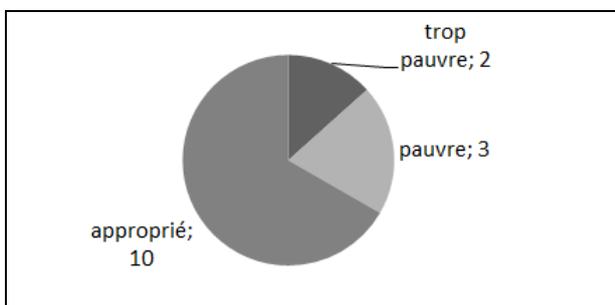


Figure 14 : Données issues du traitement de la question 11 portant sur la qualité du matériel de l'exercice de sensibilisation de la séance 22

Le savoir partagé

Quantité d'informations (séances 2-7-12-17)

Question 8 : L'exercice de sensibilisation répond-il à l'axe de travail de la séance ?

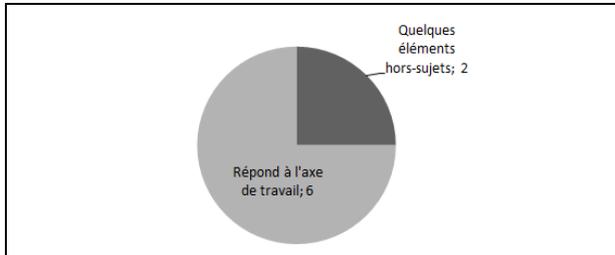


Figure 15 : Données issues du traitement de la question 8 portant sur l'adéquation de l'exercice de sensibilisation de la séance 17 à l'axe de travail

Question 9 : La consigne vous semble-t-elle adaptée ?

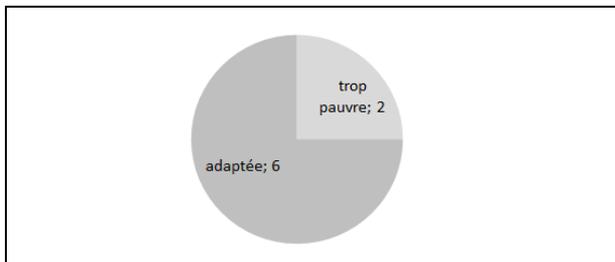


Figure 16 : Données issues du traitement de la question 9 portant sur l'adéquation la consigne de l'exercices de sensibilisation de la séance 2

Question 10 : L'exercice de sensibilisation vous paraît :

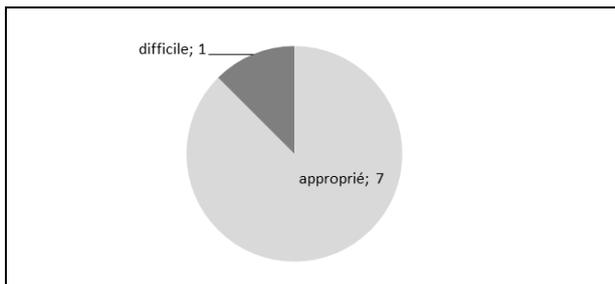


Figure 17 : Données issues du traitement de la question 10 portant sur le niveau de difficulté de l'exercice de sensibilisation de la séance 7

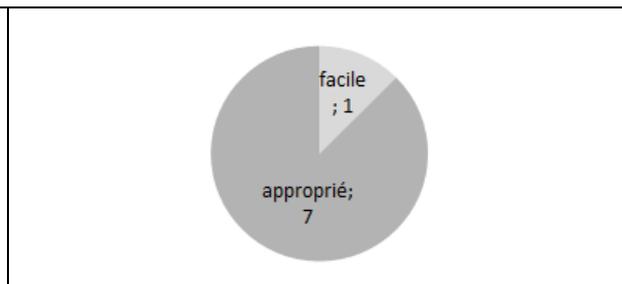


Figure 18 : Données issues du traitement de la question 10 portant sur le niveau de difficulté de l'exercice de sensibilisation de la séance 17

Question 11 : Le matériel (format, détails, couleurs, quantité d'items...) pour cet exercice est :

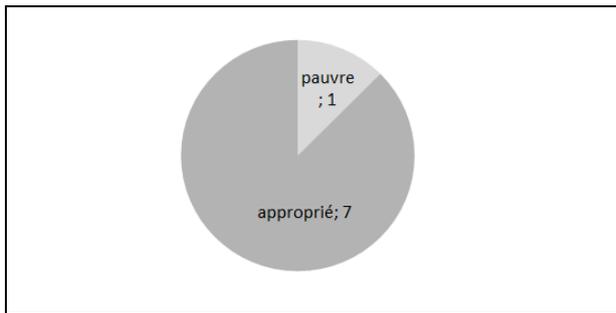


Figure 19 : Données issues du traitement de la question 11 portant sur la qualité du matériel de l'exercice de sensibilisation valables pour les séances 7,12 et 17

Pertinence des informations (séances 4-9-14-19)

Question 8 : L'exercice de sensibilisation répond-il à l'axe de travail de la séance ?

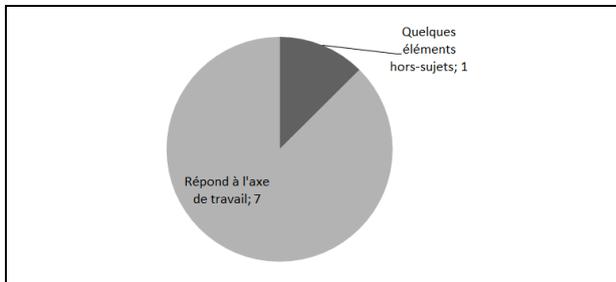


Figure 20 : Données issues du traitement de la question 8 portant sur l'adéquation de l'exercice de sensibilisation à l'axe de travail valables pour les séances 9 et 19

Question 9 : La consigne vous semble-t-elle adaptée ?

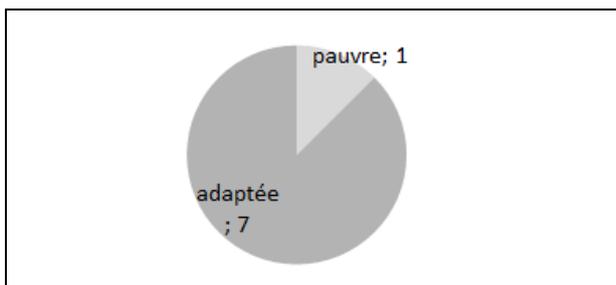


Figure 21 : Données issues du traitement de la question 9 portant sur l'adéquation la consigne de l'exercice de sensibilisation de la séance 9

Question 10 : L'exercice de sensibilisation vous paraît :

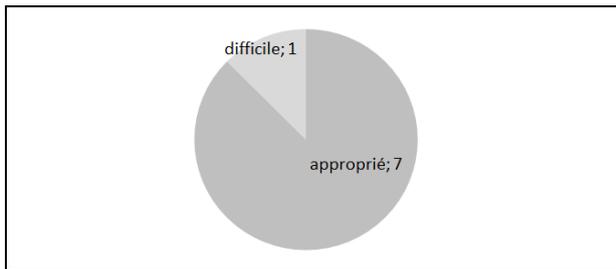


Figure 22 : Données issues du traitement de la question 10 portant sur le niveau de difficulté de l'exercice de sensibilisation de la séance 19

Question 11 : Le matériel (format, détails, couleurs, quantité d'items...) pour cet exercice est :

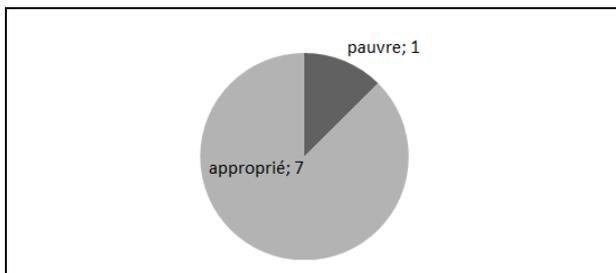


Figure 23 : Données issues du traitement de la question 11 portant sur la qualité du matériel de l'exercice de sensibilisation valables pour les séances 9 et 19

Séance sur la quantité d'informations à fournir et leur pertinence (séance 21)

Question 8 : L'exercice de sensibilisation répond-il à l'axe de travail de la séance ?

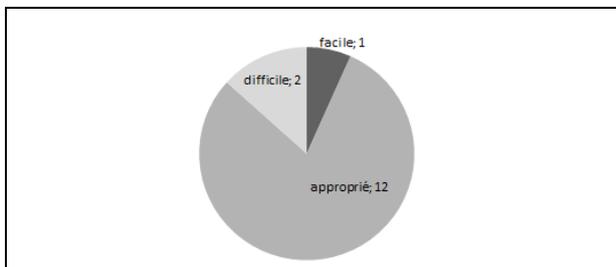


Figure 24 : Données issues du traitement de la question 8 portant sur l'adéquation de l'exercice de sensibilisation de la séance 21 à l'axe de travail

Question 11 : Le matériel (format, détails, couleurs, quantité d'items...) pour cet exercice est :

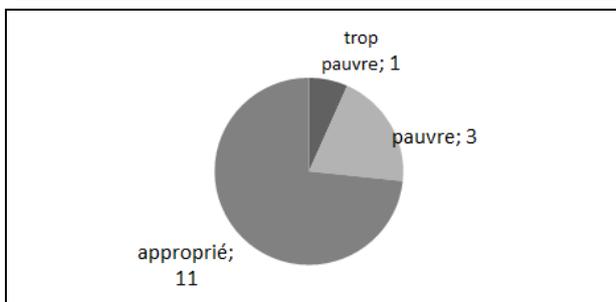


Figure 25 : Données issues du traitement de la question 11 portant sur la qualité du matériel de l'exercice de sensibilisation de la séance 21

Gestion de l'échange et tour de parole (séances 3-8-13-18-23)

Question 8 : L'exercice de sensibilisation répond-il à l'axe de travail de la séance ?

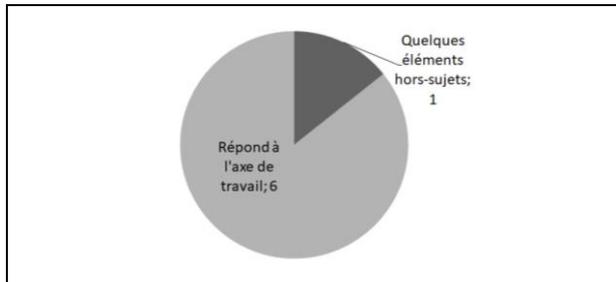


Figure 26 : Données issues du traitement de la question 8 portant sur l'adéquation de l'exercice de sensibilisation de la séance 8 à l'axe de travail

Question 10 : L'exercice de sensibilisation vous paraît :

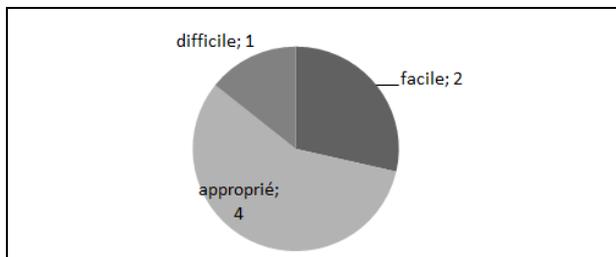


Figure 27 : Données issues du traitement de la question 10 portant sur le niveau de difficulté de l'exercice de sensibilisation de la séance 3

Question 11 : Le matériel (format, détails, couleurs, quantité d'items...) pour cet exercice est :

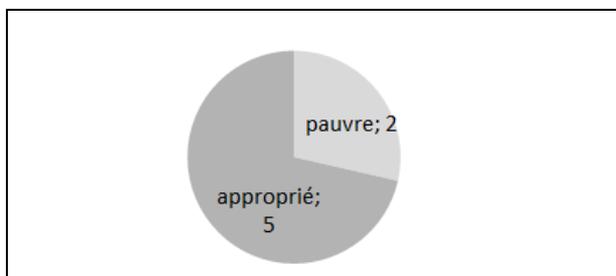


Figure 28 : Données issues du traitement de la question 11 portant sur la qualité du matériel de l'exercice de sensibilisation de la séance 3

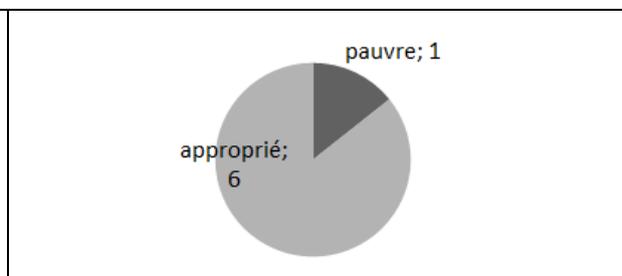


Figure 29 : Données issues du traitement de la question 11 portant sur la qualité du matériel de l'exercice de sensibilisation valables pour les séances 8 et 18

Comprendre les intentions de communication (séances 5-10-15)

Question 8 : L'exercice de sensibilisation répond-il à l'axe de travail de la séance ?

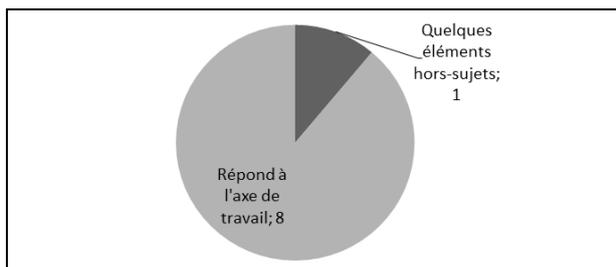


Figure 30 : Données issues du traitement de la question 8 portant sur l'adéquation de l'exercice de sensibilisation de la séance 15 à l'axe de travail

Question 10 : L'exercice de sensibilisation vous paraît :

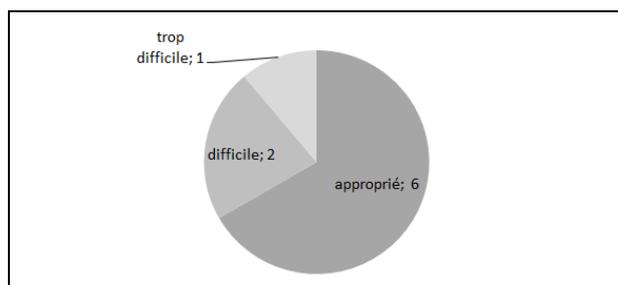


Figure 31 : Données issues du traitement de la question 10 portant sur le niveau de difficulté de l'exercice de sensibilisation de la séance 5

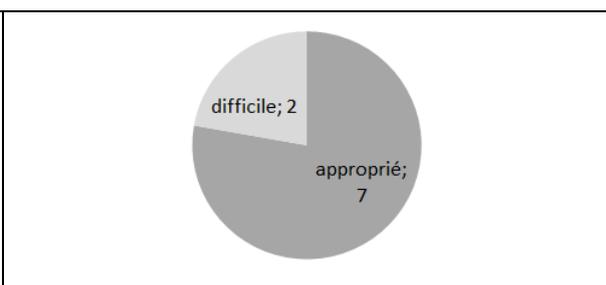


Figure 32 : Données issues du traitement de la question 10 portant sur le niveau de difficulté de l'exercice de sensibilisation de la séance 15

Question 11 : Le matériel (format, détails, couleurs, quantité d'items...) pour cet exercice est :

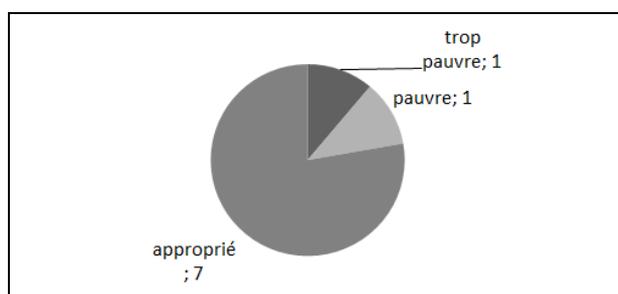


Figure 33 : Données issues du traitement de la question 11 portant sur la qualité du matériel de l'exercice de sensibilisation de la séance 5

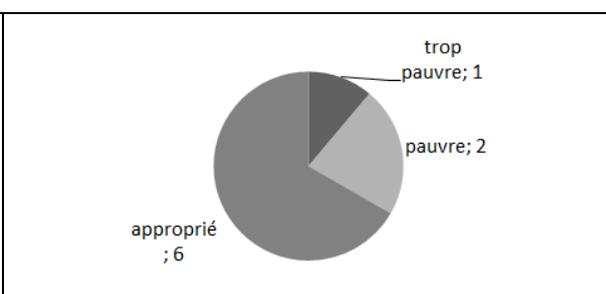


Figure 34 : Données issues du traitement de la question 11 portant sur la qualité du matériel de l'exercice de sensibilisation de la séance 15

Le changement d'activités

Tableau 6 : Données brutes issues du traitement de la question 12 portant sur le temps estimé pour l'étape de changement d'activités

Appréciation	Nombre de votes
Trop long	2
Long	20
Approprié	6
Court	3
Trop court	3
Total	34

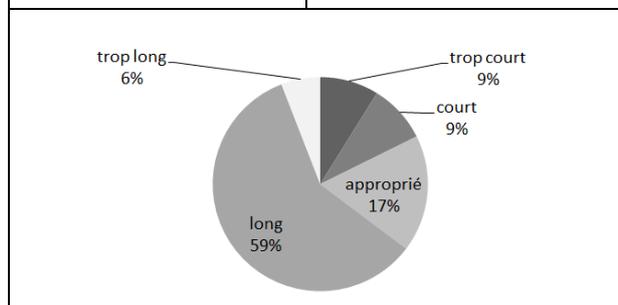


Figure 35 : Données issues de la question 12 portant sur le temps estimé pour l'étape de changement d'activités

Tableau 7 : Données brutes issues du traitement de la question 13 portant sur l'appréciation de l'étape de changement d'activités

Appréciation	Nombre de votes
Appropriée	27
Pauvre	7
Total	34

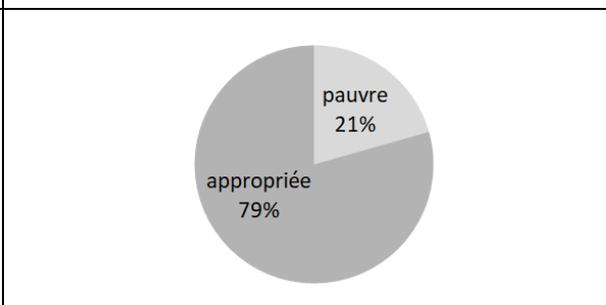


Figure 36 : Données issues de la question 13 portant sur l'appréciation de l'étape de changement d'activités

L'étape analytique/fonctionnelle

Tableau 8 : Données brutes issues du traitement de la question 14 portant sur le temps estimé pour l'étape analytique/fonctionnelle

Appréciation	Nombre de votes
Approprié	13
Court	13
Trop court	8
Total	34

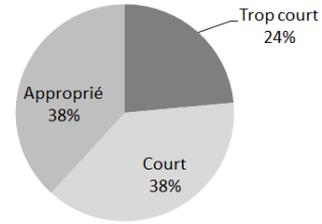


Figure 37 : Données issues de la question 14 portant sur le temps estimé pour l'étape analytique/fonctionnelle

Le maintien du sujet (séances 1-6-11-16)

Question 15 : La consigne vous semble-t-elle adaptée ?

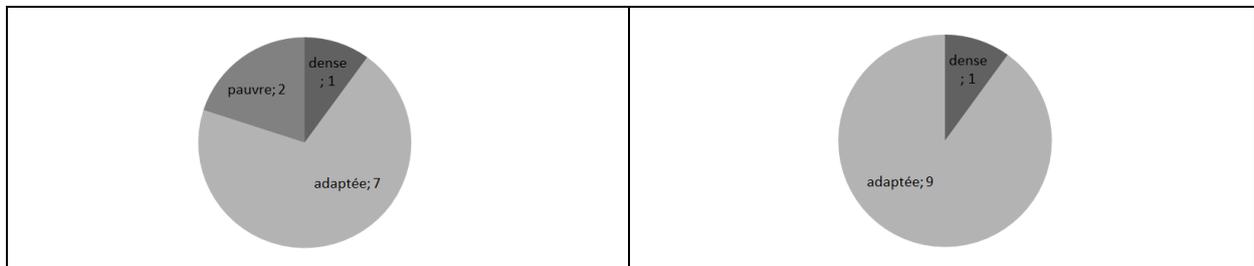


Figure 38 : Données issues du traitement de la question 15 portant sur l'adéquation la consigne de l'exercice analytique/fonctionnel de la séance 1

Figure 39 : Données issues du traitement de la question 15 portant sur l'adéquation la consigne de l'exercice analytique/fonctionnel de la séance 6

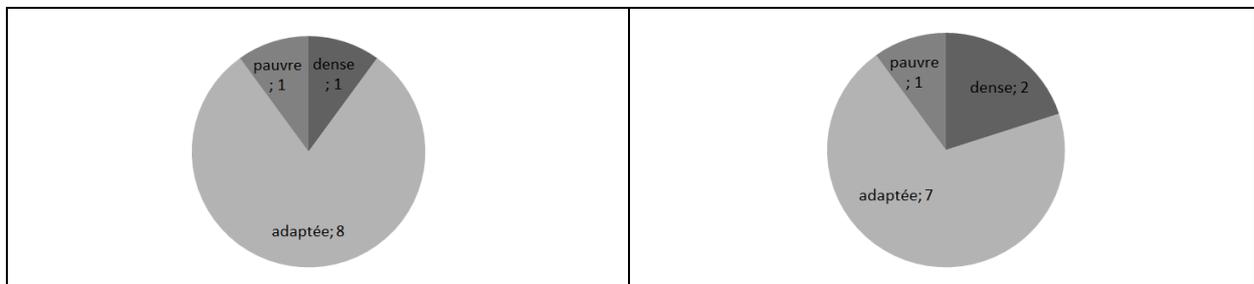


Figure 40 : Données issues du traitement de la question 15 portant sur l'adéquation la consigne de l'exercice analytique/fonctionnel de la séance 11

Figure 41 : Données issues du traitement de la question 15 portant sur l'adéquation la consigne de l'exercice analytique/fonctionnel de la séance 16

Question 16 : La tâche proposée a permis de travailler l'axe de travail de la séance ?

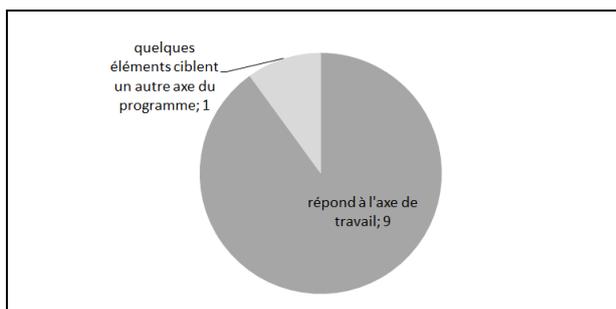


Figure 42 : Données issues du traitement de la question 16 portant sur l'adéquation de l'exercice analytique/fonctionnel à l'axe de travail valables pour les séances 11 et 16

Question 17 - L'exercice analytique/fonctionnel vous paraît:

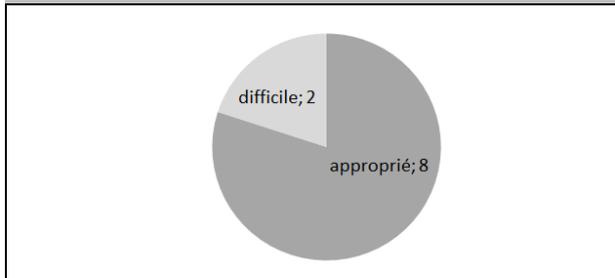


Figure 43 : Données issues du traitement de la question 17 portant sur le niveau de difficulté de l'exercice analytique/fonctionnel de la séance 6

Question 18 : Le matériel (format, détails, couleurs, quantité d'items,...) pour cet exercice est :

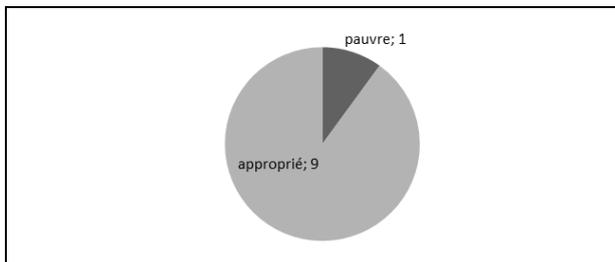


Figure 44 : Données issues du traitement de la question 18 portant sur la qualité du matériel de l'exercice de analytique/fonctionnel valables pour les séances 1,6 et 16

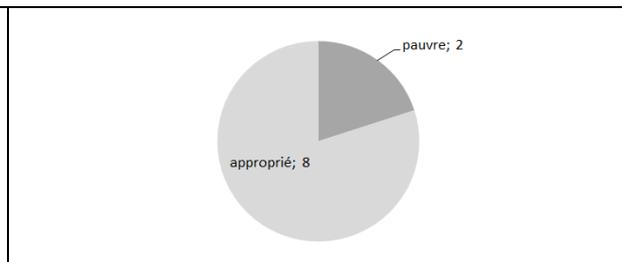


Figure 45 : Données issues du traitement de la question 18 portant sur la qualité du matériel de l'exercice de analytique/fonctionnel de la séance 11

Le savoir partagé

Quantité d'informations à fournir (séances 2-7-12-17)

Question 15 : La consigne vous semble-t-elle adaptée ?

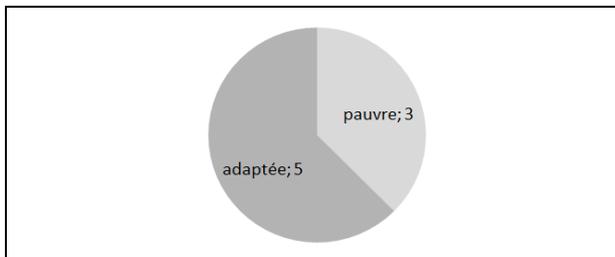


Figure 46 : Données issues du traitement de la question 15 portant sur l'adéquation la consigne de l'exercice analytique/fonctionnel de la séance 7

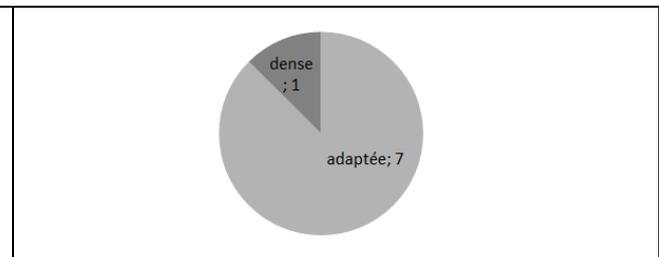


Figure 47 : Données issues du traitement de la question 15 portant sur l'adéquation la consigne de l'exercice analytique/fonctionnel de la séance 12

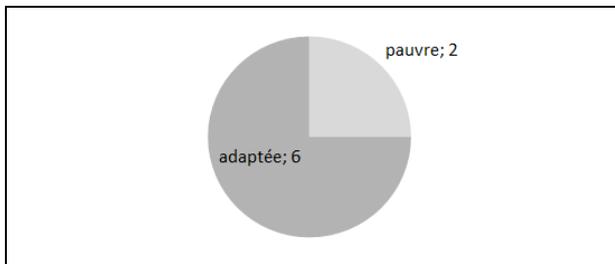


Figure 48 : Données issues du traitement de la question 15 portant sur l'adéquation la consigne de l'exercice analytique/fonctionnel de la séance 17

Question 16 : La tâche proposée a permis de travailler l'axe de travail de la séance ?

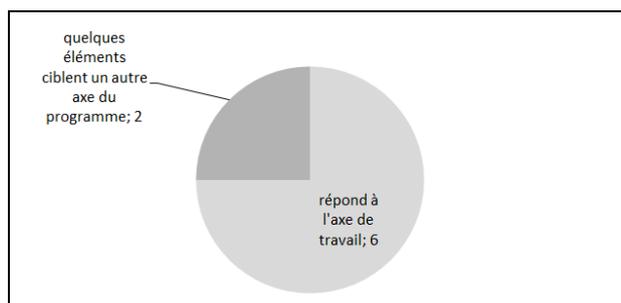


Figure 49 : Données issues du traitement de la question 16 portant sur l'adéquation de l'exercice analytique/fonctionnel de la séance 12

Question 17 - L'exercice analytique/fonctionnel vous paraît:

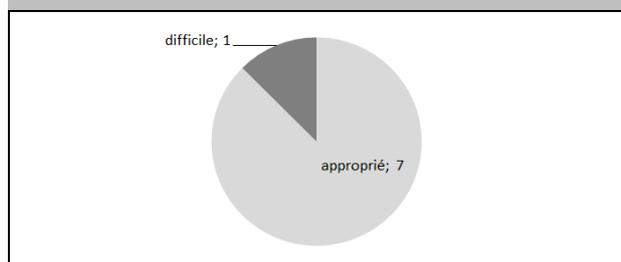


Figure 50 : Données issues du traitement de la question 17 portant sur le niveau de difficulté de l'exercice analytique/fonctionnel de la séance 7

Question 18 : Le matériel (format, détails, couleurs, quantité d'items,...) pour cet exercice est :

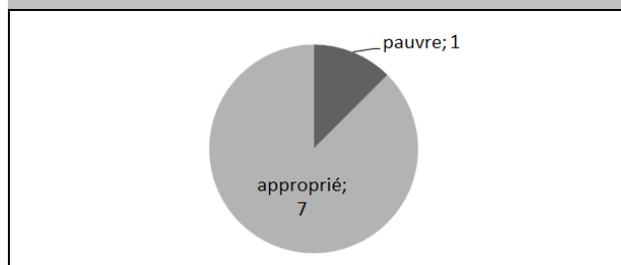


Figure 51 : Données issues du traitement de la question 18 portant sur la qualité du matériel de l'exercice de analytique/fonctionnel de la séance 2

Pertinence des informations (séances 4-9-14-19)

Question 15 : La consigne vous semble-t-elle adaptée ?

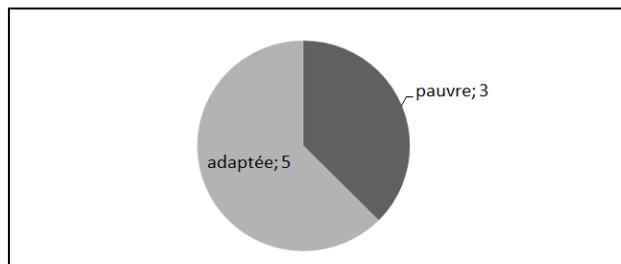


Figure 52 : Données issues du traitement de la question 15 portant sur l'adéquation la consigne de l'exercice analytique/fonctionnel de la séance 9

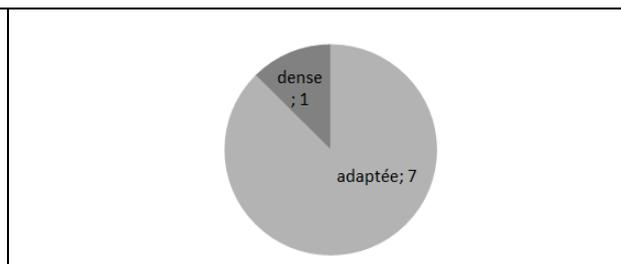


Figure 53 : Données issues du traitement de la question 15 portant sur l'adéquation la consigne de l'exercice analytique/fonctionnel de la séance 14

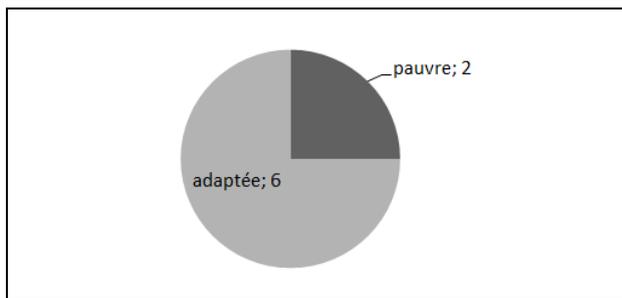


Figure 54 : Données issues du traitement de la question 15 portant sur l'adéquation la consigne de l'exercice analytique/fonctionnel de la séance 19

Question 16 : La tâche proposée a permis de travailler l'axe de travail de la séance ?

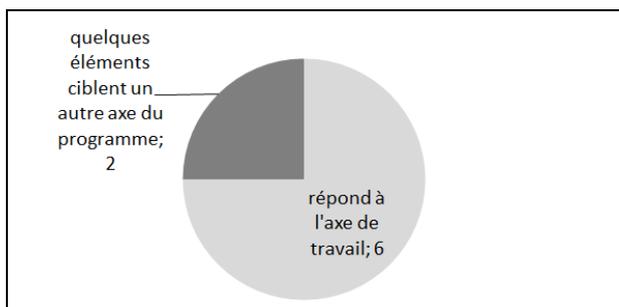


Figure 55 : Données issues du traitement de la question 16 portant sur l'adéquation de l'exercice analytique/fonctionnel valables pour les séances 4 et 9

Question 18 : Le matériel (format, détails, couleurs, quantité d'items,...) pour cet exercice est :

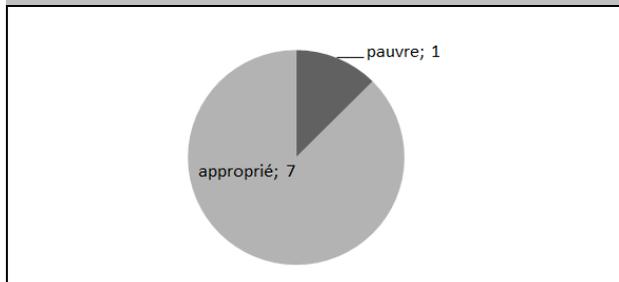


Figure 56 : Données issues du traitement de la question 18 portant sur la qualité du matériel de l'exercice de analytique/fonctionnel de la séance 4

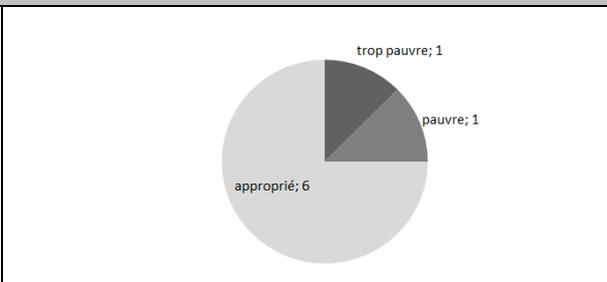


Figure 57 : Données issues du traitement de la question 18 portant sur la qualité du matériel de l'exercice de analytique/fonctionnel de la séance 9

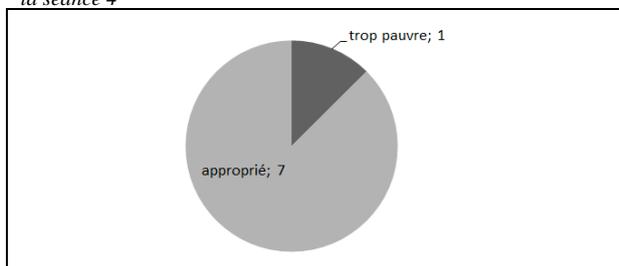


Figure 58 : Données issues du traitement de la question 18 portant sur la qualité du matériel de l'exercice de analytique/fonctionnel de la séance 14

Quantité d'informations à fournir et leur pertinence (séance 21)

Question 17 – L'exercice analytique/fonctionnel vous paraît

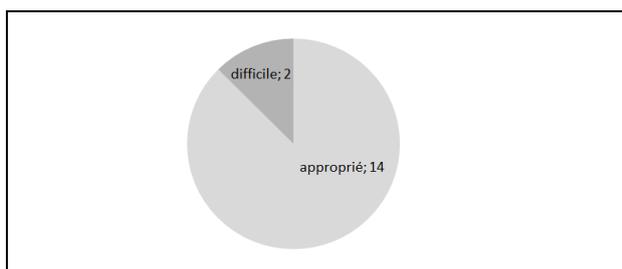


Figure 59 : Données issues du traitement de la question 17 portant sur le niveau de difficulté de l'exercice analytique/fonctionnel de la séance 21

Question 18 : Le matériel (format, détails, couleurs, quantité d'items,...) pour cet exercice est :

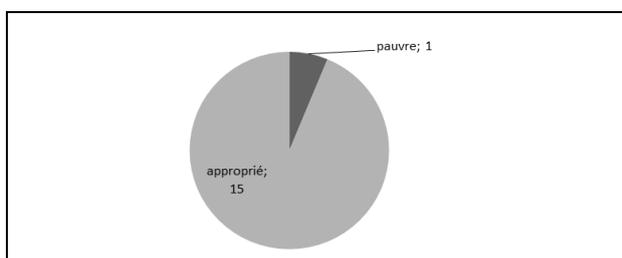


Figure 60 : Données issues du traitement de la question 18 portant sur la qualité du matériel de l'exercice de analytique/fonctionnel de la séance 21

Gestion de l'échange (séances 3-8-13-18-20-22)

Question 15 : La consigne vous semble-t-elle adaptée ?

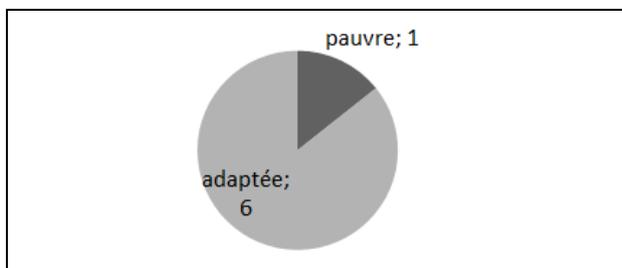


Figure 61 : Données issues du traitement de la question 15 portant sur l'adéquation la consigne de l'exercice analytique/fonctionnel valables pour les séances 13 et 18

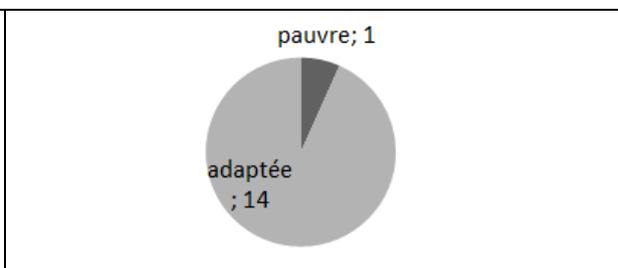


Figure 62 : Données issues du traitement de la question 15 portant sur l'adéquation la consigne de l'exercice analytique/fonctionnel de la séance 22

Question 17 - L'exercice analytique/fonctionnel vous paraît:

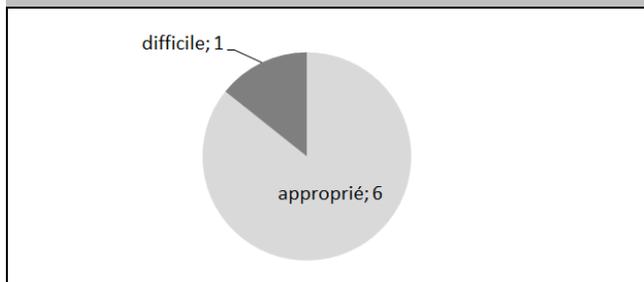


Figure 63 : Données issues du traitement de la question 17 portant sur le niveau de difficulté de l'exercice analytique/fonctionnel valables pour les séances 3,8 et 18

Comprendre les intentions de communication (séances 5-10-15)

Question 15 : La consigne vous semble-t-elle adaptée ?

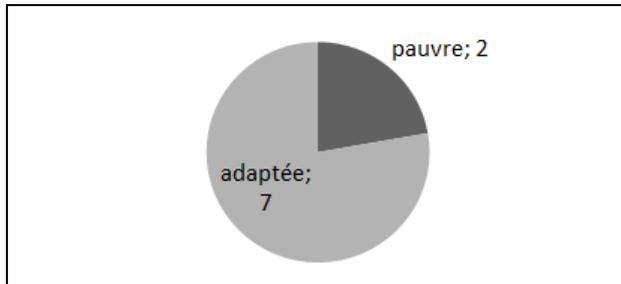


Figure 64 : Données issues du traitement de la question 15 portant sur l'adéquation la consigne de l'exercice analytique/fonctionnel de la séance 5

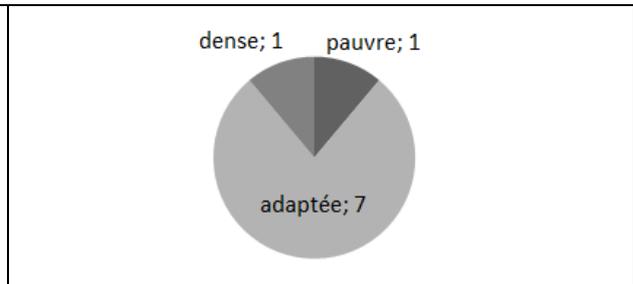


Figure 65 : Données issues du traitement de la question 15 portant sur l'adéquation la consigne de l'exercice analytique/fonctionnel de la séance 10

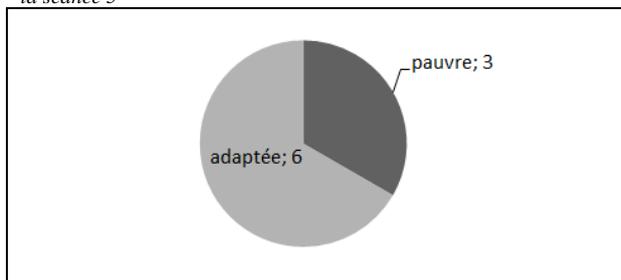


Figure 66 : Données issues du traitement de la question 15 portant sur l'adéquation la consigne de l'exercice analytique/fonctionnel de la séance 15

Question 16 : La tâche proposée a permis de travailler l'axe de travail de la séance ?

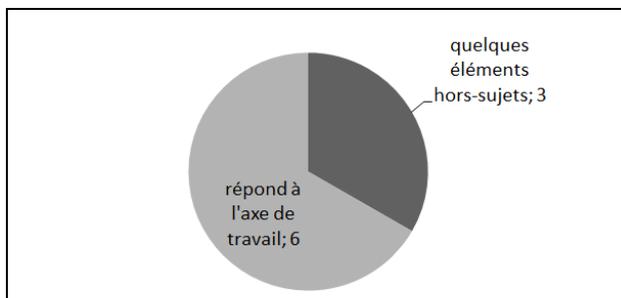


Figure 67 : Données issues du traitement de la question 16 portant sur l'adéquation de l'exercice analytique/fonctionnel de la séance 10

Question 17 - L'exercice analytique/fonctionnel vous paraît:

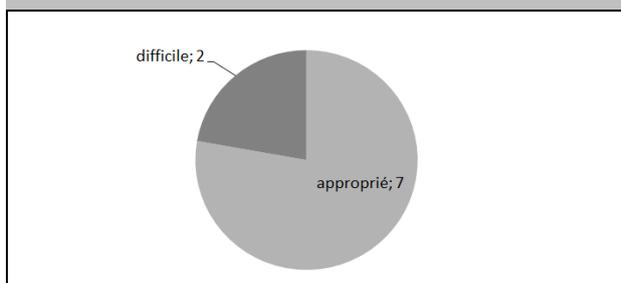


Figure 68 : Données issues du traitement de la question 17 portant sur le niveau de difficulté de l'exercice analytique/fonctionnel valables pour les séances 5 et 15

Question 18 : Le matériel (format, détails, couleurs, quantité d'items,...) pour cet exercice est :

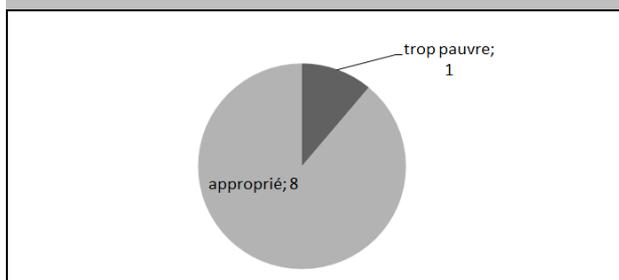


Figure 69 : Données issues du traitement de la question 18 portant sur la qualité du matériel de l'exercice de analytique/fonctionnel de la séance 5

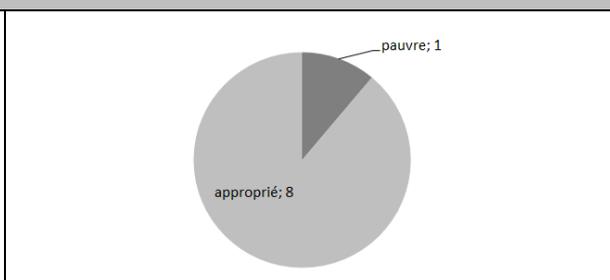


Figure 70 : Données issues du traitement de la question 18 portant sur la qualité du matériel de l'exercice de analytique/fonctionnel de la séance 10

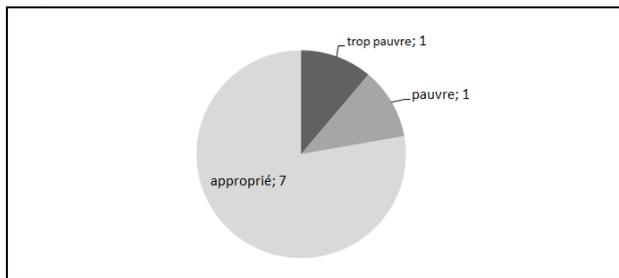


Figure 71 : Données issues du traitement de la question 18 portant sur la qualité du matériel de l'exercice de analytique/fonctionnel de la séance 15

L'étape de conclusion

Tableau 9 : Données brutes issues du traitement de la question 19 portant sur le temps estimé pour l'étape de conclusion

Appréciation	Nombre de votes
Trop long	10
Long	18
Approprié	5
Court	1
Total	34

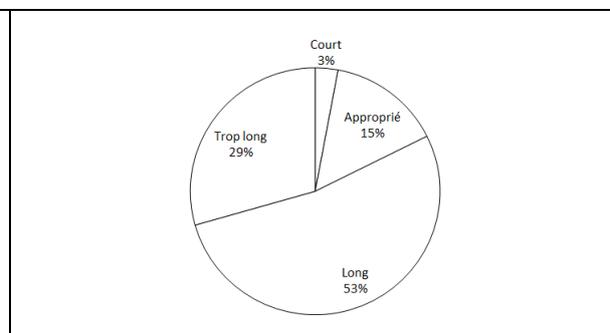


Figure 72 : Données issues de la question 14 portant sur le temps estimé pour l'étape de conclusion

Titre du Mémoire : La pragmatique du langage chez des patients cérébrolésés : Élaboration d'un programme de rééducation en groupe et retours cliniques.

RESUME

Des troubles de la pragmatique du langage sont souvent rapportés à la suite d'une cérébrolésion due à un traumatisme crânien et/ou un accident vasculaire cérébral. Or les orthophonistes semblent disposer de peu d'outils adaptés pour rééduquer cette compétence. Pourtant, ces difficultés de communication ont un impact majeur sur la réinsertion sociale, familiale et professionnelle de ces individus. Afin de remédier à ces troubles communicationnels, le suivi orthophonique en groupe semble être la remédiation la plus adaptée. Ce mémoire propose donc un matériel de rééducation en groupe ciblant les troubles de la pragmatique du langage chez ce type de patients. En parallèle de la mise en pratique du programme auprès d'un groupe de patients, le matériel a été analysé et critiqué par 34 orthophonistes ce qui va permettre d'ajuster le programme au plus près des besoins cliniques.

MOTS-CLES

Cérébrolésion acquise – Création de matériel orthophonique – Pragmatique du langage – Thérapie de groupe – Programme de rééducation – Troubles acquis de la communication

ABSTRACT

Language pragmatics disorders are often reported following acquired brain injury caused by trauma and/or stroke. Speech therapists only have a few tools adapted to rehabilitate this skill. However, these communication difficulties have a major impact on the social, family and professional reintegration of these individuals. In order to remedy these communicative disorders, group follow-up in speech therapy seems to be the most specific way forward. Thus, this master thesis offers a material which targets pragmatic language disorders in this type of patient. In parallel with the implementation of the program with a group of patients, the material was analyzed and critiqued by 34 speech-language pathologists which will allow adjusting the program closer to clinical needs.

KEY WORDS

Acquired Brain Injury – Speech therapeutic material creation – Pragmatic language – Group Therapy – Reeducation protocol – Acquired communication disorders