

Université de Nantes

Unité de Formation et de Recherche

« Médecine et Techniques Médicales »

Année universitaire 2011-2012

**Mémoire pour l'obtention du
Diplôme de Capacité d'Orthophonie**

**ELABORATION ET EVALUATION
D'UN PROTOCOLE DE REEDUCATION
DE L'INFORMATIVITE DU DISCOURS
DU TRAUMATISE CRANIEN**

présenté par

Nathalie BERSOUX DELMOND (née le 08/11/1972) et

Maud CHARUEL (née le 20/10/1988)

Présidente du jury : Madame Frédérique FERREY, orthophoniste, chargée de cours à l'école d'orthophonie de Nantes

Directrice de mémoire : Madame Céline PETIT, orthophoniste

Membre du jury : Madame Isabelle BOITTIN, orthophoniste

« 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. »

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
INTRODUCTION	7
PARTIE THEORIQUE	8
1. GENERALITES SUR L'INFORMATIVITE DU DISCOURS	9
1.1. DEFINITION DU DISCOURS	9
1.1.1. <i>Définition générale</i>	9
1.1.2. <i>Notions de cohésion et cohérence du discours</i>	9
1.1.2.1. La cohésion.....	9
1.1.2.2. La cohérence	10
1.1.3. <i>Les différents types de discours</i>	11
1.1.4. <i>Distinction entre discours et conversation</i>	12
1.2. DISCOURS ET PRAGMATIQUE	12
1.2.1. <i>Historique de la pragmatique</i>	12
1.2.2. <i>Les théories fondatrices</i>	13
1.2.2.1. L'acte de discours selon Austin	13
1.2.2.2. La théorie de Searle.....	14
1.2.2.3. L'apport de Grice	15
1.2.3. <i>Les apports plus récents</i>	16
1.2.3.1. La compétence communicative selon Kerbrat-Orecchioni.....	16
1.2.3.2. La compétence pragmatique selon Croll.....	17
1.2.4. <i>Les différents courants de la pragmatique</i>	18
2. LE SYSTEME SEMANTIQUE	20
2.1. LA MEMOIRE ET LES MEMOIRES.....	20
2.1.1. <i>Définition</i>	20
2.1.2. <i>La mémoire sémantique</i>	20
2.2. LE CONTENU DU SYSTEME SEMANTIQUE.....	21
2.2.1. <i>Le concept de système sémantique</i>	21
2.2.2. <i>Les différents modèles</i>	22
2.3. L'ORGANISATION DU SYSTEME SEMANTIQUE.....	25
2.3.1. <i>Le modèle plurimodal de Warrington (1975)</i>	25
2.3.2. <i>Les modèles de type amodal</i>	26
2.3.2.1. Le modèle dit en cascade, Humphreys et al. (1988).....	26

2.3.2.2. Le modèle OUCH (Organized Unitary Content Hypothesis), Caramazza et al. (1990)	27
2.3.2.3. Le modèle mixte, Bub et coll. (1988) et Chertkow et coll. (1992 ; 1993)	27
2.4. LA LOCALISATION DU SYSTEME SEMANTIQUE AU SEIN DU LEXIQUE MENTAL	27
3. LE TRAUMATISME CRANIEN	29
3.1. EPIDEMIOLOGIE	29
3.2. CLASSIFICATION	30
3.3. TROUBLES COGNITIFS ET COMPORTEMENTAUX	31
3.3.1. <i>Troubles de la mémoire</i>	32
3.3.2. <i>Troubles de l'attention</i>	32
3.3.3. <i>Troubles des fonctions exécutives</i>	32
3.3.4. <i>Troubles de la métacognition et des cognitions sociales</i>	33
3.3.5. <i>Héminégligence, troubles perceptifs, praxiques et visuo-constructifs</i>	33
3.3.6. <i>Modifications affectives et du comportement</i>	34
3.4. EVOLUTION ET FACTEURS DE RECUPERATION	34
3.4.1. <i>Evolution du traumatisme crânien</i>	34
3.4.2. <i>Facteurs de récupération du traumatisme crânien</i>	35
4. LES TROUBLES DE L'INFORMATIVITE DU DISCOURS CHEZ LE PATIENT TRAUMATISE CRANIEN : DESCRIPTION, EVALUATION ET REEDUCATION	36
4.1. DESCRIPTION DES TROUBLES.....	36
4.1.1. <i>Troubles du langage</i>	36
4.1.2. <i>Troubles lexico-sémantiques</i>	37
4.1.2.1. La situation de l'atteinte selon les modèles plurimodal et amodal.....	38
4.1.2.2. La situation de l'atteinte selon les thérapies d'inspiration cognitive	39
4.1.3. <i>Troubles discursifs</i>	40
4.1.3.1. Les troubles de la cohésion	40
4.1.3.2. Les troubles de la cohérence.....	41
4.1.4. <i>Troubles des compétences et des comportements de communication</i>	43
4.1.4.1. Description des troubles de la pragmatique	43
4.1.4.2. Manifestations des troubles de la communication suivant le contexte	44
4.1.4.3. Les stratégies compensatoires élaborées par le patient	45
4.1.4.4. Troubles en fonction de la localisation des lésions	46
4.2. EVALUATION DES TROUBLES DU TRAUMATISE CRANIEN	47
4.3. REEDUCATION DES TROUBLES DE L'INFORMATIVITE	48
4.3.1. <i>Rééducation des troubles du langage</i>	48
4.3.2. <i>Rééducation des troubles lexico-sémantiques</i>	49
4.3.2.1. Approches classiques	50

4.3.2.2. Thérapies d'inspiration cognitive	50
4.3.3. <i>Approche holistique (globale)</i>	53
5. HYPOTHESES	54
PARTIE PRATIQUE	55
1. SUJETS ET METHODES	56
1.1. SUJETS	56
1.1.1. <i>Présentation de la population</i>	56
1.1.2. <i>Critères d'inclusion</i>	57
1.1.3. <i>Critères d'exclusion</i>	57
1.2. PROCEDURE	58
1.3. OUTIL D'EVALUATION : LE PROTOCOLE MEC	59
1.3.1. <i>Présentation générale</i>	59
1.3.2. <i>Présentation des différentes épreuves utilisées</i>	60
1.3.2.1. L'évaluation des compétences lexico-sémantiques	60
1.3.2.2. L'évaluation des compétences discursives et pragmatiques	62
1.3.2.3. L'évaluation de l'anosognosie	64
2. PROTOCOLE DE REEDUCATION	65
2.1. LA CONSTRUCTION DU PROTOCOLE	65
2.1.1. <i>L'axe lexico-sémantique</i>	66
2.1.2. <i>L'axe phrastique</i>	67
2.1.3. <i>L'axe discursif</i>	69
2.1.4. <i>L'axe pragmatique</i>	70
2.2. LE DEROULEMENT DES SEANCES	72
3. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	73
3.1. COMPOSITION DU COMPTE-RENDU	73
3.2. COMPARATIF EVALUATIONS PRE ET POST-REEDUCATION	75
3.2.1. <i>Sujet C.M.</i>	75
3.2.1.1. Evaluation de l'informativité du discours	75
3.2.1.2. Evolution en séance	80
3.2.2. <i>Sujet R.S.</i>	85
3.2.2.1. Evaluation de l'informativité du discours	85
3.2.2.2. Evolution en séance	89
3.2.3. <i>Sujet C.G.</i>	92
3.2.3.1. Evaluation de l'informativité du discours	92
3.2.3.2. Evolution en séance	97
3.2.4. <i>Sujet P.L.</i>	102

3.2.4.1. Evaluation de l'informativité du discours	102
3.2.4.2. Evolution en séance	106
3.2.5. <i>Sujet F.P.</i>	109
3.2.5.1. Evaluation de l'informativité du discours	109
3.2.5.2. Evolution en séance	113
3.2.6. <i>Sujet J.M.</i>	118
3.2.6.1. Evaluation de l'informativité du discours	118
3.2.6.2. Evolution en séance	122
3.2.7. <i>Sujet D.M.</i>	126
3.2.7.1. Evaluation de l'informativité du discours	127
3.2.7.2. Evolution en séance	131
3.2.8. <i>Sujet A.V.</i>	135
3.2.8.1. Evaluation de l'informativité du discours	135
3.2.8.2. Evolution en séance	139
3.3. EVOLUTION DU GROUPE	144
3.3.1. <i>Compétences lexico-sémantiques</i>	144
3.3.2. <i>Compétences discursives</i>	146
3.3.3. <i>Conscience des troubles</i>	147
3.3.4. <i>Evolution du groupe à travers le questionnaire (patient et entourage)</i>	148
3.3.5. <i>Evolution au cours des séances</i>	149
3.3.5.1. Axe lexico-sémantique	149
3.3.5.2. Axe phrastique	149
3.3.5.3. Axe discursif	150
3.3.5.4. Axe pragmatique	151
4. DISCUSSION.....	153
4.1. VALIDATION DES HYPOTHESES.....	153
4.2. LIMITES.....	156
4.2.1. <i>Population</i>	156
4.2.2. <i>Evaluation</i>	157
4.2.3. <i>Méthodologie</i>	157
4.2.4. <i>Protocole</i>	158
4.2.4.1. Le déroulement des séances	158
4.2.4.2. La quantité d'exercices proposés	158
4.2.4.3. La mise en place des situations écologiques	158
4.2.4.4. Le travail à domicile.....	159
CONCLUSION.....	160
BIBLIOGRAPHIE	161
TABLE DES ANNEXES.....	166

INTRODUCTION

La littérature et la clinique s'accordent sur le fait qu'outre les séquelles sur le plan moteur, le traumatisé crânien présente des troubles sur le plan cognitif. Après l'accident, le patient et sa famille sont plus centrés sur les difficultés motrices que cognitives. C'est l'autonomie physique plus ou moins retrouvée qui va être prépondérante dans la décision de retour à domicile. La prise de conscience de ces troubles par le patient et son entourage va alors se faire progressivement.

La plupart du temps les patients traumatisés crâniens sont des patients jeunes, donc en activité au moment de leur accident et leur réinsertion socio-professionnelle va être difficile. En situation conversationnelle, l'interlocuteur se rend compte que dans le discours du patient quelque chose ne va pas, cela le gêne sans savoir en dégager le pourquoi du comment. La littérature fait état de troubles chez le patient pouvant se situer, sur le versant expressif, au niveau lexico-sémantique, phrastique, de la grammaire du récit et de la pragmatique. Nous avons choisi de regrouper l'ensemble de ces désordres sous le terme de troubles de l'informativité du discours.

Dans la littérature, peu d'ouvrages décrivent comment rééduquer les troubles de la pragmatique chez le patient traumatisé crânien. Les rares outils disponibles pour la rééducation ont vu le jour ces dernières années suite à la publication du Protocole Montréal d'Evaluation de la Communication (MEC) en 2005. Par conséquent, les orthophonistes prennent en compte cet aspect de la rééducation depuis peu.

C'est pourquoi nous avons choisi de créer un protocole de rééducation des troubles de l'informativité du discours et de l'appliquer à des patients cérébrolésés suite à un traumatisme crânien grave. Pour en mesurer l'efficacité, nous réaliserons une évaluation avant et après la passation du protocole.

Nous développerons, dans un premier temps, les éléments théoriques qui nous ont permis de construire notre protocole. Puis, nous le décrirons et nous analyserons son impact sur l'informativité du discours du patient.

PARTIE THEORIQUE

1. GENERALITES SUR L'INFORMATIVITE DU DISCOURS

1.1. Définition du discours

1.1.1. Définition générale

Le dictionnaire d'orthophonie définit le discours comme tel : "toute suite d'énoncés qui nécessite la présence d'interlocuteurs. Le discours organise la langue dans un aspect dynamique de communication et requiert de la part du locuteur l'utilisation de règles d'enchaînement des idées, et des phrases, qui sont étudiées en linguistique par l'analyse du discours." [5]

1.1.2. Notions de cohésion et cohérence du discours

Un discours n'est pas une simple suite d'actes de langage posés les uns à côté des autres. Pour que le discours soit fluide et compréhensif, il est nécessaire que les actes soient mis en lien à l'aide "d'outils relationnels de nature sémantico-pragmatique" (cohésion) mais aussi "d'inférences de liaison" (cohérence). [8] Le discours est donc structuré selon des règles de cohérence et de cohésion. C'est ce que nous allons expliquer dans cette partie.

1.1.2.1. La cohésion

La cohésion représente les marques morphologiques, lexicales et syntaxiques qui permettent d'articuler entre eux les différents éléments du discours et de leur donner un sens par rapport à l'intégralité de l'énoncé. Elle s'appuie sur les champs lexicaux et leurs

manipulations (polysémie, homonymie, synonymie, antonymie) ainsi que sur les procédés diaphoriques (anaphores, cataphores) et l'emploi de connecteurs.

Halliday et Hasan (1976) ont établi un modèle de cohésion en quatre catégories :

- la référence (ou anaphores pronominales) : utilisation de pronoms personnels à la troisième personne, de démonstratifs, de syntagmes nominaux définis,
- la substitution : remplacement d'une unité linguistique (nom, verbe ou proposition) par une autre,
- la lexis : répétition ou substitution lexicale par un terme synonyme ou générique,
- la connexion : connecteurs additifs, adversatifs, causaux et temporels. Ceux-ci remplissent les fonctions représentatives et communicatives du langage.

Liles (1985) complète ce modèle en distinguant les liens de cohésion. Ceux-ci peuvent être complets (l'interlocuteur retrouve l'information sans aucune ambiguïté), incomplets (la marque utilisée ne renvoie pas à un élément du texte) ou erronés (la marque utilisée est ambiguë). [47]

1.1.2.2. La cohérence

La cohérence constitue l'organisation conceptuelle du discours au-delà du niveau de la phrase, assurée par l'articulation logique clarifiant la chronologie et les relations causales entre les éléments thématiques du récit.

Il existe une analyse sur un plan global (une organisation en un tout cohérent constitué d'un but, d'un plan et d'un thème général) et sur un plan local (les liens conceptuels assurant le maintien du sens dans le récit). (Peter-Favre et Dewilde, 1999).

1.1.3. Les différents types de discours

Il existe plusieurs types de discours :

- le discours descriptif : il a pour but de dire ce qu'est quelque chose ou quelqu'un, de le nommer, de le caractériser, de le qualifier, de s'adresser à l'imagination pour permettre au destinataire de se représenter cette chose ou cette personne. Pour cela, nous faisons appel aux sens du destinataire (vue et ouïe prioritairement, mais aussi odorat, toucher, voire goût).
- le discours narratif (histoire vécue, temporalité) est défini par le Dictionnaire d'orthophonie comme une "suite d'énoncés évoquant des objets, des événements, des personnes absentes ou imaginaires. La narration peut être décentrée sur l'axe du temps (futur, passé), et suppose une organisation du discours établie selon les principes de cohérence et de cohésion." [5]
- le discours explicatif : il correspond à la réponse à une question visant à délivrer des informations. Pour ce type de discours, nous utilisons un vocabulaire précis avec des mots techniques, des termes génériques. Le ton est neutre et objectif, le temps employé est le présent, les modes utilisés sont l'indicatif, l'impératif ou l'infinitif.
- le discours argumentatif : il a pour but d'exprimer son opinion et de convaincre ou de persuader son destinataire qu'elle est la plus juste, contrairement au discours explicatif dans lequel l'objectif du locuteur est d'apporter une connaissance, une information sans donner son avis.
- le discours procédural : il se manifeste principalement dans les productions verbales à caractère prescriptif. Il s'apparente à un sous-type de description : la description d'action. Il est constitué d'étapes temporellement ordonnées.

1.1.4. Distinction entre discours et conversation

L'analyse conversationnelle s'intéresse uniquement à l'analyse des éléments pragmatiques tels que la coopération dans la communication des deux interlocuteurs, la reprise et le développement des thèmes, les tours de parole. L'analyse discursive, quant à elle, traite les éléments morpho-syntaxiques, lexicaux, spatiaux et temporels (les éléments déictiques) mais aussi les éléments diaphoriques (anaphores et cataphores) qui reprennent antérieurement ou postérieurement un élément linguistique de l'énoncé.

Il y a variation des conditions de production entre productions narratives et conversations. Les premières sont des capacités orales de monogestion. Elles nécessitent une planification d'ensemble plus importante car, en général, l'interlocuteur écoute et n'intervient pas. Les conversations sont, quant à elles, des capacités orales de polygestion [47]. C'est une interaction réciproque, chaque participant ayant alternativement le rôle de locuteur. L'alternance des tours de parole n'est pas prédéterminée mais construite au cours de l'échange. L'objectif est commun et la finalité est neutre, c'est-à-dire sans conséquences financières et décisives [12]. La planification se fait donc de topic en topic.

L'analyse du discours fait partie intégrante de la pragmatique.

1.2. Discours et pragmatique

1.2.1. Historique de la pragmatique

Le concept de pragmatique est apparu dès la fin du XIX^{ème} siècle mais ce sont Austin et Searle qui ont apporté une théorie des actes du langage. Les premiers matériels d'évaluation des compétences pragmatiques ont été créés il y a une dizaine d'années. [31]

La pragmatique est au carrefour de plusieurs disciplines : philosophie, linguistique, sociolinguistique, psycholinguistique et psychologie. [22]

Pendant longtemps, la pragmatique a été définie comme l'étude du langage en contexte. Désormais, de nombreux théoriciens considèrent "la composante pragmatique comme partie intégrante des diverses composantes du langage qui permet la communication". Actuellement, elle est donc définie comme la composante permettant le traitement de l'intention de communication. [23]

Trognon affirme que le langage se fonde sur trois plans : syntaxique, sémantique (relation des signes avec les choses et états de choses) et pragmatique (usage des signes dans le contexte de communication). [44]

L'objectif de l'approche pragmatique est de définir la structure formelle spécifique (c'est-à-dire formuler une caractérisation fonctionnelle de la pathologie et déterminer dans quels contextes elle apparaît) et de décrire la singularité des modes de communication d'une certaine pathologie. [22]

1.2.2. Les théories fondatrices

1.2.2.1. L'acte de discours selon Austin

Austin est le précurseur de la pragmatique avec son ouvrage *How to do Things with Words* (1962), transcription de douze conférences. [2]

Pour Austin, chaque énonciation est un acte de discours (speech act) ayant pour but de réaliser quelque chose. Il distingue l'énonciation constative, (la "description" vraie ou fausse des faits), de l'énonciation performative (qui "permet de faire quelque chose par la parole elle-même"). L'énoncé performatif consiste à faire ce que l'énoncé dit de faire. Il est une condition non nécessaire, mais suffisante, de l'accomplissement de l'acte. Au sein des performatifs, il existe plusieurs degrés (purs, quasi-performatifs, intermédiaires, implicites).

Lors de sa huitième conférence, Austin va proposer une nouvelle classification des actes de langage. Ainsi, il dégage trois aspects de l'acte utilisé pour faire quelque chose par la parole :

- l'acte de locution : acte de *dire quelque chose*
- l'acte d'illocution : il est un acte conventionnel, un acte effectué *en disant quelque chose*.
- et l'acte de perlocution qui est un acte effectué *par le fait de dire quelque chose*. Il requiert souvent le contexte de l'énonciation.

Les actes de locution et de perlocution sont des éléments abstraits de l'acte du discours. [26]

1.2.2.2. La théorie de Searle

Searle reprend le travail d'Austin en différenciant :

- les actes de langage ou actes illocutoires qui correspondent aux actions réalisées via des moyens langagiers. Nous pouvons donner l'exemple suivant : "il a soutenu que".
- les forces illocutoires, plus tard appelées la valeur illocutoire. Celle-ci donne la possibilité de "fonctionner comme un acte particulier". Cette valeur se conjugue avec le contenu propositionnel de l'énoncé pour donner une valeur globale à ce dernier. La valeur illocutoire est inférée par l'allocutaire à partir de la valeur sémantique, du contexte général et des intentions attribuées au locuteur. C'est une valeur non-préméditée par le locuteur. et elle peut différer de celle du locuteur. De plus, des énoncés différents peuvent avoir le même contenu propositionnel tout en correspondant à des actes de langage différents (par exemple, "Pierre ferme la porte." ; "Est-ce que Pierre ferme la porte ?" ; "Pierre, ferme la porte !") ; d'autres peuvent avoir la même force illocutoire exprimée de façon très différente (par exemple, "Ferme la porte !" ; "Je t'ordonne de fermer la porte." ; "Pourrais-tu fermer la porte, s'il te plaît ?").

- les verbes illocutoires signalant les différents actes illocutoires, comme les verbes accuser, affirmer, autoriser, conseiller, inventer, commander, avertir ou entreprendre. [26]

Mais Searle critique également la classification d'Austin et propose la suivante :

- les assertifs : un acte assertif engage le locuteur sur la véracité d'une proposition.

Exemple : informer.

- les directifs : ils correspondent à la tentative de la part du locuteur d'obtenir quelque chose de son destinataire. Exemple : demander.

- les promissifs : ils engagent le locuteur sur le déroulement de l'action. Exemple : promettre.

- les expressifs : ils expriment l'état psychologique du locuteur, comme la gratitude. Exemple : remercier.

- et les déclarations : elles modifient un état institutionnel. Exemple : déclarer la guerre.

1.2.2.3. L'apport de Grice

Grice apporte un regard différent sur les règles interindividuelles qui doivent s'accorder au principe de coopération. Il décline les quatre maximes conversationnelles :

- la maxime de quantité : donner autant d'informations que requis mais pas plus qu'il n'est requis. Un excès d'informations peut faire dévier l'échange ou amener l'interlocuteur à l'interpréter à tort (en pensant, par exemple, qu'il y a une raison particulière à cet excès d'informations).

- la maxime de qualité : la contribution doit être véridique. Ce que l'on croit être faux ou ce pour quoi on manque de preuves ne doit pas être affirmé.

- la maxime de relation ou de pertinence : il s'agit de "parler à propos".

- la maxime de modalité : "soyez clair", "évitez d'être ambigu", "soyez bref", "soyez méthodique". [20]

Blanchet (cité par Dardier) (1982, 1986) explique que les maximes conversationnelles de Grice s'inscrivent dans le cadre d'un contrat de communication dans lequel d'autres facteurs sont à prendre en considération. Ce contrat peut connaître des modifications durant l'interaction (évolution de l'échange, inférences, ...). Ces maximes restent omniprésentes et favorisent la stabilité et la continuité de l'échange.

1.2.3. Les apports plus récents

1.2.3.1. La compétence communicative selon Kerbrat-Orecchioni

Austin et Searle inscrivaient les actes de langage comme des actes isolés. Depuis, ceux-ci ont été réinscrits dans un contexte de communication. En effet, les actes de langage peuvent s'adresser à plusieurs personnes en même temps en ayant autant de valeurs différentes que de destinataires. Les actes de langage sont des "unités de base d'une "grammaire des conversations" mais aussi "les unités de base du système de la "politesse"" quand nous les plaçons dans un contexte de construction de la relation interpersonnelle.

Ces actes de langage peuvent se réaliser de différentes manières :

- la réalisation directe avec les formulations performatives qui sont les plus claires et les formes déclarative, interrogative, exclamative et impérative. Cependant, ces quatre formes sont polysémiques : leur contenu peut donc être ambigu à moins qu'un performatif soit utilisé parallèlement.
- la réalisation indirecte. Elle se décompose selon deux types : les réalisations indirectes conventionnelles et non conventionnelles. Pour que les actes de langage indirects soient

efficaces, il faut que certaines conditions soient réunies. Ainsi Kerbrat-Orecchioni parle de la notion de "trope illocutoire" pour désigner le "renversement de la hiérarchie des niveaux de contenu" c'est-à-dire l'effacement du contenu littéral au profit du contenu dérivé. Elle évoque aussi l'importance du contexte : l'interprétation d'un énoncé va varier selon la structure grammaticale de celui-ci, la nature du contenu propositionnel, l'accompagnement prosodique et mimo-gestuel ainsi que certains principes interprétatifs généraux (tels que les maximes de Grice, par exemple). La diversité illocutoire engendre, dans certains cas, des controverses ("négociations") voire des malentendus. [26]

Kerbrat-Orecchioni différencie cinq types de compétences mises en œuvre simultanément dans tout échange verbal :

- la compétence linguistique qui correspond au fonctionnement du code qui associe signifiant et signifié. Les chercheurs se servent de cette compétence dans le domaine de l'aphasiologie.
- la compétence encyclopédique qui correspond à l'ensemble de nos connaissances sur le monde.
- la compétence logique qui permet la compréhension sans que toutes les informations exhaustives soient présentes.
- la compétence rhétorico-pragmatique qui correspond aux comportements verbaux dans un échange.
- la compétence discursive qui permet les enchaînements argumentatifs. Le contexte n'entre pas en jeu dans cette compétence. [26]

1.2.3.2. La compétence pragmatique selon Croll

Croll (2008) définit la compétence pragmatique comme la capacité à utiliser la langue de façon adaptée au contexte et en fonction d'intentions. Elle se décompose en :

- compétence conversationnelle : capacité à participer à une conversation et à en maîtriser les règles,
- compétence discursive : capacité à produire un ensemble d'énoncés articulés de manière cohérente dans le discours,
- compétence intersubjective : capacité à entrer en relation avec l'autre, lui attribuer des intentions, exprimer ses intentions,
- compétence sociale : comportement adapté, respect des règles de l'échange social. [22]

La compétence pragmatique "s'acquiert, se développe et peut éventuellement se dégrader" (Kerbrat-Orecchioni, 1998 ; citée par Jaguin, 2008). En termes de clinique, elle requiert la maîtrise :

- d'habiletés spécifiques : alternance des tours de parole, initiation ou changement de thème...
- et d'habiletés cognitives générales : traitement de l'information, prise en compte du point de vue de l'autre... [22]

1.2.4. Les différents courants de la pragmatique

De l'ensemble de ces théories découlent quatre grands courants :

- La pragmatique du discours ou pragmatique énonciative qui laisse une place importante à la situation d'énonciation. Benveniste (1966) décrit "trois comportements fondamentaux de l'homme parlant et agissant par le discours sur l'interlocuteur : il veut lui transmettre un élément de connaissance, ou obtenir de lui une information, ou lui intimer un ordre." Il distingue le dialogue, discours polygéré, du récit, discours monogéré. Les déictiques (pronoms, démonstratifs, marqueurs spatio-temporaux) sont employés.

- La pragmatique intégrée (Ducrot et Anscombre) appartient à la linguistique au même titre que la phonologie, la syntaxe et la sémantique. Elle est le relais de la sémantique quand il y a échec pour accéder au sens. L'interprétation d'un énoncé est alors d'abord réalisée par une analyse linguistique puis par une analyse pragmatique.
- La pragmatique cognitive ou radicale étudie les processus cognitifs mis en jeu lors de l'interprétation du langage. Selon la théorie de la pertinence de Sperber et Wilson, l'énoncé est d'abord analysé linguistiquement avant de mettre en place un, puis plusieurs, processus inférentiels ou déductifs.
- Enfin la pragmatique interactionniste considère l'utilisation du langage dans l'interaction. Les actes de langage sont un moyen pour les interlocuteurs d'interagir mutuellement l'un sur l'autre. [22]

Dans cette partie, nous avons décrit ce qui pouvait nuire à l'informativité du discours. Pour mieux en comprendre les origines, il nous paraît nécessaire de définir le système sémantique qui constitue la structure de base de l'utilisation du langage.

2. LE SYSTEME SEMANTIQUE

Pour décrire le système sémantique, nous donnerons une brève définition générale des mémoires avant de s'attarder plus longuement sur la mémoire sémantique. Nous définirons cette dernière puis nous expliciterons les modalités d'accès au sens ainsi que le contenu, l'organisation et la localisation du système sémantique.

2.1. La mémoire et les mémoires

2.1.1. Définition

La mémoire est la faculté de rappeler des événements passés ainsi que ce qui s'y trouve associé. Cette capacité permet ainsi à chaque être humain de trouver sa place dans le présent, lui-même défini par l'histoire passée de l'individu et à la base de son avenir.

La mémoire est donc multiple et il existe un certain consensus, dans la littérature, pour parler davantage des mémoires que de la mémoire. En 1972, la classification de Tulving met ainsi en évidence cinq systèmes mnésiques : la mémoire épisodique, la mémoire de travail, la mémoire procédurale, le système de représentation perceptive (PRS) et la mémoire sémantique. [38]

2.1.2. La mémoire sémantique

Selon Tulving (1972), la mémoire sémantique est "la mémoire nécessaire pour l'utilisation du langage. C'est un thesaurus mental, le savoir organisé qu'un individu possède pour les mots, les autres symboles verbaux, leurs significations et leurs référents, leurs relations et les règles, formules, algorithmes pour la manipulation de ces symboles,

concepts et relations. La mémoire sémantique n'enregistre pas les signaux d'entrée des stimuli mais plutôt les référents cognitifs des signaux d'entrée." [27]

Tulving a été le premier à distinguer la mémoire sémantique de la mémoire épisodique, en référence à une dissociation observée en pathologie.

Les principales modalités d'entrée sont au nombre de trois : tactile, visuelle, auditive. A celles-ci, se rajoutent éventuellement les modalités olfactive et gustative.

La mémoire sémantique concerne l'ensemble des connaissances générales, encyclopédiques, scolaires, culturelles, d'un sujet, sans référence spatio-temporelle ni contextuelle. L'évocation des informations détenues dans cette mémoire "didactique" est donc "dépourvue de référence à l'histoire personnelle" de l'individu. Tulving parle de mémoire noétique.

Coyette (2001) donne, à titre d'exemples, les tables de multiplication, le nom du Président des Etats-Unis, le fait qu'un canari est un oiseau jaune, les différentes marques de bières ou de chocolats. Concernant ces informations, nous ne nous souvenons plus des circonstances, du contexte, du "décor" de ces apprentissages (nous ne pouvons plus évoquer quand et comment nous les avons apprises) mais nous n'avons retenu que l'information principale.

2.2. Le contenu du système sémantique

2.2.1. Le concept de système sémantique

La plupart des auteurs de modèles du système sémantique sont d'accord sur les points suivants :

- l'articulation du système sémantique se réalise autour de traits qui sont reliés entre eux au sein d'un réseau,

- en outre, certains traits sémantiques sont identiques pour un grand nombre de concepts (Samson parle de "propriétés conceptuelles générales") ou, au contraire, ne sont partagés que par un petit nombre de concepts ou même par un seul concept (ce sont alors des "propriétés spécifiques"). [40]

Ainsi, la représentation sémantique est définie comme "un faisceau de traits sémantiques se rapportant à un même item et pouvant être de différentes natures : catégorielle, structurale, fonctionnelle, associative, descriptive...". A titre d'exemple, l'item "table" peut à la fois être défini comme "meuble" mais aussi comme "possède quatre pieds et une planche" ou encore "sert essentiellement pour manger" ou "est souvent utilisée avec des chaises". Ces représentations sont stockées dans le système sémantique. [27].

Nous parlons de lien sémantique quand deux concepts partagent des liens catégoriels, fonctionnels ou encore des caractéristiques perceptives (tigre - lion). Certains concepts n'ont pas de lien sémantique mais un lien associatif d'après les normes d'associations verbales. Selon Collins et Loftus (1975), "il existerait ainsi un réseau de relations sémantiques et un réseau lexico-associatif composé de liens entre le nom des concepts et non leur signification. Un lien associatif est déterminé par la fréquence de co-occurrence dans le langage courant." Il est souvent difficile de distinguer lien sémantique et lien lexico-associatif. De nombreuses paires de mots utilisées dans les études partagent d'ailleurs les deux types de liens.

2.2.2. Les différents modèles

Il existe plusieurs types de modèles concernant le contenu du système sémantique.

- Selon le modèle en traits de Rips et al. (1973), un concept est signifié par un ensemble de traits sémantiques. Deux approches sont alors possibles :

- l'approche référentielle qui estime que c'est la combinaison de traits sémantiques qui constitue le sens,

- et l'approche différentielle qui considère, à l'inverse, que ce sont les différences qui séparent les concepts qui permettent de les définir.

- Collins et Quillian (1969) parlent de modèle en réseaux : les concepts sont envisagés comme des nœuds organisés en réseaux hiérarchisés. Chacun de ces nœuds est relié à plusieurs autres et est associé à un certain nombre de propriétés. Selon les auteurs, la récupération est alors possible grâce à "l'activation diffusante". Ainsi, le fait de voir ou entendre un concept permet d'activer ce dernier en mémoire. "L'activation se diffuse alors ensuite d'un concept à l'autre au sein d'un réseau, un seul concept étant traité à la fois". [38]

A partir de ce modèle, les auteurs dégagent deux principes :

- le principe d'organisation hiérarchique : "le niveau de généralité des catégories détermine la hiérarchisation des concepts en mémoire". La catégorie supra-ordonnée (animal) est la catégorie la plus inclusive avec le niveau d'abstraction le plus élevé ; elle est stockée à un niveau au-dessus de celui d'une catégorie sous-ordonnée (oiseau), catégorie la moins inclusive et la plus concrète. La catégorie intermédiaire se situe entre les deux.

- le principe d'économie cognitive, selon lequel "une information est stockée à un seul niveau, le plus élevé possible." Ainsi, si une information est commune à "animal" et "oiseau", elle est stockée au niveau "animal".

Selon ce modèle, chaque catégorie contient des éléments qui sont équivalents. Or, les études de Rosch (1976) affirment le contraire. Pour cet auteur, les catégories sont "les représentations sémantiques d'objets du monde réel". Elles s'organisent en trois niveaux distincts : le niveau super ordonné (animal), le niveau de base (chien) et le niveau subordonné (épagneul). Certains éléments sont plus représentatifs de la catégorie que d'autres et sont, par conséquent, plus rapidement identifiables. "Le niveau de base n'est ni trop spécifique, ni trop général et maximise la quantité d'informations permettant la discrimination entre les items". Rosch a donc proposé l'idée de "concept prototype" pour qualifier l'instance centrale d'une catégorie, qui la représenterait le mieux. Ainsi un prototype est un élément qui possède la typicalité la plus forte de la classe. Il est défini à la

fois par ce qui le différencie des autres classes et par ce qui le différencie des autres membres de sa classe. [38]

- le modèle de mémoire distribuée ou modèle de comparaison de traits (Gillund et Shiffrin, 1984 ; Hintzman, 1986 ; Masson, 1995 ; Murdoch, 1982) :

Dans ce modèle, ce sont les traits sémantiques (c'est-à-dire les attributs des objets) partagés par les concepts qui déterminent leur association. Plus deux concepts sont proches, plus les traits communs sont nombreux. La mémoire sémantique est donc composée d'unités conceptuelles : chaque unité représente un concept, ce dernier est associé à des traits sémantiques.

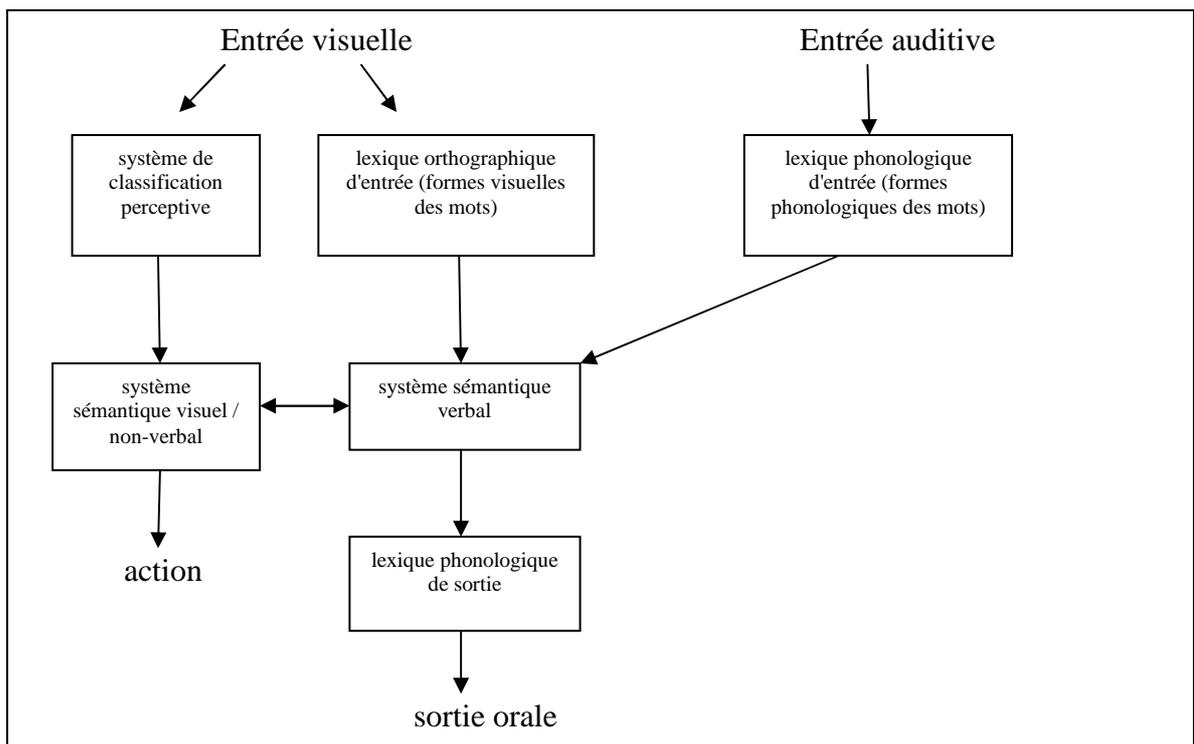
- Enfin, le modèle de distribution de l'activation (Collins et Loftus, 1975) apporte la notion de distance sémantique. Selon ce modèle, "l'amorçage sémantique est le fait que la présentation préalable d'un mot sémantiquement proche du mot-cible facilite l'activation du mot". Le temps que l'activation parcourt le réseau informe sur l'organisation des associations sémantiques. [27]

S'il existe donc bien un consensus, entre les différents auteurs, sur le contenu du système sémantique, il n'en est pas de même concernant l'organisation du système sémantique. [40]

2.3. L'organisation du système sémantique

Deux conceptions s'opposent quant à l'organisation du système sémantique.

2.3.1. Le modèle plurimodal de Warrington (1975)



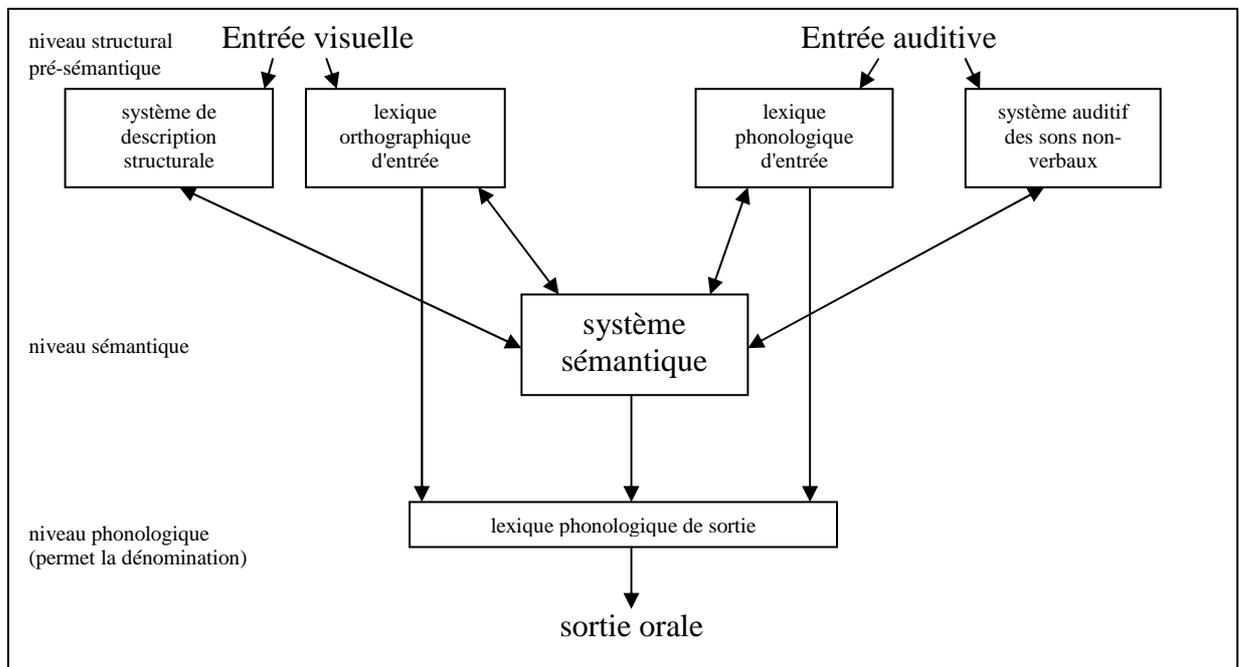
Il s'agit là d'un modèle constitué de sous-systèmes représentant chacun un type de propriétés. Ainsi, les propriétés conceptuelles auditives "seraient représentées au sein d'un sous-système auditif, les propriétés fonctionnelles au sein d'un sous-système fonctionnel...".

Pour Shallice (1988, 1993), "la modalité d'entrée correspondrait à un traitement pré-sémantique induisant, par la fréquence des entrées d'informations dans un type de modalité, la spécialisation du système. Les sous-processus seraient interdépendants. La compréhension des objets essentiellement acquise par le canal visuel serait dépendante du

système sémantique visuel alors que la compréhension des mots acquise de façon verbale serait surtout dépendante du système sémantique verbal." [27]

2.3.2. Les modèles de type amodal

2.3.2.1. Le modèle dit en cascade, Humphreys et al. (1988)



Dans ce modèle, toutes les entrées tendent vers un système sémantique unique. Le traitement des informations se fait de façon parallèle et distribuée. La voie "indirecte" est celle qui relie le système sémantique au lexique phonologique de sortie. La voie "directe", quant à elle, permet de passer directement du niveau structural au niveau phonologique.

Il est nécessaire que les deux voies fonctionnent correctement pour que la dénomination se réalise normalement. [27]

2.3.2.2. Le modèle OUCH (Organized Unitary Content Hypothesis), Caramazza et al. (1990)

Contrairement aux modèles précédents, c'est la nature des traits qui "entre en jeu". Tous les traits d'un mot sont réunis de façon amodale. C'est la modalité d'entrée qui va déterminer ce qui va être activé au niveau pré-sémantique. Ainsi, un mot présenté visuellement active le lexique orthographique qui lui-même active le système sémantique. En contraste avec le modèle dit en cascade, il y a un accès "privilégié" ce qui signifie que "des informations traitées au niveau pré-sémantique pourraient donner directement accès à des propriétés sémantiques." [27]

2.3.2.3. Le modèle mixte, Bub et coll. (1988) et Chertkow et coll. (1992 ; 1993)

"L'identification serait dépendante de la modalité d'entrée mais le traitement fonctionnel et associatif serait amodal. Ainsi, la première composante se rapporte au traitement structural et fonctionnel permettant d'identifier un stimulus comme unique (à la différence du modèle en cascade). Cette identification se ferait par les modalités visuelle ou auditive, la modalité visuelle semblant permettre une meilleure identification. Ensuite, et de façon amodale, se ferait le traitement associatif et fonctionnel." [27]

2.4. La localisation du système sémantique au sein du lexique mental

L'existence d'un système sémantique commun impliqué dans l'accès à la signification d'un mot, d'un objet ou d'un événement perçu ne fait pas non plus l'objet d'un consensus.

Selon certains auteurs, il existe des systèmes sémantiques différents selon la modalité dans laquelle est présentée l'entité. Ces auteurs fondent leur hypothèse sur l'analyse du comportement de patients atteints d'aphasie optique. En effet, ces derniers s'avèrent incapables de dénommer un objet qui leur est présenté en modalité visuelle alors qu'ils peuvent le dénommer si l'objet est présenté dans une autre modalité, tactile par exemple.

La conception du rôle du cortex pré-frontal varie selon les auteurs. Selon l'équipe de Petersen, le cortex pré-frontal ("left-frontal semantic area") interviendrait principalement dans les stratégies de recherche de l'information sémantique. Pour certains, il ne jouerait qu'un rôle non spécifique d'accès à des représentations sémantiques qui seraient localisées ailleurs dans le cerveau (Chertkow et Bud, 1994). Pour d'autres auteurs, la distribution des représentations sémantiques serait telle qu'il serait vain de chercher à les localiser (Howard et al., 1992). En outre, l'imagerie ne montre pas systématiquement l'implication du cortex préfrontal dans la stratégie de recherche de l'information sémantique, mais seulement lorsque les paradigmes sont complexes et exigent la mise en place d'une stratégie.

3. LE TRAUMATISME CRANIEN

Avant d'étudier les troubles plus spécifiques du discours chez le traumatisé crânien, il est indispensable de définir le traumatisme crânien et d'indiquer les différents troubles qu'il engendre.

3.1. Epidémiologie

Il existe de nombreuses enquêtes épidémiologiques sur les traumatismes crâniens mais celles-ci sont vraiment très hétéroclites. L'étude prospective de l'INSERM, réalisée en 1986 pour la région Aquitaine et révisée en 1996, est néanmoins la plus souvent citée, en particulier par Cohadon et al. (2008). Elle distingue trois groupes de traumatisés crâniens : légers, moyens et graves représentant respectivement 80 %, 11 % et 9 % des traumatisés crâniens. L'incidence est de 281 pour 100 000 habitants, avec une incidence plus élevée pour les hommes que pour les femmes, le sex-ratio étant de 2,1. Le taux de mortalité suite à un traumatisme crânien est trois fois plus élevé chez l'homme que chez la femme. On constate également un taux de mortalité supérieur chez les sujets âgés et très faible chez les enfants. [9]

Le traumatisme crânien représente la première cause de mortalité et de handicap sévère avant 45 ans.

Les deux causes principales de traumatisme crânien sont les accidents de la circulation et les chutes. Les accidents de la circulation expliquaient 60 % des traumatismes crâniens en 1986 tandis qu'ils n'en représentent plus que 48 % en 1996. Au contraire, la proportion des chutes dans les traumatismes crâniens est passée, dans le même temps, de 32 à 42 %. Les chutes concernent principalement les personnes âgées et sont alors le plus souvent graves. Chez l'enfant, la chute est en revanche le plus souvent bénigne. Depuis quelques années, une nouvelle tranche d'âge concernée par les chutes est apparue : il s'agit de celle des 19 – 25 ans particulièrement exposée à l'alcoolisme aigu. [9]

La révision de cette étude en 1996, sur les traumatisés crâniens graves uniquement, met en évidence une incidence en légère baisse et une augmentation de l'âge médian. Ces deux modifications s'expliquent, d'une part, par la diminution du nombre d'accidents de la route et, d'autre part, par l'augmentation du nombre de chutes, en particulier chez le sujet âgé. [9]

3.2. Classification

Les classifications des traumatismes crâniens (TC) sont différentes selon les auteurs. Cependant, le Score de Coma de Glasgow est l'échelle la plus utilisée. Ainsi, la classification de Peters et coll. (cités par H. Curallucci, 2011) distingue :

- le TC léger avec un score de Glasgow entre 13 et 15 et un scanner normal,
- le TC modéré lorsque le score de Glasgow est compris entre 13 et 15 (avec un scanner anormal) ou entre 9 et 12 (avec un scanner normal),
- le TC grave à partir du moment où le score de Glasgow est inférieur ou égal à 8.

D'autres auteurs utilisent la durée de la perte de connaissance pour classer les différents traumatismes crâniens : moins de 5 minutes pour un TC très léger, une heure pour un TC léger, inférieure à 24 heures pour un TC modéré et supérieure à 24 heures pour un TC grave. [15]

Enfin, Teasdale et Jennet (cités par H. Curallucci, 2011) ont utilisé en 1976 la durée de l'amnésie post-traumatique comme référence de classification des traumatismes crâniens. Ils ont ainsi distingué cinq groupes : le TC très léger si la durée de l'APT est inférieure à 5 minutes, léger si elle est comprise entre 5 et 60 minutes, modéré de 1 heure à 24 heures, sévère de 1 à 7 jours et enfin très sévère si elle dure plus de 7 jours. [15]

La classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (Cassidy et coll., 2004 ; cités par D. Plantier, 2011) établit le degré de sévérité du traumatisme crânien sur la base de l'ensemble de ces critères et distingue ainsi :

- le TC "léger" avec un score de Glasgow initial compris entre 13 et 15, une ou plusieurs manifestations telles qu'une confusion ou une désorientation, une perte de connaissance de moins de 30 minutes, une amnésie post-traumatique inférieure à 24 heures et des anomalies neurologiques transitoires. En règle générale, aucune lésion n'est visible au scanner cérébral (ou, pour certains auteurs, dans 2 à 5 % des cas),
- le TC de sévérité moyenne avec un score de Glasgow compris entre 9 et 12, une perte de connaissance ou coma d'une durée comprise entre 1 heure et 7 jours, une amnésie post-traumatique supérieure à 24 heures mais inférieure à 7 jours et des anomalies neurologiques focales,
- et enfin le TC sévère pour tous les cas où le score de Glasgow initial est inférieur ou égal à 8, le coma dure plus de 7 jours et la durée de l'amnésie post-traumatique est également supérieure à 7 jours.

Selon D. Plantier (2011), "il est désormais invoqué un véritable continuum lésionnel entre TC sévère et TC léger [...]. Les conséquences d'un TC, quelle que soit sa sévérité, impliquent une cascade d'événements métaboliques aboutissant à une mort cellulaire et à la possibilité de dégénérescence secondaire responsable d'une atrophie cérébrale." [15]

3.3. Troubles cognitifs et comportementaux

Nous développerons ci-dessous les troubles non langagiers. Les troubles spécifiques au langage le seront dans la partie suivante.

3.3.1. Troubles de la mémoire

D'après la littérature, la mémoire est l'activité cognitive la plus touchée par le traumatisme crânien. Les troubles de mémoire seraient, d'après Raskin et Mateer (2000), liés à des troubles de l'attention et/ou d'organisation du matériel à mémoriser, donc à un déficit du contrôle exécutif. [34] Même si la mémoire peut être touchée dans sa globalité, ce sont surtout la mémoire à court terme (mémoire de travail), la mémoire épisodique et la mémoire prospective qui sont les plus altérées. Les troubles au niveau de la mémoire de travail concerneraient surtout l'administrateur central. Quant à la mémoire à long terme, ce déficit est expliqué par un trouble situé au niveau de la mise en action des processus mnésiques et notamment du processus de récupération de l'information en mémoire épisodique. Il pourrait être secondaire aux troubles attentionnels et exécutifs et explique la présence possible de confabulations. [29]

3.3.2. Troubles de l'attention

Avec les troubles de la mémoire, ils font partie des troubles les plus répandus après un traumatisme crânien. Leur importance est considérable quant à leur rôle dans les difficultés d'adaptation du comportement.

Les troubles de l'attention se caractérisent par des difficultés à suivre une conversation à plusieurs personnes, une distractibilité anormale, une incapacité à faire deux choses en même temps (situation de double tâche), un ralentissement psychomoteur, une fatigabilité importante et une baisse générale du rendement cognitif. C'est l'attention divisée qui est la plus touchée. [9]

3.3.3. Troubles des fonctions exécutives

Les déficits au niveau du syndrome dysexécutif sont caractérisés par un défaut de programmation (volition), un apragmatisme, l'altération des capacités de conceptualisation,

de planification (pas de plans précis ni de stratégies pour atteindre le but) et d'organisation des actions avec une diminution des initiatives et du contrôle des comportements (le patient reste sans rien faire, sans projet, sans désir ; rien ne le motive mais rien ne l'ennuie non plus), une difficulté à mener une action à son terme et un déficit du rétrocontrôle. Nous observons également un manque de flexibilité mentale dès que le patient est confronté à une impossibilité ou à un changement imprévu ainsi qu'une impulsivité du comportement. [9]

3.3.4. Troubles de la métacognition et des cognitions sociales

Nous parlons de troubles de la métacognition pour désigner la difficulté du patient à estimer ses capacités cognitives ainsi que son sens de l'autocritique. Ceux-ci sont mis en lien avec les troubles dysexécutifs. Le patient traumatisé crânien peut également être anosognosique. Dans ce cas, il nie sa "maladie".

La régression de ces troubles est le plus souvent progressive. Cependant, lorsqu'ils persistent, ils sont un frein important à la mise en place de la rééducation.

Les patients traumatisés crâniens peuvent également avoir des troubles de la théorie de l'esprit, c'est-à-dire des difficultés à percevoir les intentions d'autrui. [9]

3.3.5. Hémignégligence, troubles perceptifs, praxiques et visuo-constructifs

Dans le cas des traumatismes crâniens, l'hémignégligence est peu observée, à l'inverse des troubles (partiels et/ou temporaires) des processus de reconnaissance perceptive. [9]

Des troubles de la perception visuelle, tels que "l'agrippement du regard", la distractibilité sont également observés.

3.3.6. Modifications affectives et du comportement

L'état affectif du traumatisé crânien peut être très versatile et engendrer des troubles de la personnalité et de l'humeur. [9] Ils peuvent revêtir deux tableaux diamétralement opposés :

- le patient peut présenter un tableau sur le versant "pseudo-dépressif" si la lésion se situe dans la région dorso-latérale,
- ou un tableau sur le versant "euphorique" s'il s'agit d'une lésion dans la région orbito-frontale.

Lorsque l'expression de ces troubles affectifs est durable, il est nécessaire de procéder à un traitement médicamenteux. [29]

Des troubles du comportement moteur sont également observables. Ils s'expliquent par l'abolition de la fonction inhibitrice et se traduisent par des persévérations, des comportements d'utilisation (le patient ne peut s'empêcher d'utiliser les objets placés devant lui) ou d'imitation (le patient reproduit les gestes de son interlocuteur).

Pour le thérapeute, il s'agit de tenir compte de l'ensemble de ces troubles dans la prise en charge du patient traumatisé crânien.

3.4. Evolution et facteurs de récupération

3.4.1. Evolution du traumatisme crânien

Il existe, dans la littérature, de nombreuses "courbes de récupération". Celles-ci ont toutes en commun la mise en évidence d'une récupération initiale d'abord rapide, suivie d'un ralentissement des progrès et enfin un effet "plateau" dont le niveau permet de mesurer l'importance des séquelles par rapport à la fonction normale. Cependant, il est à

noter que "l'on sait qu'entre 1 et 5 ans après le traumatisme, 22% des patients s'améliorent encore". (Millis, Rosenthal, Nowack et al., 2001) [9]

3.4.2. Facteurs de récupération du traumatisme crânien

Nous notons plusieurs facteurs intervenant sur la récupération chez le traumatisé crânien :

- le facteur le plus important est constitué par l'étendue, la tomographie et la nature des lésions produites au moment de l'impact et/ou lors de la phase fluxionnaire post-traumatique. La durée du coma est un indicateur pour prédire le niveau des séquelles. D'après une étude de Richer et Cohadon (1991), il existe une corrélation étroite entre le niveau du déficit initialement constaté et le niveau du déficit séquellaire final au niveau de la motricité (automatico-réflexe et volontaire).
- l'âge du patient. En effet, compte tenu du phénomène de plasticité cérébrale, la récupération est globalement inversement proportionnelle à l'âge.
- les facteurs génétiques. La présence de l'un ou l'autre des allèles d'un gène codant pour une protéine particulière (APO-E4) aurait un rôle sur le pronostic du traumatisme et les possibilités de réparation structurale. [9]

Nous allons en dernier lieu nous attarder sur le sujet même de notre étude : l'informativité du discours chez le traumatisé crânien.

4. LES TROUBLES DE L'INFORMATIVITE DU DISCOURS CHEZ LE PATIENT TRAUMATISE CRANIEN : description, évaluation et rééducation

Les troubles du langage et de la communication sont très fréquents chez les traumatisés crâniens. En outre, ils impressionnent en phase d'éveil mais sont en général seulement transitoires. Il y a toujours mise en évidence d'un syndrome post-traumatique commun avec des éléments "de type frontal" tels qu'un ralentissement, des difficultés d'attention sélective, une diminution des capacités de synthèse et de stratégie et "un déficit des capacités d'évocation plus ou moins de fixation mnésique". Ce syndrome est toujours présent au début. L'amélioration est rapide sur les six premiers mois, notable entre six et douze mois et beaucoup plus lente ensuite. Cependant, comme nous l'avons vu précédemment, il est encore possible de constater des progrès après deux ans. [28]

Tout traumatisé crânien présente à un moment donné des troubles du langage qui évoluent rapidement ou persistent : des transformations au niveau intra propositionnel ou trans-propositionnel ou des persévérations. En général, phonologie, syntaxe et lexique ne sont pas touchés alors que pragmatique et paralinguistique sont affectées. [28]

4.1. Description des troubles

4.1.1. Troubles du langage

Sans pouvoir parler d'aphasie, il est toutefois possible de constater un trouble des conduites verbales. Une lésion orbito-frontale provoque une logorrhée alors qu'une lésion dorsolatérale engendre un discours réduit. Le patient traumatisé crânien a des difficultés de catégorisation et de regroupement des traits particuliers constitutifs d'un tout.

La structure syntaxique des énoncés est simplifiée chez tous les patients frontaux. [45]

Chez les lésions frontales droites, lors de la description d'une série d'images, chaque image est interprétée pour elle-même et non pas par rapport à l'ensemble. [45]

Le discours procédural, pouvant être évalué à l'aide du Dice Game, est déficitaire. On note un nombre plus faible de mentions d'informations capitales et un volume plus élevé d'informations inutiles voire erronées. [36]

Enfin, les performances au test de fluence verbale chez les patients non aphasiques diffèrent selon la localisation de la lésion. Si la lésion est frontale gauche ou bifrontale, nous observons une production insuffisante ou des persévérations dans les épreuves de fluence verbale (que ce soit en modalité littérale ou avec critère sémantique). Lorsque la lésion est droite et frontale, les résultats sont moins bons que lorsque la lésion est droite sans participation frontale, mais meilleurs que lorsqu'elle est frontale gauche. [45]

Selon Ramier et Hécaen (1970), "les deux lobes frontaux sous-tendent une fonction fondamentale concernant la spontanéité, l'initiative" et "le déficit de la fluence verbale paraît aussi bien dépendre de l'interaction de deux facteurs : l'atteinte frontale (perte de l'initiation à l'action) et la latéralisation lésionnelle gauche (domaine verbal)". [45]

4.1.2. Troubles lexico-sémantiques

Les troubles lexico-sémantiques existent à la fois en modalité orale et écrite. Ils sont associés à des troubles de la compréhension mis en évidence dans les épreuves de désignation avec distracteurs sémantiques et dans les tâches sémantiques d'appariement fonctionnel, de catégorisation et de jugement.

Un trouble sémantique est vraiment spécifique à chaque patient. Il peut être sélectif à une classe conceptuelle particulière d'objets ou d'entités, à un type de propriétés de nature particulière (fonctionnelle, visuelle, ...) ou à une modalité spécifique d'entrée. Lorsqu'il est discret, il concerne les propriétés conceptuelles spécifiques.

Il y a inefficacité des aides formelles telles que l'ébauche orale.

Nous observons des paraphrasies lexicales (*crayon* pour *vélo*) et/ou lexicales sémantiques (*citron* pour *orange*) et des périphrases.

C'est la variabilité des performances d'une tâche à une autre ou d'un moment à un autre et/ou une absence de réponse qui déterminent qu'il s'agit bien d'un trouble d'accès au lexique sémantique (et non pas d'une détérioration des représentations sémantiques).

Face à des troubles de la mémoire sémantique, la difficulté réside dans le fait de situer le niveau de l'atteinte du système sémantique.

4.1.2.1. La situation de l'atteinte selon les modèles plurimodal et amodal

Si nous nous plaçons dans le cadre du système plurimodal, il peut y avoir :

- une altération partielle ou totale des représentations sémantiques : nous constatons alors une constance dans les erreurs (toujours les mêmes items), une sensibilité à l'effet de fréquence (davantage d'erreurs sur les mots non fréquents) et un effet de distance sémantique uniquement au niveau super-ordonné,
- des difficultés d'accès aux représentations : nous remarquons un effet du rythme de présentation et de distance sémantique (non plus des effets de fréquence) et une constance dans les erreurs. [27]

Si nous nous plaçons dans le cadre du système amodal, nous pouvons observer :

- une dégradation des représentations sémantiques qui se manifeste par un trouble sémantique global touchant autant la production que la compréhension et quels que soient les modalités et le matériel (verbal ou non-verbal). Ce trouble se révèle par des absences de réponse et des erreurs sémantiques.
- des difficultés d'accès aux représentations sémantiques spécifiques à la modalité visuelle : nous pouvons alors parler d'aphasie optique (performances préservées en modalité auditive).
- des difficultés d'accès aux représentations sémantiques spécifiques à la modalité auditive parfois dénommées "surdité au sens des mots". [27]

Il est nécessaire d'interpréter avec prudence les erreurs sémantiques. En effet, la présence de ces erreurs ne signifie pas pour autant qu'il existe un trouble sémantique global.

4.1.2.2. La situation de l'atteinte selon les thérapies d'inspiration cognitive

Ces thérapies considèrent que les déficits peuvent provenir soit du système sémantique soit du lexique phonologique de sortie.

a) Déficit au niveau du système sémantique

Les déficits à ce niveau se manifestent par une altération des traits sémantiques qui forment le concept. Ceux-ci vont se révéler lors de tâches non verbales ou lors de tâches de catégorisation sémantique (à partir d'images ou de mots écrits) par des erreurs ou difficultés en compréhension verbale ; lors de tâches de production verbale orale et écrite par l'impossibilité de donner le nom d'un objet ou la définition d'un mot lu, de dessiner un objet appartenant à la même catégorie sémantique. Enfin, il existe un trouble de la dénomination avec erreurs sémantiques ou absence de réponse.

b) Déficit au niveau du lexique phonologique de sortie (accès)

Plus un mot serait fréquemment utilisé, plus son seuil d'activation serait rapide.

Le manque du mot est le déficit le plus courant de ce niveau. Celui-ci peut être réduit à l'aide de clefs phonémiques (premier phonème ou première syllabe du mot). Le patient atteint de ce déficit a une bonne compréhension ainsi qu'une bonne lecture mais commet des erreurs sémantiques et la dénomination écrite est altérée.

Ces deux types de déficit sont le plus souvent observables lors d'une lésion focale (AVC). [39]

4.1.3. Troubles discursifs

L'insuffisance de l'organisation générale des contenus est signalée, s'illustrant de difficultés d'organisation du discours avec une absence de cohérence logique des énoncés, un passage du coq à l'âne, des liens de cohésion textuelle trop rares, incomplets ou particuliers. La grammaire du récit, qui se définit comme les régularités qui fondent la structure interne d'un récit, n'est pas respectée.

4.1.3.1. Les troubles de la cohésion

La cohésion textuelle est constituée de marques qui permettent de faire le lien entre les différents éléments du récit et de créer une unité. Chez le patient traumatisé crânien, les liens de cohésion sont quantitativement et qualitativement différents ou moins fréquents. Ils sont le plus souvent elliptiques et incomplets. [37]

Selon le type de récit demandé, les résultats diffèrent d'un patient à l'autre. Certaines études ne montrent pas de troubles de la cohésion mais uniquement de la cohérence et des maximes de Grice. [37]

Les troubles de la cohésion sont donc variables et seraient dus à l'association de troubles linguistiques modérés ou à la complexité de la tâche. [37]

Mentis et Prutting (1987) et Coelho et al. (1995) ont observé des troubles de la cohésion chez les patients frontaux. Il en existe deux catégories :

- les patients décrivant les informations sans les organiser (Liles et al., 1989) : ils utilisent davantage les liens lexicaux.
- les patients effectuant peu de relation sémantique entre les phrases (Mentis et Prutting, 1987) : ils emploient davantage des liens morphosyntaxiques.

Une explication possible aux troubles de la cohésion serait le manque du mot et une intelligibilité insuffisante. [37]

4.1.3.2. Les troubles de la cohérence

La cohérence textuelle est garantie par les articulations logiques qui clarifient la chronologie et les relations causales entre les éléments thématiques du texte. Elle est globale ou locale.

Les troubles dans ce domaine seraient plutôt des troubles de la cohérence globale. Selon certains auteurs, si le discours des sujets traumatisés crâniens n'est pas efficace c'est parce que ces derniers ne prennent pas suffisamment en compte le point de vue de leur interlocuteur. [37]

Glosser et Deser (1990), Biddle et al. (1996) et Peter-Favre et Dewilde (1999) ont remarqué que les troubles de la cohérence se manifestent par :

- des propositions peu explicites, des mots de remplissage, des répétitions, des informations redondantes, un oubli d'informations essentielles, des explications incomplètes,
- des difficultés pour inclure les informations nécessaires au bon déroulement du récit,
- des changements de thèmes inadéquats. Ils sont en étroite relation avec la notion de cohésion et de cohérence. Mentis et Prutting (1991) ont montré qu'il existe une gestion laborieuse des thèmes et que les changements de thèmes sont souvent incohérents, ambigus et hors contexte pour les monologues à contenu abstrait.
- des difficultés de la grammaire du récit (Coelho et al., 1991). Cette dernière permet l'organisation logique, temporelle et causale des épisodes. Elle correspond à un événement initiateur, une action et une conséquence. C'est la structure interne du récit. La grammaire du récit révèle, d'après Liles et coll. (1989), l'organisation cognitive et linguistique. Elle est étroitement liée aux fonctions exécutives. [37]

En conclusion, les troubles de la cohésion se caractérisent par une chronologie inadéquate, des éléments importants des épisodes du récit ou des procédures omis. Quant à la cohérence logique, elle est affaiblie par des propositions peu explicites, des changements de thèmes parfois incohérents, hors contexte ou brusques. La productivité globale est généralement moindre, l'expression maladroite avec des faux départs, des révisions et des répétitions. Les maximes de quantité et de qualité de Grice ne sont pas respectées. Le discours contient alors soit pas ou peu d'informations (chez des sujets souvent apathiques), soit beaucoup d'informations mais peu pertinentes ou sans rapport avec le sujet (chez des sujets plutôt logorrhéiques).

4.1.4. Troubles des compétences et des comportements de communication

C'est Eisenson qui, le premier, a identifié les troubles de communication des cérébrlésés droits.

Les troubles de la communication font naître chez l'interlocuteur un sentiment de malaise, "l'impression que quelque chose ne va pas" [32]. Ils sont très fréquents et deviennent véritablement visibles lorsque le patient retourne dans un contexte écologique. Ils peuvent d'ailleurs mener à l'isolement social du patient.

4.1.4.1. Description des troubles de la pragmatique

On a pu constater, chez la moitié des cérébrlésés droits et chez certains traumatisés crâniens, des troubles de la cohésion et de la cohérence du discours, et plus particulièrement au niveau :

- de l'appréciation de l'humour et du sarcasme (Gardner et al., 1975 ; Wapner et al., 1981). Ces troubles restent toutefois à démontrer. En effet, nous ne sommes pas encore en mesure de savoir si le patient cérébrlésé droit est en difficulté pour traiter ces discours ou pour choisir la réponse la plus plausible parmi un ensemble de réponses proposées.
- du traitement des actes indirects de langage (Foldi, 1987 ; Stemmer et al., 1994 ; Vanhalle et al., 2000) et principalement les actes non connus préalablement et nécessitant la référence au contexte pour être compris (Stemmer et al., 1994), surtout dans le cadre de situations communicationnelles non reliées à l'expérience propre du sujet (Vanhalle et al., 2000).
- de la prise en compte du savoir commun partagé (Chantraine et al., 1998). [23]

4.1.4.2. Manifestations des troubles de la communication suivant le contexte

a) En situation d'interview

Dardier et Bernicot (2000) ont effectué une étude en situation d'interview auprès de traumatisés crâniens avec lésions frontales. Ils ont alors pu remarquer que les patients présentaient davantage de digressions que des sujets normaux, des difficultés à développer le thème de l'interview et une sensibilité aux stratégies conversationnelles de l'interviewer. [17]

b) En conversation

Le patient traumatisé crânien éprouve aussi des difficultés à suivre une conversation à plusieurs et dans une ambiance bruyante. Ceci a pour conséquence une diminution de la qualité de la prise d'informations engendrée par les troubles de l'attention.

La situation de conversation naturelle n'augmente pas le handicap lié aux troubles d'incitation au langage puisque les interventions de chaque locuteur sont motivées par celles qui précèdent (contrairement au récit à thème imposé). Elle permet cependant de mettre en évidence les troubles de la pragmatique. La conversation naturelle a été étudiée par Peter en 1995 entre une patiente avec des lésions bifrontales et sa mère. Nous observons chez cette patiente des difficultés dans l'organisation du discours (pauses trop longues ou trop courtes), des troubles de la prosodie, des difficultés dans l'introduction et le maintien des thèmes (changements de thème brusques et inattendus) et des contenus digressifs et persévératifs. Mais les changements de thèmes sont plus adéquats avec sa mère qu'avec Peter car la mère s'ajuste à sa fille en reprenant les thèmes abandonnés. Enfin, la conversation qui concerne des prises de décisions n'aboutit à aucun choix, malgré la planification assurée en grande partie par la mère. [45]

c) Dans le langage indirect

Comprendre l'humour, l'ironie, les sarcasmes, les métaphores et l'implicite reste extrêmement difficile après une lésion frontale. Il en découle un excès de subjectivité dans l'appréciation des situations. Hough (1990) a démontré la multiplication de réflexions (humoristiques ou non) non appropriées chez les patients traumatisés crâniens. Ceux-ci sont incapables de produire des demandes sophistiquées et adaptées au contexte (McDonald et Pearce, 1998). Peter-Favre (1999) affirme que ces patients utilisent en majorité des actes de langage directs et des schémas d'actions simples. [36]

d) La communication non verbale

La communication non verbale est également touchée. Nous retrouvons comme particularités une réduction de la prosodie souvent peu adaptée, une inadéquation du regard et des expressions faciales, une diminution des gestes emblématiques et illustateurs, le manque de respect des conventions sociales en matière de communication, et en particulier :

- le non-respect de l'alternance des tours de parole et/ou des pauses trop longues ou trop courtes,
- une mauvaise distance sociale conduisant à un excès de familiarité ou, à l'inverse, à une distance excessive,
- une faible perception des signaux émis par l'interlocuteur.

4.1.4.3. Les stratégies compensatoires élaborées par le patient

Penn et Cleary (1988) ont plutôt considéré les troubles comme une adaptation du sujet à ses difficultés linguistiques et cognitives. Ils ont identifié sept stratégies différentes :

1. la simplification qui se révèle être efficace ou non,
2. l'élaboration : constituée de circonlocutions, elle est le plus souvent inefficace et rappelle les digressions,
3. la répétition : inefficace,
4. la révision : elle correspond à une clarification en reprenant rapidement un contenu ambigu. Elle se révèle inefficace si trop utilisée car elle ralentit la communication,
5. la fluence : l'utilisation de "placeholders" ("hum") ou de brefs énoncés de remplissage (exemple : "voyons") comble les pauses mais est gênante lorsqu'elle est trop fréquente,
6. les stratégies interactives : la prise de parole, les autocorrections, les pauses traduisant la sensibilité au contexte social et les requêtes de clarification qui témoignent d'une éventuelle conscience des troubles de la compréhension,
7. les stratégies non verbales : souvent facilitatrices, comme des gestes (pantomimes, déictiques) ou des vocalisations se substituant à un énoncé ou l'améliorant. [17]

4.1.4.4. Troubles en fonction de la localisation des lésions

Certains auteurs décrivent les troubles en fonction de la localisation des lésions. Ainsi, Kaczmarek (1984) souligne les difficultés dans l'organisation du discours, les nombreuses digressions et confabulations, les troubles dans l'initiation des narrations et la simplification des énoncés qui sont plus présents lors de lésions frontales gauches. Dans le cas des lésions frontales droites, il observe davantage des persévérations, des énoncés stéréotypés et des temps de pauses inadaptés. [36]

En revanche, pour Alexander, Benson et Stuss (1989), les lésions frontales droites et gauches présentent des caractéristiques communes : persévérations, digressions, confabulations, brièveté des énoncés et contenus stéréotypés. Cependant, les lésions frontales gauches ont pour spécificité une réduction globale du discours tandis que les lésions frontales droites se caractérisent par des troubles de la prosodie, du comportement

(contrôle de la production verbale), un discours plus souvent confabulatoire ponctué de commentaires non pertinents et d'associations d'idées inappropriées. [36]

Tous ces troubles gênent les patients traumatisés crâniens dans leur quotidien avec leur entourage social et professionnel. Il est important de bien les évaluer pour mieux orienter la rééducation.

4.2. Evaluation des troubles du traumatisé crânien

La prise en charge des troubles cognitifs et comportementaux du patient traumatisé crânien est effectuée en parallèle de la prise en charge motrice. Bien souvent, le patient a peu conscience de ses troubles cognitifs car c'est l'aspect moteur qui le préoccupe davantage et sur lequel ses proches mettent également l'accent. C'est pourquoi il est important d'effectuer une évaluation cognitive en début de prise en charge afin d'analyser les déficiences et de déterminer les objectifs thérapeutiques. L'évaluation permet de faire un état des lieux, d'une part sur ce qui ne fonctionne pas et d'autre part sur les capacités du patient qui demeurent préservées.

Le bilan orthophonique permet d'analyser les domaines du langage et de la communication du patient qui sont déficitaires. Pour cela, nous disposons de différents tests :

- le protocole MEC pour analyser le déficit d'accès au langage et la notion de fluence verbale, la pragmatique du discours et les troubles de la formulation (avec les épreuves Interprétation de langage indirect et Interprétation de métaphores), le discours et le comportement dans la communication (avec l'échelle de discours conversationnel). [30]
- le Dice Game pour juger de l'efficacité du discours procédural.
- la Gestion de l'implicite pour mettre en évidence les difficultés de compréhension inférentielle, logique et contextuelle. [14]

- le BDAE (Boston Diagnostic Aphasia Examination) et le MT 86 (Protocole Montréal–Toulouse) pour évaluer le langage.
- le TLC (Test Lillois de Communication) pour la partie communication.
- la Lexis pour évaluer les troubles lexicaux en dénomination, désignation et appariement sémantique.

L'ensemble de ces outils doit être complété par des tâches informelles et écologiques de façon à obtenir une description complète des troubles de la communication du patient et orienter, en fonction, la rééducation. [30]

4.3. Rééducation des troubles de l'informativité

4.3.1. Rééducation des troubles du langage

Il s'agit d'aider le patient à percevoir les changements qui ont opéré dans sa communication et à combler l'écart entre ses comportements de communication et le déroulement normal d'une conversation. La vidéo, les jeux de rôles et les dialogues stimulés sont souvent utilisés. Progressivement, l'aide apportée par le thérapeute est diminuée.

Le travail de groupe est également recommandé en apportant un feed-back constant (de la part du thérapeute mais aussi des autres patients du groupe). Cette rééducation doit être menée avec la coopération de la famille et des proches du patient. En effet, ces derniers doivent adapter leur comportement aux progrès réalisés par le patient et faire ainsi preuve de plus en plus d'exigences.

Deux manières permettent de rééduquer les troubles de la pragmatique chez un individu cérébrolésé droit : une approche centrée sur les processus atteints et une centrée sur l'habileté pragmatique elle-même (Myers, 1999). C'est cette seconde approche qui est

privilegiée aujourd'hui en raison de l'état des connaissances théoriques actuelles et de la multitude de natures des atteintes pragmatiques.

Peu de travaux ont été effectués sur les moyens de rééducation et leur efficacité. Pautz (2005) a déterminé des principes directeurs guidant le développement d'approches et de matériel pratique visant la rééducation des habiletés pragmatiques des troubles chez l'individu cérébrolésé droit. Ces principes sont les suivants :

- la sensibilisation aux troubles chez le patient,
- la hiérarchisation des tâches de rééducation en termes de difficulté,
- la prise en compte des atteintes cognitives de base (mémoire, attention, flexibilité mentale). [14]

Un premier matériel de rééducation a été créé en 2007 par Sigouin en respectant ces principes directeurs. Besnardeau et Ardisson (2007) ont proposé ce matériel à des orthophonistes qui le trouvent approprié et généralisable. Il porte sur quatre objectifs pragmatiques précis : le maintien du sujet, la prise en compte du savoir partagé et des besoins de l'interlocuteur, la gestion de l'échange par le respect des tours de parole et la compréhension d'actes de langage indirects. [41]

4.3.2. Rééducation des troubles lexico-sémantiques

S'il y a déficit sémantique, les objectifs de la prise en charge sont d'améliorer le traitement sémantique, de réapprendre les propriétés conceptuelles et pas nécessairement de travailler la production lexicale.

Puisqu'il n'existe pas de consensus concernant les théories de l'organisation du système sémantique et que celles existantes sont peu détaillées, les thérapies sémantiques ne sont pas entièrement justifiables d'un point de vue théorique.

4.3.2.1. Approches classiques

Ces approches procèdent par stimulation c'est-à-dire que le patient est en situation de dénomination. Le thérapeute peut aider le patient à l'aide de l'ébauche orale (première syllabe ou premier son donnés).

Le réapprentissage avec la mise en place de moyens mnémotechniques est une technique envisageable mais elle ne peut concerner qu'un nombre réduit de mots. Elle consiste en l'apprentissage d'associations phonologique, formelle et sémantique ou sémantique avec une image mentale qui permet le renforcement de l'activation du réseau lexico-sémantique.

4.3.2.2. Thérapies d'inspiration cognitive

a) Le déficit au niveau du système sémantique : les thérapies sémantiques

Elles consistent en un réapprentissage des propriétés conceptuelles, d'abord générales puis plus spécifiques. Les exercices sont les mêmes que ceux soumis lors de l'évaluation, proposés de manière répétitive et avec un feed-back du thérapeute, tels que :

- l'appariement mot écrit / image,
- la catégorisation sémantique à partir d'images ou de mots écrits,
- l'exclusion d'un intrus,
- le jugement associatif,
- l'appariement définition (orale ou écrite) / image,
- le jugement avec réponse de type oui / non portant sur l'appartenance catégorielle, la vérification de traits fonctionnels ou perceptifs.

Il est important, tout du moins lors de la phase initiale, de produire une représentation imagée. En effet, celle-ci donne une indication concernant les propriétés perceptives visuelles mais aussi fonctionnelles. De plus, le feed-back est nécessaire lors de la thérapie.

Boyle et Coelho (1995) ou Coelho et al. (2000) ont travaillé sur une rééducation basée sur l'analyse en traits sémantiques dont le principe est l'évocation de la catégorie, de l'utilisation, de l'action effectuée, des propriétés, de la localisation et d'associations pour chaque item illustré par une image. Cette évocation est ensuite suivie par la dénomination de l'item. A raison de trois fois soixante minutes par semaine, il en résulte un effet de généralisation ainsi qu'une meilleure performance lorsque les items travaillés par séance sont plus restreints. [27]

b) Le déficit au niveau du lexique phonologique de sortie (accès)

La thérapie phonologique et les techniques de facilitation consistent à utiliser la répétition, la lecture à haute voix et la dénomination. Les résultats montrent que la thérapie est efficace. Cependant, aucun effet de généralisation n'est observé.

La thérapie phonologique et l'aide orthographique sont très souvent utilisées dans la méthode de rééducation d'Anne Basso. Celle-ci a montré que l'aide orthographique avec présentation de la première lettre était l'aide la plus efficace à côté de la répétition et de la lecture à haute voix. Elle tente de réorganiser l'accès à la représentation phonologique à travers la représentation orthographique. [39]

c) Les déficits mixtes

Le Dorze et Pitts (1995), à travers leur étude sur une patiente, ont voulu connaître l'efficacité de quatre conditions de rééducation :

- la condition 1 consiste en une "restauration conjointe du trouble d'accès phonologique et du déficit sémantique". Elle comporte un appariement image / mots écrits et la lecture à haute voix de ce mot. Tous les mots écrits ont été lus au préalable. Parmi eux figurent des distracteurs sémantiques.

- la condition 2 comprend la restauration de l'accès à la forme du mot. Les exercices sont la lecture à haute voix d'un mot et l'appariement image / mots écrits mais sans distracteurs sémantiques.

- la condition 3 vise la restauration du niveau sémantique seul, à l'aide du traitement sémantique. Cette condition correspond à la première condition (présence de distracteurs sémantiques) mais avec l'emploi de la première tâche uniquement (appariement image / mot écrit).

- la condition 4 constitue un traitement général non spécifique, c'est-à-dire un traitement général d'appariement image / mots écrits sans distracteurs sémantiques.

La situation contrôle (présentation itérative des items) et la condition 4 ne permettent pas d'amélioration. Au contraire, la condition 1 amène une amélioration significative. Cependant, quelle que soit la condition, aucune généralisation n'est observée. [39]

Les dernières études montrent que les thérapies phonologiques ont des effets à long terme et qu'aucun effet de généralisation n'est remarqué. Il est alors important de cibler les items travaillés en fonction des besoins écologiques du patient. L'attitude du thérapeute la mieux adaptée serait donc de proposer des tâches mixtes tout en vérifiant si elles ont un effet bénéfique. [39]

4.3.3. Approche holistique (globale)

L'approche holistique, dont Goldstein est le précurseur, consiste à se centrer sur le patient, ses attentes, ses besoins et ceux de son entourage. Pour ce faire, Goldstein fonde son approche sur les principes suivants :

"- lorsqu'un individu sent son intégrité menacée par la maladie ou un traumatisme, et par son incapacité à faire face à cette situation, il présente un dysfonctionnement global de tout l'organisme et un état de panique extrême (réaction de catastrophe) ;

- organiser autour de cette personne un environnement ordonné, donc rassurant et prévisible, l'aide à éviter cette réaction de catastrophe, et la conduit à accepter peu à peu l'idée qu'elle va garder des séquelles, mais que la vie vaut quand même la peine d'être vécue ;

- les professionnels doivent l'accompagner et l'aider tout au long de ce parcours de prise de conscience, de choix actif, conscient et volontaire, d'acceptation et de renoncement."

Cette approche se déroule autour d'une rééducation cognitive, une approche psychothérapeutique et des activités de groupe. En suivant ce programme, Ben-Yishay a établi que les patients passaient par cinq phases successives :

1. la prise de conscience et la compréhension de leurs déficiences,
2. la participation active et la compliançe au traitement,
3. la compensation cognitive effective,
4. l'acceptation,
5. la phase finale de reconstruction de leur identité.

L'intervention orthophonique ne peut se concevoir que dans une approche pluridisciplinaire dont l'objectif est la rééducation des incapacités et des désavantages sociaux pour une meilleure qualité de vie du patient. [9]

5. HYPOTHESES

Nous faisons l'hypothèse générale que la prise en charge, selon le protocole établi, entraînera une réduction des troubles de l'informativité du discours chez le patient traumatisé crânien. Et, plus particulièrement, nous dressons les hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : le défaut d'informativité du discours résulte de l'existence de troubles lexico-sémantiques, phrastiques et discursifs.

Hypothèse 2 : un travail spécifique sur ces trois axes permet l'amélioration de l'informativité du discours :

- le travail spécifique du lexique et de la sémantique permettra au patient une meilleure précision lexicale,

- des exercices d'élaboration de phrases vont permettre au patient d'être plus précis et plus concis en agissant sur le principe de quantité des maximes de Grice,

- et des activités orientées sur le discours (précision, cohérence, cohésion...) amèneront le patient à parler de manière plus aisée, plus organisée, tout en prenant mieux en compte l'interlocuteur.

Hypothèse 3 : nous supposons que l'investissement du patient dans le travail donné à faire à domicile et sa réalisation régulière et sérieuse auront un impact positif sur les résultats obtenus aux différentes épreuves lors de l'évaluation post-thérapeutique.

Hypothèse 4 : lors de situations écologiques qui lui sont proposées, nous supposons que le patient va reprendre les différents éléments travaillés, ce qui devrait lui permettre de les généraliser et les appliquer dans les situations de la vie quotidienne.

PARTIE PRATIQUE

1. SUJETS ET METHODES

1.1. Sujets

1.1.1. Présentation de la population

Cette étude a été réalisée grâce à la participation de huit patients traumatisés crâniens : sept hommes et une femme, âgés de 22 à 64 ans. L'âge moyen de la population est de 42 ans.

La distance entre l'accident et l'étude proposée est comprise entre 3 mois et 16 ans et demi. La cause du traumatisme crânien est, pour cinq patients, un accident de la voie publique et, pour les trois autres, une chute. Pour tous les patients, la gravité du traumatisme crânien est sévère.

Six patients sont autonomes dans les actes de la vie quotidienne, un est hospitalisé et le huitième est en appartement thérapeutique. Aucun des six patients ayant eu une activité professionnelle avant l'accident ne l'a reprise. Un n'a jamais travaillé et un autre est à la retraite. Le niveau de scolarité est très hétérogène, allant du CAP à la licence.

Cinq patients sont suivis par l'intermédiaire d'un SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) dans le Calvados ou en Charente. Deux sont pris en charge au sein d'une HTP (Hospitalisation à Temps Partiel) dans le service de l'hôpital d'Aunay-sur-Odon et un patient est en hospitalisation à temps complet dans le Centre de Soins de Suite et de Réadaptation "Les Glamots".

1.1.2. Critères d'inclusion

Nous avons déterminé les critères d'inclusion comme suit :

- une durée minimum de 3 mois entre la survenue de l'accident du patient et le début de la prise en charge devait être respectée, de façon à éviter l'effet de récupération spontanée,
- un score de Glasgow inférieur ou égal à 8 pour retenir uniquement des patients ayant subi un traumatisme crânien grave,
- le patient devait avoir plus de 18 ans pour que les résultats de son évaluation puissent être comparés aux normes établies,
- l'évaluation du patient aux épreuves du Protocole Montréal d'Evaluation de la Communication choisies [24] devait mettre en évidence des troubles de l'informativité du discours, révélés par un score inférieur au point d'alerte pour le subtest du discours conversationnel au minimum,
- les patients devaient porter un intérêt à la prise en charge proposée et être motivés pour participer à ce protocole.

Nous avons choisi de préférence des patients dont la lésion était principalement située à droite. Cependant, la localisation de la lésion à l'imagerie cérébrale ne fait pas partie de nos critères d'inclusion car les lésions sont, le plus souvent, nombreuses et diffuses chez les traumatisés crâniens graves.

1.1.3. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion retenus sont les suivants :

- patient non francophone n'ayant pas le français comme langue maternelle,

- des troubles aphasiques majeurs avec un manque du mot massif,
- un trouble de la compréhension formelle,
- des troubles mnésiques majeurs,
- des troubles neurovisuels importants non compensés,
- une dysarthrie gênant l'articulation et la parole,
- une acuité auditive insuffisante,
- un syndrome frontal majeur avec troubles exécutifs massifs entravant le bon déroulement des séances d'orthophonie
- des troubles psychiatriques tels que la schizophrénie
- une anosognosie sévère avec un score au questionnaire sur la conscience des troubles du MEC égal à 7/7 (ou 5/5).

1.2. Procédure

Après une prise de contact téléphonique avec le patient, nous l'avons rencontré de façon à lui présenter les grandes lignes de notre protocole de rééducation et sa progression sur quatre axes successifs, le principe des évaluations pré et post-thérapeutiques, le déroulement des séances et le travail à réaliser à domicile entre deux séances.

Dans un premier temps, l'objectif de cette rencontre avec le patient était donc de nous présenter, de faire connaissance et d'instaurer un climat de confiance afin qu'il se sente à l'aise pendant toute la durée du protocole. Nous avons insisté auprès du patient pour qu'il pose toutes les questions qu'il jugeait nécessaires pour bien comprendre les enjeux de sa participation au protocole de rééducation et les conséquences de son engagement. Puis, nous lui avons demandé de nous parler de sa situation personnelle, familiale et professionnelle. Certains patients ont alors spontanément évoqué leur accident et les

conséquences de ce dernier sur leur vie au quotidien, tandis que d'autres se sont contentés de répondre succinctement à nos questions.

Dans un deuxième temps, nous avons réalisé l'évaluation des compétences lexico-sémantiques, discursives et pragmatiques du patient à l'aide de différentes épreuves extraites du Protocole Montréal d'Évaluation de la Communication (MEC) [24]. Le subtest du discours conversationnel a été coté à partir de la discussion précédemment menée avec le patient au travers de ses loisirs, sa famille, son travail...

A l'issue de cette évaluation, nous avons planifié, avec le patient, les seize séances du protocole de rééducation, à raison de deux séances hebdomadaires de 45 minutes chacune.

Une fois passées les seize séances, nous avons remis au patient deux questionnaires : l'un destiné à l'entourage proche, l'autre à remplir directement par le patient. Ces questionnaires ont pour objectif de permettre au patient et à ses proches d'analyser, chacun de leur côté, les changements en matière de communication constatés depuis le début de la prise en charge.

Puis, nous avons réévalué les compétences du sujet, à l'aide des mêmes épreuves du protocole MEC, de façon à pouvoir analyser la pertinence de notre protocole de rééducation.

1.3. Outil d'évaluation : le protocole MEC

1.3.1. Présentation générale

Le défaut d'informativité du discours peut être lié à trois causes : des troubles lexico-sémantiques (dont le manque du mot), des troubles discursifs et des troubles pragmatiques.

Pour évaluer chacun de ces troubles, nous avons choisi d'utiliser une partie des épreuves du Protocole MEC qui se compose initialement de 14 épreuves. Six subtests concernent notre étude. A ceux-ci, nous avons rajouté le questionnaire sur la conscience des troubles de façon à évaluer le niveau d'anosognosie initial et son évolution éventuelle en fin de prise en charge et à corrélérer ces résultats aux scores des autres épreuves.

1.3.2. Présentation des différentes épreuves utilisées

1.3.2.1. L'évaluation des compétences lexico-sémantiques

Pour évaluer les capacités lexico-sémantiques, nous avons choisi de faire passer les subtests d'évocation lexicale du protocole MEC : évocation lexicale libre, orthographique et sémantique.

a) Epreuve 1 : évocation lexicale libre

Cette tâche évalue la capacité d'exploration de la mémoire lexico-sémantique.

L'examineur demande au patient de nommer, les yeux fermés, un maximum de mots, à l'exception des noms propres et des nombres, en 2 minutes 30 secondes. L'épreuve est chronométrée et le thérapeute note tous les mots évoqués par le patient par tranche de 30 secondes. Si le patient ressent des difficultés à commencer ou à trouver d'autres mots, l'examineur l'encourage. Mais la tâche cesse si le patient reste plus de 60 secondes consécutives sans nommer de mots.

Le nombre total de mots évoqués est comparé à la norme. L'observation des critères ci-dessous donne des informations relatives au fonctionnement et aux stratégies d'exploration de la mémoire sémantique du patient :

- valeur prototypique des mots (mots sur / sous-ordonnés),
- nombre de champs sémantiques explorés,
- nombre de mots par champ sémantique,
- erreurs : répétition de mots, noms propres, néologismes....,
- stratégie d'exploration du savoir sémantique : catégorielle, alphabétique, image mentale,
- répartition des mots par tranche de 30 secondes,
- vitesse d'évocation.

b) Epreuve 2 : évocation lexicale avec critère orthographique (P)

Cette tâche évalue les habiletés d'exploration de la mémoire lexico-sémantique.

Le patient doit donner un maximum de noms (à l'exception de noms propres) commençant par la lettre P, en 2 minutes. L'épreuve s'arrête si le sujet reste plus de 60 secondes consécutives sans dire de mots.

Comme dans l'épreuve précédente d'évocation lexicale libre, l'examineur note tous les mots donnés par le patient par tranche de 30 secondes, les compare à la norme et observe les stratégies employées par le patient pour explorer sa mémoire sémantique.

c) Epreuve 3 : évocation lexicale avec critère sémantique (vêtements)

Le patient doit donner un maximum de noms de vêtements en 2 minutes. Les synonymes et noms d'accessoires vestimentaires sont acceptés mais pas les répétitions. Le thérapeute note tous les mots par tranche de 30 secondes et compare le nombre total de mots énoncés à la norme.

c) Epreuve 4 : jugement sémantique

Nous avons sélectionné cette épreuve car elle permet d'évaluer la capacité du patient à identifier et expliciter les liens sémantiques entre les mots.

Pour cela, 24 paires de mots lui sont présentées successivement à l'écrit. Chaque mot se retrouve une fois dans une paire entretenant un lien sémantique (ex : soie – lin) et une autre fois dans une paire sans lien (ex : veau – soie). Pour chacune des paires, le patient doit dire s'il existe ou non un lien de sens entre les deux mots et, si oui, l'expliquer.

Les explications données par le patient doivent être analysées qualitativement. Cette analyse permet d'observer si le patient a accès aux mots catégoriels pour définir les liens sémantiques ou s'il use de paraphrasies sémantiques, de circonlocutions...

1.3.2.2. L'évaluation des compétences discursives et pragmatiques

Les épreuves du discours conversationnel et du discours narratif permettent d'évaluer la cohésion et la cohérence du discours, les changements de thèmes mais aussi le respect des tours de parole, la prise en compte de l'interlocuteur (prise en compte des feedback et émission de feedback appropriés) et le respect du principe de coopération (maximes de Grice).

a) Epreuve 5 : discours conversationnel

L'objectif de cette tâche est d'évaluer, lors d'une conversation la plus naturelle possible entre le thérapeute et le patient, les capacités de communication verbale du sujet sur les versants expressif et réceptif.

Le thérapeute initie la conversation sur un thème suggéré par le protocole (travail, famille, loisirs, actualités) en évitant les thèmes trop chargés émotionnellement. Après 5 minutes, l'examineur introduit un nouveau sujet de conversation pour une deuxième

période de 5 minutes, de façon à observer la capacité d'adaptation du patient au changement de thème. Au cours de la conversation, le thérapeute introduit des commentaires humoristiques et utilise un langage indirect afin d'observer les réactions du patient.

La cotation de l'épreuve est réalisée à la fin de la conversation. Pour chacun des 17 comportements communicatifs répertoriés sur la grille d'observation, l'examineur note 0 si le comportement est fréquent ou très marqué, 1 si le comportement est rare ou peu marqué et 2 s'il y a absence du comportement.

b) Epreuve 6 : discours narratif

- Rappel de l'histoire paragraphe par paragraphe :

L'objectif de cette tâche est d'évaluer à la fois la capacité de rétention et de compréhension d'une histoire qui nécessite des inférences pour être comprise et le discours narratif expressif.

L'examineur lit à voix haute un texte de 5 paragraphes [Cf. Annexe 1]. Après chaque paragraphe, le patient doit résumer, avec ses propres mots, ce qu'il a retenu et compris de l'histoire.

L'examineur coche les idées principales et les informations présentes rapportées par le patient ainsi que les transformations réalisées. Les idées principales sont notées sur 17 tandis que les informations présentes sont notées sur 30.

Cette épreuve permet une analyse quantitative et qualitative des notions rappelées.

- Rappel de l'histoire en entier : épreuve 6a

L'examineur lit le même texte mais cette fois d'un seul trait. Le sujet, préalablement informé, doit ensuite résumer avec ses propres mots ce qu'il a compris de l'histoire (qu'il ait réussi ou non la tâche précédente).

L'examineur coche les informations rappelées (ou un synonyme) et note les "comportements communicatifs déviants" du sujet, tels qu'une abondance de remarques personnelles, le non-respect de la chronologie, une imprécision du lexique, des hésitations, des ajouts ou des informations erronées...

- Evaluation de la compréhension du texte : épreuve 6b

L'examineur demande au patient de donner un titre à l'histoire et cote ce titre 2, 1 ou 0 selon qu'on y trouve la preuve que l'inférence a été réalisée, un lien avec l'histoire ou aucun lien direct avec l'histoire.

Puis, 12 questions de compréhension, qui suivent le déroulement de l'histoire, sont posées au sujet. A la fin, l'examineur demande au sujet s'il souhaite conserver ou modifier le titre donné à l'histoire.

1.3.2.3. L'évaluation de l'anosognosie

A cela, nous ajoutons le questionnaire sur la conscience des troubles du protocole MEC pour mesurer l'anosognosie. Le thérapeute pose 7 questions fermées au patient (ou 5 seulement s'il ne travaillait pas au moment de l'accident). Ces questions sont relatives au ressenti du patient face à ses capacités ou ses difficultés de communication avec ses proches, tant au niveau expressif que réceptif, aux difficultés qu'il peut (ou pourrait) rencontrer dans le cadre de son travail et à l'impact de l'accident sur les activités de la vie quotidienne et ses loisirs.

Les réponses données par le patient, si elles correspondent aux réponses en caractère gras sur le cahier de cotation, mettent en évidence une absence de perception des troubles sur le thème questionné. Ces réponses sont alors à mettre en parallèle avec la cotation obtenue par le patient aux autres tâches du Protocole MEC. En effet, si le patient obtient 7/7 (ou 5/5) à ce questionnaire et échoue par ailleurs à une ou plusieurs tâches, cela indique alors un manque de conscience de ses troubles communicationnels.

2. PROTOCOLE DE REEDUCATION

2.1. La construction du protocole

Nous avons construit notre protocole de rééducation à partir des deux dimensions (lexico-sémantique et discursive) qui constituent la base de l'évaluation des compétences du patient grâce au Protocole MEC.

Cependant, de façon à parvenir à un continuum, nous avons décidé de commencer par un travail sur le mot puis de poursuivre sur la phrase pour arriver enfin à un travail sur le discours lui-même. Enfin, à ces trois axes, nous avons choisi de rajouter un axe pragmatique et écologique qui permet l'application, dans des situations de la vie quotidienne, des différents domaines travaillés lors des axes précédents.

Ces quatre axes de travail sont exploités successivement au cours des séances dédiées à la passation du protocole, à raison de quatre séances consacrées à chacun. Les objectifs sont établis par axe travaillé et sont précisés au patient avant le démarrage des séances.

Pour éviter la monotonie des séances, nous avons choisi des exercices variés, issus soit directement d'ouvrages spécifiques d'orthophonie, soit de matériels détournés. Dans les deux cas, nous avons sélectionné des activités que nous pouvons adapter en fonction des capacités du patient et de ses difficultés.

L'objectif des exercices proposés au patient est d'instaurer chez lui des automatismes et de lui faire découvrir des stratégies qu'il puisse ensuite réutiliser dans toutes les situations de communication qu'il peut vivre au quotidien.

A la fin de chaque séance, des exercices similaires à ceux travaillés en prise en charge sont donnés au patient afin qu'il les réalise à son domicile et les ramène à la séance suivante.

Enfin, à l'issue des seize séances de prise en charge, nous remettons au sujet deux questionnaires élaborés par nos soins [Cf. Annexes 8 et 9]. Ils concernent l'évaluation subjective des changements perçus dans la façon de communiquer du patient. L'un des

questionnaires doit être rempli par le patient lui-même, l'autre est destiné à l'entourage proche.

2.1.1. L'axe lexico-sémantique

Lors des deux premières semaines, l'objectif est de travailler spécifiquement la synonymie, l'antonymie, la catégorisation, la polysémie, la recherche d'intrus sémantiques et les dérivations lexicales, de façon à amener le patient à généraliser ses stratégies à d'autres tâches.

La première séance est ainsi consacrée au travail sur les synonymes et antonymes, les définitions et la polysémie des mots. Le thérapeute propose un exercice, donne un exemple si besoin et évalue les capacités du sujet à répondre à la consigne donnée. Si le patient est à l'aise avec l'activité proposée, le thérapeute peut choisir d'alterner les consignes pour chaque item (ex. : un synonyme puis un antonyme) afin de développer la flexibilité et l'adaptation du patient.

La catégorisation est travaillée lors de la séance 2. Il s'agit de trouver la catégorie sémantique à partir d'un mot, et inversement. Pour les patients les plus à l'aise, on peut aussi proposer un mot et demander en alternance la catégorie sub-ordonnée puis la catégorie super-ordonnée.

Une mise en pratique est proposée à la fin de la séance 2 sous la forme d'un jeu (*Unanimo* [13]) qui consiste à trouver 8 mots en rapport avec le thème indiqué sur la carte piochée, l'objectif étant d'avoir un maximum de mots en commun avec les autres joueurs.

La séance 3 est dédiée à un travail spécifique sur les champs sémantiques (trouver des mots de la même famille qu'un mot donné, repérer l'intrus sémantique parmi une

proposition de quatre mots) et les dérivations lexicales (ex. : former un nom et un adjectif à partir d'un verbe et inversement).

La séance 4 permet de reprendre l'intégralité des activités réalisées sur les trois séances précédentes et de retravailler plus particulièrement les notions qui ont posé des difficultés au patient. L'objectif est que le patient se sente à l'aise avec les tâches spécifiques sur les mots avant d'aborder sereinement le travail sur la phrase.

2.1.2. L'axe phrastique

Les objectifs poursuivis lors des séances 5 à 8 consistent à développer chez le patient une stratégie d'élaboration de phrases précises et concises. L'information fournie par la phrase doit être à la fois suffisante et pertinente (principes de quantité et de relation dans les maximes de Grice).

Pour cet axe, nous avons souhaité respecter une chronologie, en termes de difficultés, dans les exercices proposés. Ainsi, lors de la séance 5, les activités sélectionnées reposent principalement sur la complétion de phrases (avec des débuts de phrases engendrant des fins plus ou moins automatiques) et le recodage d'énoncés. De manière à amener le patient à faire un lien entre l'axe lexico-sémantique précédemment exploré et l'axe phrastique, nous avons choisi de lui proposer le jeu *Taboo* [21] en fin de séance. Ce jeu consiste à faire deviner à l'interlocuteur un mot indiqué sur une carte sans prononcer un certain nombre de mots interdits figurant sur cette même carte. Pour cela, le patient peut donner la catégorie du mot à faire deviner si elle ne fait pas partie des mots tabous mais aussi construire des circonlocutions pour parvenir à faire deviner son mot. Il s'agit là de mettre réellement en pratique les maximes de Grice de quantité et de pertinence (ou de relation).

La séance 6 est spécifiquement consacrée au travail sur les connecteurs [Cf. Annexe 5] qui vont permettre au patient de lier ses différentes propositions et non de se contenter de les juxtaposer les unes aux autres. De manière à faire prendre conscience au sujet de la valeur sémantique et logique de chaque connecteur, nous lui proposons un travail préalable de classement des connecteurs selon qu'ils permettent d'exprimer une addition, une opposition, une cause ou une conséquence.

Une mise en pratique est ensuite faite à l'aide d'exercices divers : compléter des textes ou des phrases par l'emploi d'un connecteur adapté (ou, inversement, par des noms alors que le connecteur est déjà présent), trouver une fin de phrase différente selon le connecteur utilisé, relier des morceaux de phrases de façon à former une phrase correcte, articulée autour d'un connecteur. Le jeu *Qui est-ce ?* [41] permet, par la verbalisation des actions à réaliser pour abattre les cartes, d'employer les différents connecteurs dans une situation plus ludique.

Ce travail est poursuivi lors de la séance 7 par le biais de l'élaboration de phrases utilisant des connecteurs. Le patient doit, par exemple, trouver un début à une phrase qui lui est proposée avec un connecteur puis imaginer une (ou plusieurs) cause(s) et une (ou plusieurs) conséquence(s) à une situation ou encore élaborer des phrases à partir de mots qui lui sont imposés. La difficulté de cette dernière situation augmente, d'une part, avec le nombre de mots imposés et, d'autre part, avec la distance sémantique existant entre ces mots. Le thérapeute peut donc jouer sur ces deux paramètres en fonction des difficultés ressenties par le patient.

L'axe phrastique s'achève par la séance 8 consacrée à un travail spécifique sur les scripts. Il s'agit pour le patient de remettre en ordre les étapes essentielles pour effectuer une tâche, de supprimer les actions non indispensables à la réalisation d'une activité puis d'élaborer lui-même les étapes nécessaires pour une situation donnée.

2.1.3. L'axe discursif

Les séances 9 à 12 ont pour objectifs d'amener le patient à avoir un discours davantage construit, fluide, respectant la chronologie des faits et tenant compte de l'interlocuteur.

La première séance de cet axe consiste à mettre l'accent sur la cohérence et la cohésion du discours. Pour cela, nous proposons d'abord au patient des phrases incongrues dans lesquelles il doit repérer l'erreur commise par le journaliste. Puis, le sujet doit s'exercer à faire un résumé des informations essentielles à partir de textes dont la longueur augmente progressivement. Une variante de cette activité consiste à imposer au patient un nombre maximum de phrases à ne pas dépasser pour son résumé qu'il peut, en outre, devoir lire à une tierce personne qui ne connaît pas le texte initial.

Lors de la séance 10, le patient va être amené à travailler plus particulièrement la précision de son discours. En effet, il reçoit tout d'abord une planche de 36 tangrams [Cf. Annexe 6] ; il doit en choisir un et le décrire à son interlocuteur qui doit le reconnaître.

Puis, à partir d'une image, il est demandé au patient de travailler trois niveaux d'expression différents : une simple description de l'image, une interprétation et enfin une extrapolation (le sujet doit alors laisser libre cours à son imagination).

Enfin, il doit d'abord réaliser un dessin puis en choisir un parmi ceux de *Drôles de bobines !* [18], les cacher et les faire reproduire le plus fidèlement possible au thérapeute, en lui fournissant le maximum d'informations verbales. Les dessins initiaux et reproduits sont ensuite comparés.

Les séances 11 et 12 mettent l'accent sur la prise en compte de l'interlocuteur dans le discours du patient. Ainsi, lors de la séance 11, des scènes de la vie quotidienne sont présentées au patient qui doit, dans un premier temps, décrire la scène puis attribuer les

répliques proposées aux différents personnages qui la composent et, enfin, inventer ce que peuvent dire ou penser les personnages sans avoir de suggestions préalables.

De même, à partir d'un tableau et d'un dessin humoristique de Sempé [Cf. Annexe 7], le sujet est amené à répondre à un certain nombre de questions portant sur le lieu où se déroule la scène, la nature des personnages, leur situation respective avant leur rencontre, leur état mental (humeur, énergie...) et la façon dont il imagine la suite des événements. Pour ces deux activités, l'objectif est que le patient applique la théorie de l'esprit en imaginant les désirs et les croyances des personnages.

Enfin, le patient doit évoquer un élément négatif si la situation qui lui est proposée est favorable et, inversement, trouver un aspect positif à une situation défavorable.

Lors de la séance 12, comme lors de la séance précédente, il est demandé au sujet de se mettre à la place du personnage donné et de réagir de manière adaptée à la situation proposée. Le patient doit ainsi préciser comment il dirait les choses s'il était dans le même cas que le personnage (la phrase donnée doit être lue avec l'intonation adéquate), ce qu'il dirait s'il se trouvait dans la situation évoquée puis comment il écrirait un texte adapté à la situation.

2.1.4. L'axe pragmatique

L'objectif de ce dernier axe est d'amener le patient à appliquer, en situation écologique, l'ensemble des domaines travaillés pendant les six premières semaines. C'est pourquoi, nous avons choisi des activités au plus près des préoccupations et de la vie quotidienne des sujets. Pour ce faire, nous nous sommes inspirées des situations écologiques proposées dans la GOCP (Grille d'Observation de la Communication Pragmatique). [25]

Ainsi, lors des séances 13 et 14, le patient va alterner :

- des jeux de rôle (avec analyse préalable de l'état des personnages impliqués, de la situation avant, pendant et après leur rencontre),

- une discussion autour d'un article de journal ou d'un tableau : le patient doit alors distinguer les notions de description objective et subjective, rester dans le thème de la conversation et respecter les maximes de Grice,

- des prises de décision par rapport à une situation donnée en justifiant son choix,

- et un débat avec le thérapeute autour d'un thème donné pour lequel le patient doit avancer des arguments pour et contre. Nous cherchons ici à travailler la capacité du patient à adapter et orienter son discours en fonction de l'interlocuteur, à structurer son discours de manière à ce que le destinataire suive son organisation de pensée.

Pour chacun de ces exercices, nous désirons travailler l'élaboration de phrases associée à la recherche d'un comportement adapté (à travers l'intonation, les gestes) tenant bien sûr compte de l'interlocuteur, de la situation et du support proposés.

Pour nous placer au plus près des préoccupations du patient et exploiter des situations de communication qu'il juge invalidantes, nous avons souhaité faire intervenir la notion de tierce personne dans la relation thérapeutique lors des deux dernières séances de notre protocole. Ainsi, le patient va désormais devoir confronter son discours à quelqu'un qui n'est pas au courant de sa situation personnelle. Pour cela, nous avons choisi des mises en situation téléphoniques (appel pour réserver des places de spectacle puis prise de rendez-vous) ainsi qu'une situation de prise de renseignements à un guichet.

2.2. Le déroulement des séances

Les 16 séances du protocole se répartissent équitablement, à raison de 4 séances par axe. Les tâches effectuées lors de l'évaluation initiale ne sont jamais reprises en séance, de manière à éviter l'effet d'apprentissage et garantir une analyse fiable des résultats post-thérapeutiques.

Les séances s'effectuent deux fois par semaine et durent chacune 45 minutes. Le déroulement type d'une séance est le suivant :

- la correction des fiches faites à domicile par le patient et l'analyse des difficultés éventuelles rencontrées. Lors de la première séance, ce travail est remplacé par un rappel sur la prise de conscience des troubles et le déroulement des séances,
- l'explication des objectifs poursuivis sur l'axe travaillé,
- la proposition d'exercices variés et adaptables en fonction des difficultés rencontrées par le patient,
- la remise du travail à faire à domicile pour la séance suivante,
- le bilan de la séance écoulée.

3. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

3.1. Composition du compte-rendu

Pour chacun des patients, nous avons repris, sous forme d'un tableau, les scores obtenus aux différentes épreuves du protocole MEC lorsque celles-ci sont normées. Dans les tableaux, nous n'avons pas fait figurer le nom des épreuves mais leur numéro. La correspondance entre les deux est la suivante :

1 : Evocation lexicale libre

2 : Evocation lexicale avec critère orthographique (mots commençant par la lettre P)

3 : Evocation lexicale avec critère sémantique (noms de vêtements)

4 : Jugement sémantique

5 : Discours conversationnel

6a : Discours narratif (rappel de l'histoire en entier)

6b : Discours narratif (réponses aux questions)

Les épreuves ci-dessus sont regroupées ensuite en deux grandes catégories qui décrivent l'ensemble des compétences analysées :

- les compétences lexico-sémantiques réunissent les trois épreuves d'évocation lexicale (libre, avec critère orthographique et avec critère sémantique) et le subtest de jugement sémantique,

- les compétences discursives regroupent les épreuves de discours conversationnel et de discours narratif (rappel de l'histoire en entier et réponses aux questions).

Dans les tableaux, R1 correspond aux résultats pré-thérapeutiques, R2 aux résultats post-thérapeutiques. La moyenne (M), le percentile 10 (P10) et le point d'alerte (P.A.) permettent, pour chaque épreuve, de comparer les performances du sujet aux résultats attendus pour des individus de la même classe d'âge et d'un niveau de scolarité équivalent. Les résultats sont inscrits en gras dès lors qu'ils sont inférieurs ou égaux au point d'alerte, donc pathologiques.

Sur les graphiques relatifs aux compétences lexico-sémantiques et aux compétences discursives, les performances pré et post-thérapeutiques du sujet peuvent être comparées au point d'alerte ainsi qu'au score maximum, s'il existe.

En revanche, le point d'alerte et le percentile 10 ne sont pas déterminés pour certaines épreuves du Protocole MEC, à savoir le questionnaire sur la conscience des troubles, le rappel de l'histoire paragraphe par paragraphe et le choix du titre donné à l'histoire (dans l'épreuve de discours narratif), et les explications de lien de sens entre les deux mots proposés (dans le subtest de jugement sémantique). Ces épreuves ne sont donc pas reprises dans le tableau de présentation des résultats. Mais, compte tenu de leur importance, elles font l'objet, au sein du compte rendu de bilan, d'une analyse qualitative et quantitative avec la comparaison des scores pré et post-thérapeutiques du sujet.

En ce qui concerne le questionnaire sur la conscience des troubles, son analyse doit être mise en parallèle avec l'ensemble des résultats obtenus par le sujet aux différentes épreuves pour mettre en évidence un manque de conscience de ses troubles communicationnels. Il nous a donc semblé judicieux de lui consacrer une partie du compte rendu de bilan, au même titre que les compétences lexico-sémantiques et les compétences discursives.

En outre, à cette analyse quantitative et qualitative de l'ensemble des résultats affichés par le patient aux différentes épreuves, nous avons choisi de rendre compte de l'évolution du patient au cours des séances, en fonction des quatre axes travaillés. Puis, nous avons étudié les réponses aux questionnaires finaux remplis par le patient et ses proches [Cf. Annexe 10], de façon à faire un parallèle avec notre propre ressenti en fin de prise en charge.

3.2. Comparatif évaluations pré et post-rééducation

3.2.1. Sujet C.M.

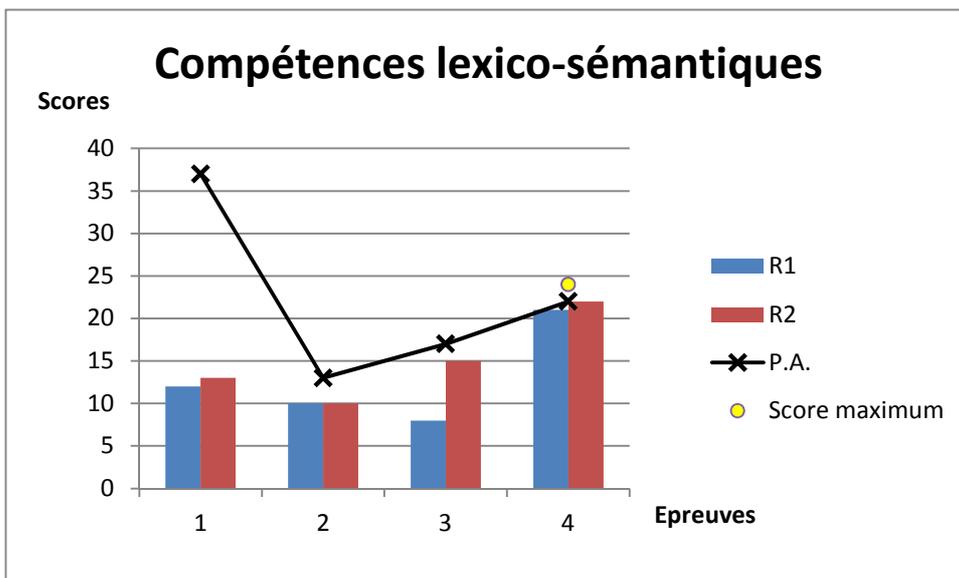
Le sujet est âgé de 37 ans. Il a été victime d'un accident de deux roues, dans un état d'alcoolisation aigüe il y a 3 mois, provoquant un traumatisme crânien grave. C.M. a présenté un score de Glasgow à 3. Sa lésion est située en région temporale droite. L'amnésie post-traumatique a duré 6 semaines.

C.M. est titulaire d'un BEP. Il vit en concubinage et a un enfant. Depuis son accident, il vit au centre de rééducation fonctionnelle. Aucune date de sortie n'est fixée pour le moment.

3.2.1.1. Evaluation de l'informativité du discours

C.M.	Compétences lexico-sémantiques				Compétences discursives		
	1	2	3	4	5	6a	6b
R1	12	10	8	21	24	3	4
R2	13	10	15	22	30	5	6
M	60.10	23.17	25.20	23.20	33.43	9.10	10.13
P10	29.90	13.10	16.20	22.00	32	5	5.20
P.A.	37	13	17	22	32	5	6

a) Compétences lexico-sémantiques



R1 :

Les compétences lexico-sémantiques sont particulièrement affectées car les résultats des quatre items se situent en-dessous du point d'alerte (PA), qui représente le score pathologique.

C.M. ne parvient pas à mettre en œuvre une stratégie d'exploration de son savoir sémantique, ce qui le conduit à énoncer seulement 12 mots en 2 minutes 30 secondes lors de l'épreuve d'évocation lexicale libre (moyenne : 60,10 - PA : 37). Il faut préciser qu'aucun mot n'est cité pendant les 30 premières secondes et que deux mots ne sont pas comptabilisés dans le total (une répétition et une expression).

L'épreuve d'évocation lexicale avec critère orthographique montre également une performance limitée : 10 mots commençant par la lettre P sont cités en 2 minutes. On note un mot répété.

De même, C.M. parvient à énoncer seulement 8 noms de vêtements lors des 60 premières secondes. Lors des 60 secondes restantes, il ne fait aucune proposition mais répète 2 items déjà cités.

On observe également des difficultés pour juger le lien de sens entre deux mots présentés (21/24) et surtout pour fournir les explications correspondantes (2 explications

sur 12 seulement sont correctes). Le sujet n'évoque pas la catégorie commune aux deux mots présentés et ne remet jamais en question ses explications. Ainsi, pour les mots "cheval - veau", il donne comme lien : "tous les deux à la ferme". De même, pour "haricot - radis", il donne : "poussent tous les deux dans la terre".

R2 :

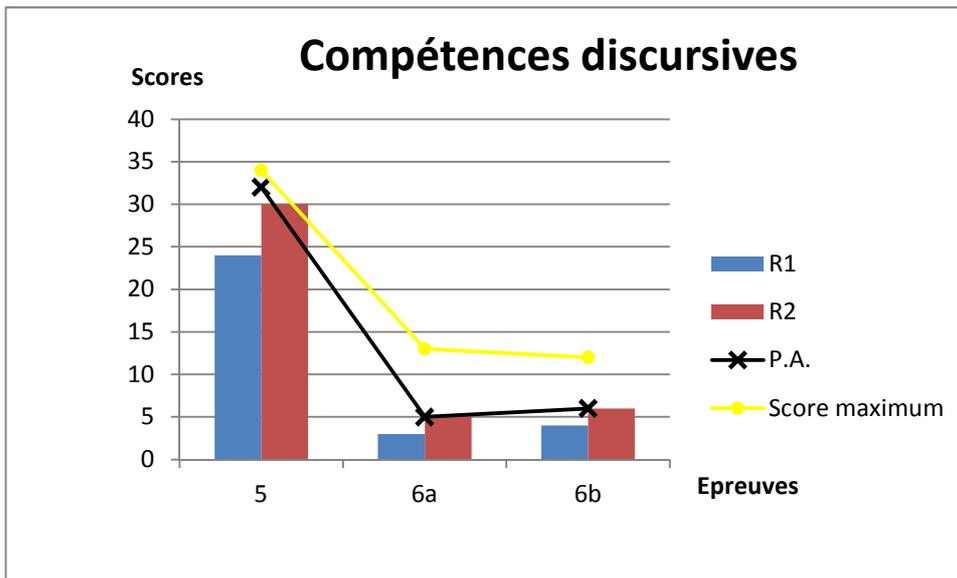
De même que lors de l'évaluation initiale, C.M. éprouve des difficultés à mettre en place une stratégie d'exploration de son savoir sémantique. Cependant, il faut noter que le travail réalisé au cours des 16 séances de rééducation et visant à la production de phrases cohérentes et informatives a conduit le patient, lors de l'épreuve d'évocation lexicale libre, à énoncer spontanément des phrases et non des mots isolés comme le précisait la consigne. Le rappel de la consigne a donc été nécessaire mais a perturbé le bon déroulement de la tâche. C.M. est parvenu à donner 13 mots en 2 minutes 30 secondes, soit un mot seulement de plus que lors de l'évaluation initiale, ce qui le situe bien en-deçà du point d'alerte (PA : 37). Même si le résultat n'est pas probant, on note malgré tout que le patient met en œuvre un effort de catégorisation qui lui permet d'énoncer des mots ayant un lien sémantique entre eux.

Lors de l'épreuve d'évocation lexicale avec critère orthographique, C.M. élabore cette fois-ci une stratégie mais il n'adopte pas la plus adaptée : il procède par lien sémantique. La performance reste faible puisqu'il ne parvient à donner que 10 mots en 2 minutes (comme lors de l'évaluation initiale), dont 8 lors des 60 premières secondes.

Seule l'épreuve d'évocation lexicale avec critère sémantique affiche de meilleurs résultats que lors de l'évaluation initiale : 15 noms de vêtements sont cités en 2 minutes (dont 12 lors de la première minute) au lieu de 8 lors du bilan initial, ce qui permet au patient de se rapprocher du point d'alerte (moyenne : 25,20 - PA : 17).

On observe encore quelques difficultés pour juger le lien de sens entre deux mots présentés mais C.M. se trouve désormais au point d'alerte (22/24). On note de nets progrès en termes d'exactitude des explications correspondantes : 9 explications sur 12 sont correctes (2 seulement l'étaient lors du bilan initial). C.M. passe ainsi de – 3 écarts-types (ET) à – 0,1 ET.

b) Compétences discursives



R1 :

En situation conversationnelle, le patient peut se tromper de mots, se répéter, mal comprendre ce qu'on lui dit. En outre, la voix est assez monotone, le débit est ralenti, le contact visuel est parfois inconstant et l'expression faciale apparaît assez figée, ce qui est accentué par sa paralysie faciale gauche. Son score est de 24/34 alors que le seuil pathologique commence à 32.

C.M. est en difficulté dans l'épreuve de rappel paragraphe par paragraphe de l'histoire mais ses résultats se situent malgré tout dans la moyenne : 8 idées principales sont rappelées sur 17 et le nombre d'informations rapportées est de 12/30.

Le rappel de l'histoire en entier est en revanche échoué. Seules 3 idées principales sur les 13 attendues sont restituées (PA : 5 et – 2 ET). De même, la compréhension de l'histoire est incorrecte, C.M. ne répondant correctement qu'à 4 questions sur 12 (PA : 6 et – 2,5 ET). Le titre donné est en lien avec l'histoire mais démontre que le patient n'a pas produit l'inférence nécessaire à la bonne compréhension du texte.

R2 :

On note des progrès en situation conversationnelle. Il arrive encore à C.M. de chercher ses mots mais plus de se tromper de mots, de se répéter ou de mal comprendre ce qu'on lui dit.

En revanche, la voix demeure assez monotone, le débit est encore ralenti et l'expression faciale reste figée. Le score en situation conversationnelle se situe à 30/34 (contre 24/34 lors de l'évaluation initiale), ce qui rapproche le patient du seuil pathologique qui est à 32.

Le rappel paragraphe par paragraphe de l'histoire lue par l'examineur donne un résultat proche du bilan initial : 9 idées principales sur 17 et 13 informations sur 30 sont restituées par C.M. (contre respectivement 8 et 12 lors de la première évaluation). En revanche, le rappel de cette même histoire, lue intégralement, et les réponses aux questions sont mieux réussis que lors du bilan initial et situent C.M. au niveau du point d'alerte sur ces deux items. Ainsi, le patient répond correctement à 6 questions portant sur le texte (alors qu'il avait un score de 4/12 au bilan initial). Le titre donné à l'histoire ("Une mauvaise blague") met en évidence que le patient a cette fois-ci produit l'inférence nécessaire. Mais ses commentaires, lors des questions posées sur le texte, montrent qu'il n'en a pas saisi toutes les subtilités.

c) Questionnaire sur la conscience des troubles

R1 :

Le sujet est assez conscient de ses difficultés (mais ne peut les analyser précisément) et perçoit les conséquences négatives de l'accident sur sa vie quotidienne. Il obtient un score de 1/7, conforme aux résultats des différents subtests.

Le patient évoque ses difficultés à s'exprimer tant en termes de débit (il dit parler trop vite), que de contenu (il cherche fréquemment ses mots) ainsi qu'à se faire comprendre de ses proches. En revanche, il estime toujours bien comprendre les autres quand ils lui

parlent. Il est particulièrement gêné par sa paralysie faciale et est tout à fait conscient de son incapacité à travailler à nouveau, à recommencer les loisirs qu'il pratiquait avant l'accident (motocross, football) et à accomplir certaines tâches ménagères comme le fait de s'occuper des enfants et de suivre les devoirs de sa fille collégienne.

R2 :

Aucune progression notable de la conscience des troubles n'est mise en évidence puisque le patient obtient un score de 2/7 à ce subtest. L'évolution du score est liée au fait que C.M. estime désormais que ses proches le comprennent toujours bien.

Ce score plus élevé que lors du bilan initial s'explique par le fait que le patient a davantage confiance en lui après les 16 séances de rééducation. C.M. précise qu'il prend désormais les devants en expliquant préalablement son état à ses interlocuteurs qui sont alors beaucoup plus patients envers lui.

3.2.1.2. Evolution en séance

C.M. investit bien les séances proposées et respecte leur programmation. Le travail à domicile est plus difficile à réaliser car C.M., gaucher, a une hémiplégie gauche qui l'empêche d'écrire. Les exercices à domicile sont, malgré tout, faits régulièrement et ramenés en séance. Mais, ils sont soit dictés à une tierce personne de sa famille, soit repris à l'oral en séance. Dans ce cas, le temps passé à la correction des exercices est plus long et le nombre d'exercices réalisés en séance doit être revu à la baisse. Ils sont globalement corrects mais il est difficile de savoir si la tierce personne qui a écrit à la place du patient n'a pas corrigé d'elle-même les éventuelles erreurs.

a) Axe lexico-sémantique

C.M. réussit bien les exercices proposés sur les synonymes, les antonymes et la catégorisation. Les consignes sont bien respectées et leur alternance ne lui pose pas de difficultés particulières. Il faut préciser qu'il lui est plus facile de trouver un synonyme à partir d'un mot proposé que de choisir une réponse parmi quatre propositions. Dans ce cas, le patient a tendance à fonctionner par association plus que par synonymie (exemple : pour "cagoule", C.M. choisit "malfaiteur" et non "capuchon"). De même, la tâche consistant à repérer l'intrus sémantique parmi quatre mots s'est avérée difficile.

Les situations de jeu sont appréciées par C.M. Il ne parvient à donner que 6 mots (au lieu des 8 demandés) mais utilise la catégorisation et les caractéristiques du mot figurant sur la carte pour *Unanimo*. Quand il s'agit de faire deviner un mot en ne donnant que quatre mots, le patient choisit des mots prototypiques. Cependant, si son interlocuteur ne trouve pas le mot mystère, C. M. est alors incapable de se remettre en question et de proposer un autre mot à la place.

b) Axe phrastique

C.M. réussit mieux à compléter des phrases que des expressions, notamment lorsqu'il doit trouver le début de l'expression et que la fin est fournie. Le classement des connecteurs ne peut être fait qu'avec aide mais l'utilisation de ces derniers dans des exercices de complétion de phrases est possible, même si C.M. a tendance à donner souvent le même type d'exemples. Il est cependant à l'écoute de nos remarques et réajuste, en fonction, la nature de ses propositions.

Il faut noter un temps de latence important lorsque C.M. doit trouver des fins de phrases ou élaborer des phrases à partir de mots imposés, quelle que soit la distance sémantique entre ces mots. En outre, lorsqu'il s'agit de trouver une cause et une conséquence à une situation donnée, le patient est perdu par rapport à la complexité de la consigne et il s'avère alors nécessaire de dissocier la consigne. Malgré cette adaptation, on remarque que C.M. est plus à l'aise pour trouver une cause qu'une conséquence. Mais peut-

être le patient persévère-t-il sur la consigne précédente. Aucune stratégie n'est mise en place pour réussir la tâche, que ce soit en séance ou lors des exercices à domicile.

Les activités relatives aux scripts sont réussies lorsque le nombre d'étapes est faible. Dans le cas contraire, le patient visualise bien la scène mais a des difficultés à la mettre en mots et repérer les différentes étapes à remettre dans l'ordre. Il a tendance à oublier de supprimer quelques-unes des étapes non nécessaires à la réalisation de la tâche et à proposer des séquences d'action dans le désordre lorsqu'il doit élaborer lui-même le script. Il est nécessaire de reprendre en séance les exercices similaires faits à la maison.

La consigne du jeu *Taboo* est bien comprise par C.M. qui élabore des phrases syntaxiquement correctes et fait du lien entre les différents items dans le but de faire découvrir le mot à son interlocuteur. En revanche, le patient échoue à trouver le personnage mystère dans le jeu *Qui est-ce ?* malgré la proposition de verbaliser les indices de façon à abattre les bonnes cartes sur son plateau de jeu.

c) Axe discursif

C.M. réussit bien les activités consistant à repérer les incongruités figurant dans des phrases écrites par des journalistes et à remplacer les mots afin d'éviter les redondances dans les phrases. En ce qui concerne le résumé de textes lus, le patient est capable d'extraire les idées principales et de les articuler entre elles grâce à l'emploi de connecteurs adaptés.

La description des tangrams est suffisamment précise pour que l'interlocuteur retrouve la figure choisie. Mais, dans le cas de *Drôles de bobines !*, il est nécessaire d'amener C.M. à donner davantage de précisions car il ne le fait pas spontanément. De même, la description rédigée par le patient, lors des exercices réalisés à domicile, est très sommaire et requiert davantage de précisions pour mener à bien la reproduction du dessin choisi.

C.M. parvient facilement à attribuer, aux personnages figurant sur une scène, les différentes propositions données ou même à inventer ces dernières, à condition qu'il ait

préalablement décrit la scène dans sa globalité (*Mais qu'est-ce qu'ils disent ?*). En revanche, il échoue dans la description du dessin de Sempé qui requiert une analyse plus fine de la situation et ne fait pas écho à une situation vécue personnellement par le sujet.

Enfin, lors de ces quatre séances de travail sur l'axe discursif, nous constatons que C.M. est à l'aise à la fois pour dégager l'aspect positif (ou négatif) d'une situation et pour se mettre à la place d'un personnage dans un cas donné. L'intonation et le style discursif employés par le patient sont, dans ce cas, réellement adéquats.

d) Axe pragmatique

Lors de ces quatre dernières séances, C.M. s'investit particulièrement et semble prendre plaisir à mettre en scène des situations préalablement analysées. Dans ces mises en pratique, il tient compte de l'interlocuteur et ajuste son comportement et son intonation en fonction de la situation proposée.

En revanche, en situation de discussion (à partir d'un tableau) ou de débat, le patient a tendance à ne pas développer suffisamment ses arguments et à changer très facilement d'avis si son interlocuteur avance un argument contradictoire.

Pour la première situation écologique (réservation de places pour un spectacle), C.M. se prête bien au jeu et prépare son appel téléphonique en notant sur une feuille l'ensemble des renseignements qu'il souhaite obtenir. L'appel est ensuite passé avec succès par le patient qui est contraint de rappeler à deux reprises l'interlocuteur de la salle de spectacle : une première fois pour connaître les conditions du tarif réduit (car le professionnel avait raccroché sans laisser le temps au patient de poser sa question suivante) et une seconde fois pour annuler la réservation. A l'issue de l'appel, il est capable de restituer sans difficulté les informations obtenues. Le second appel téléphonique a pour objectif de connaître les horaires d'ouverture d'une pharmacie et le fonctionnement des pharmacies de garde. Là encore, C.M. obtient les renseignements souhaités. En outre, il est capable de se mettre à la place de son interlocuteur et de sentir sa méfiance quand il aborde la question du fonctionnement des pharmacies de garde. Il réagit alors de façon adaptée en lui expliquant sa situation et le fait qu'il a des exercices à réaliser. Le patient est satisfait de

ses appels mais pense que son débit de parole peut nuire à la compréhension de son message.

Pour des raisons pratiques, la dernière séance ne peut être faite à la gare et se fait donc par téléphone. C.M. prépare son appel, prend des notes au fur et à mesure de sa conversation et contourne la contrainte horaire en choisissant, à juste titre, de quitter son travail plus tôt le vendredi de façon à pouvoir prendre son train. En revanche, il oublie de prendre en compte sa femme dans la réservation du billet et termine l'appel assez abruptement en disant à son interlocuteur : "Bon, j'annule, c'était un exercice". C.M. justifie ses propos par la nécessité d'annuler sa réservation. Ceci mis à part, le discours est clair et adapté à son interlocuteur.

e) Evaluation par le patient après passation du protocole

A l'issue de la prise en charge, C.M. dit conserver des difficultés communicationnelles mais les rattache principalement à sa paralysie faciale. Il considère cependant qu'il cherche moins ses mots, se répète moins, reste davantage dans le thème de la conversation et participe plus aux conversations au sein de sa famille. En revanche, il estime ne pas s'exprimer de façon plus claire et précise et ne pas participer davantage aux conversations avec ses amis. En ce qui concerne les situations au téléphone, le patient n'a pas remarqué de progrès particuliers mais affirme n'avoir jamais eu de difficultés dans ce domaine.

Nous n'avons pas récupéré le questionnaire destiné à l'entourage et ne pouvons donc pas comparer ces résultats à ceux ressentis par ses proches.

3.2.2. Sujet R.S.

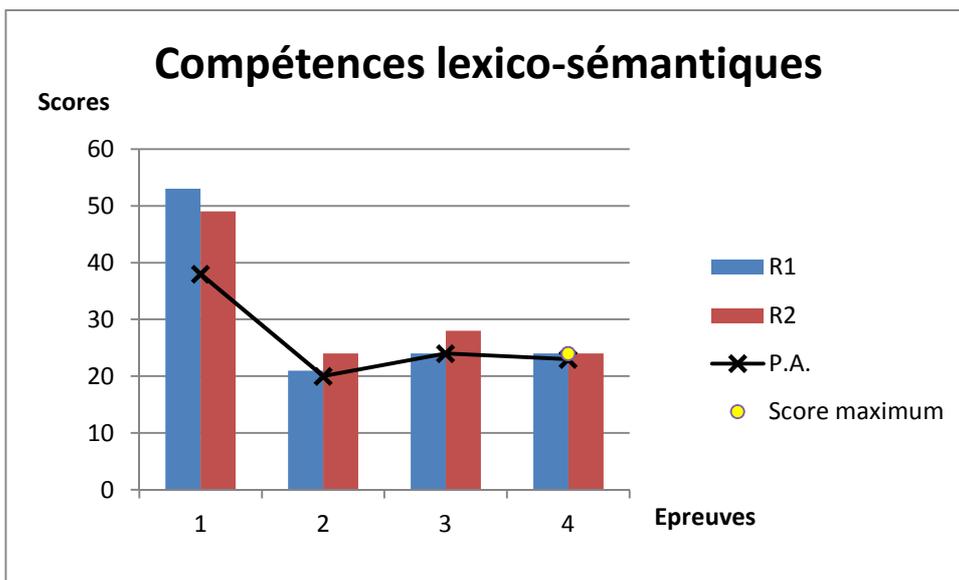
Le sujet est âgé de 28 ans et a obtenu deux DUT. Le traumatisme crânien est survenu lors d'un accident de la voie publique, il y a neuf mois. Le scanner initial montre des pétéchies bifrontales temporales gauches ainsi que des lésions de contrecoup des deux lobes temporaux à droite. R.S. a présenté un score de Glasgow à 6.

Il vit en concubinage et n'a pas repris le travail. Il présente une hémianopsie latérale homonyme bien compensée.

3.2.2.1. Evaluation de l'informativité du discours

R. S.	Compétences lexico-sémantiques				Compétences discursives		
	1	2	3	4	5	6a	6b
R1	53	21	24	24	26	9	9
R2	49	24	28	24	32	11	11
M	63,73	28,8	33,43	23,6	33,77	11,17	11,1
P10	38,8	19	24	23	33,9	9,8	10
P.A.	38	20	24	23	33	9	10

a) Compétences lexico-sémantiques



R1 :

Les résultats des épreuves d'évocation lexicale se situent tous entre le point d'alerte et la moyenne, sauf un sur le point d'alerte.

A l'épreuve d'évocation lexicale libre (53 mots), la répartition dans le temps est harmonieuse (11 mots par tranche de 30 secondes). La stratégie employée est catégorielle (avec un début par catégories grammaticales). Mais le nombre de mots par thèmes est peu important (4 mots en moyenne) et les liens entre les différentes catégories ne sont pas évidents.

Pour l'épreuve d'évocation lexicale avec critère orthographique (21 mots), aucune stratégie n'est mise en place.

Enfin, l'évocation lexicale avec critère sémantique donne un score situé sur le point d'alerte (24). La quasi totalité des mots a été donnée pendant les 45 premières secondes répartis en cinq catégories de quatre mots chacune.

Les résultats aux épreuves de fluence lexicale permettent donc de noter un défaut d'exploration du système sémantique ainsi qu'un manque de stratégie.

L'épreuve de jugement sémantique ainsi que les explications de liens de sens sont parfaitement réussies.

R2 :

Les résultats se situent tous désormais au-dessus du point d'alerte.

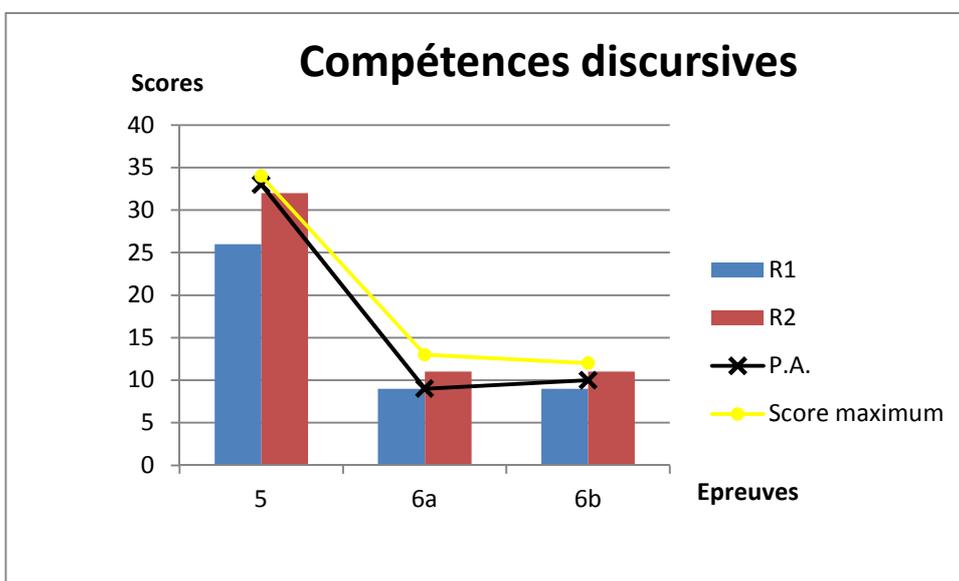
A l'épreuve d'évocation lexicale libre (49 mots), la répartition dans le temps reste harmonieuse (10 mots par tranche de 30 secondes). Le nombre de mots par catégorie sémantique est légèrement supérieur (5 mots en moyenne) et les liens sont cette fois plus évidents.

Pour l'épreuve d'évocation lexicale avec critère orthographique, une stratégie est mise en place au cours de la tâche : R.S. procède par premières syllabes communes (/po/ puis /pa/ et /par/). Cela lui permet d'énoncer 3 mots de plus que lors de l'évaluation initiale.

Enfin, le score obtenu au subtest d'évocation lexicale avec critère sémantique (28) est désormais au-dessus du point d'alerte (24).

A l'épreuve de jugement sémantique, R.S. obtient toujours le score maximum.

b) Compétences discursives



R1 :

Le discours conversationnel est fluent mais peu informatif, R.S. se précipitant souvent pour répondre, utilisant des périphrases et se répétant beaucoup. Nous constatons également une perte du fil conducteur et un discours égocentré, récurrent et tangentiel. Il exprime parfois ses idées de façon peu précise. Des commentaires inattendus peuvent survenir.

Le rappel du discours narratif est insuffisant. Nous notons un trouble de la cohérence et de la cohésion. Les idées principales sont globalement restituées paragraphe par paragraphe (- 0,8 ET), ce qui n'est pas le cas pour l'histoire entière (- 1,4 ET). Le vocabulaire est parfois imprécis et on note un manque d'articulateurs logiques et temporels.

R.S. omet de nombreuses informations complémentaires pour la restitution paragraphe par paragraphe (- 1,2 ET) ou donne des éléments superflus.

Le titre choisi montre que l'inférence a été faite. Cependant, nous constatons de nombreuses erreurs lors des réponses aux questions (- 2,6 ET).

R2 :

Le discours conversationnel est beaucoup plus informatif avec moins de perte du fil conducteur mais il demeure égocentré et peu précis par moments. Nous n'avons plus constaté de commentaires inattendus.

Le rappel de l'histoire paragraphe par paragraphe et en entier est désormais précis. Les idées principales sont bien restituées (+ 1,2 ET paragraphe par paragraphe et - 0,1 ET pour le rappel en entier) tout comme les informations complémentaires (+ 2,2 ET). L'inférence est à nouveau réalisée et la compréhension est bonne cette fois-ci (11/12).

Le discours narratif contient beaucoup plus de marqueurs logiques et temporels : la cohérence et la grammaire du récit sont mieux respectées. Le vocabulaire est plus précis. R.S. donne désormais des informations appropriées en quantité et en qualité.

c) Questionnaire sur la conscience des troubles

R1 :

R.S. obtient le score de 3/7. Il pense pouvoir reprendre le travail rapidement sans difficultés. De plus, il trouve qu'il comprend systématiquement ses interlocuteurs.

R2 :

Son score est désormais de 1/7. Ce résultat est conforme à ce que nous avons observé au cours de la rééducation, à savoir une levée progressive de l'anosognosie. Ainsi, R.S. pense maintenant qu'il est encore trop tôt pour reprendre son travail parce qu'il aurait des difficultés dans son quotidien professionnel (fatigabilité, communication avec les clients).

3.2.2.2. Evolution en séance

Dès le début du protocole, R.S. investit bien le travail proposé et vient aux séances avec beaucoup de dynamisme. Il effectue, tout au long des seize séances, les exercices donnés à faire à domicile. Ceux-ci sont de manière générale bien réalisés.

a) Axe lexico-sémantique

R.S. éprouve des difficultés dans tous ces exercices et nous constatons un temps de latence avant d'obtenir une réponse. Seuls les exercices consistant à donner la catégorie et un élément de celle-ci sont exécutés rapidement. Cependant, dès que nous demandons un nombre plus important d'éléments de cette catégorie, R.S. se trouve en échec et ne peut pas donner plus de 3 ou 4 exemples.

b) Axe phrastique

La complétion de phrases est bonne. Cependant, quel que soit l'exercice, il est nécessaire de canaliser la longueur des fragments de phrases proposés car, spontanément,

R.S. constitue des phrases longues avec de multiples détails (adjectifs). La cohérence des éléments apportés est malgré tout correcte.

D'emblée, R.S. est en difficulté avec les notions de cause / conséquence et la manipulation des différents connecteurs. En revanche, comme il est à l'aise pour constituer des phrases à partir de mots imposés, nous avons pris appui sur ces compétences-là pour travailler les notions décrites précédemment. Au fur et à mesure, nous avons constaté une amélioration.

L'exercice des scripts est difficile quand il doit donner lui-même toutes les étapes d'une action.

c) Axe discursif

La reconstitution des textes à trous est laborieuse. Il faut que le texte commence à avoir une véritable orientation pour que le choix des mots suivants soit plus rapide. Le patient a des difficultés à repérer les erreurs les moins flagrantes commises par le journaliste. La recherche de synonymes au sein de phrases est beaucoup mieux réussie que lors des séances concernant l'axe lexico-sémantique.

Alors que la description d'un tangram est bonne, celle d'un dessin de *Drôles de bobines !* et de scènes (*Mais qu'est-ce qu'ils disent ?*) révèle des difficultés : R.S. se perd dans les explications, ne va pas à l'essentiel et commence par les détails. La phase d'interprétation se déroule bien alors que l'extrapolation est vraiment compliquée. Il y a peu de connecteurs temporels et logiques (cause et conséquence). Le même constat peut être fait lors du résumé de textes. Même lorsque nous rajoutons la contrainte de résumé en deux phrases, celles-ci sont vraiment longues (enchaînement de relatives et de propositions).

Pour chaque situation proposée, R.S. est capable de se mettre à la place du personnage. Comme nous lui en avons fait la remarque, il fait désormais attention à être concis dans son discours et adapte le vocabulaire employé en fonction de la personne à qui il s'adresse.

d) Axe pragmatique

Les jeux de rôles ne sont pas toujours aisés. Devant certaines situations, R.S. dit ne pas savoir quoi dire mais, si nous insistons, il finit par se mettre dans la peau de son personnage. Nous constatons des progrès car il se reprend de lui-même dès qu'il constate que ses phrases sont trop longues.

Lors des deux premières mises en situation (réservation d'une pièce de théâtre et d'un restaurant puis demande d'informations sur les tarifs et les horaires de bus en fonction de son travail), R.S. a des difficultés à accepter les conditions présentées. Avant d'appeler, il ne liste pas toutes les informations qu'il souhaite obtenir, si bien qu'il en oublie. Il réalise alors qu'il ne peut plus improviser comme avant, une fois la personne au téléphone, mais qu'il doit procéder avec davantage de méthode.

e) Evaluation par le patient et son entourage après passation du protocole

R.S. trouve qu'il a moins de difficultés à s'exprimer car il cherche moins ses mots. A travers les questions, nous relevons qu'il considère s'exprimer de manière plus précise et claire et qu'il participe davantage aux conversations tant avec sa famille qu'avec ses amis.

Le patient a fait remplir le questionnaire à ses parents et à une amie. Les parents relèvent une "conversation plus fluide" et des "expressions bien particulières" que R.S. utilisait avant son accident. Ils constatent une amélioration globale de ses capacités de communication, à l'exception de l'utilisation du téléphone. Pour cette action, ils affirment que leur fils "semble avoir du mal encore à se concentrer sur deux choses à la fois et est mal assuré dans ces questionnements notamment administratifs.". Son amie, quant à elle, estime que R.S. "s'exprime moins lentement, que la conversation est fluide, qu'il cherche moins ses mots, qu'il participe aux conversations alors qu'au début de sa convalescence il était là sans l'être vraiment." Elle observe des progrès dans tous les domaines et notamment une plus grande participation aux conversations. Elle précise tout de même que "des progrès restent à faire (aller à l'essentiel...)" quand il s'agit de téléphoner pour obtenir un renseignement ou un rendez-vous.

3.2.3. Sujet C.G.

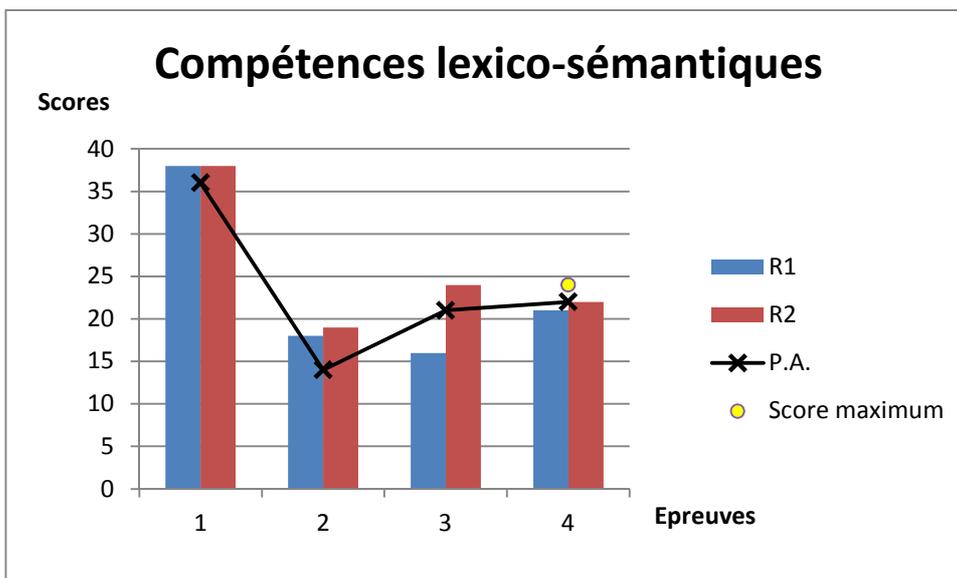
La patiente, âgée de 22 ans, a obtenu un CAP. Le traumatisme crânien grave est consécutif à un accident de la voie publique survenu à l'âge de 5 ans et demi et ayant entraîné un coma d'environ 3 semaines. Le scanner initial montrait des lésions intracérébrales avec pétéchies frontales et œdème cérébral diffus.

Elle réside en appartement thérapeutique, est relativement autonome dans ses déplacements et ne travaille pas.

3.2.3.1. Evaluation de l'informativité du discours

C.G.	Compétences lexico-sémantiques				Compétences discursives		
	1	2	3	4	5	6a	6b
R1	38	18	16	21	22	9	9
R2	38	19	24	22	26	10	9
M	57.10	22.07	29.27	23.13	33.27	10.13	10.9
P10	36	14.90	21	22.00	31	7.8	10
P.A.	36	14	21	22	31	7	10

a) Compétences lexico-sémantiques



R1 :

La patiente présente des compétences lexico-sémantiques altérées sur deux épreuves sur quatre, tandis que les deux autres épreuves se situent au-dessus du point d'alerte mais en-dessous de la moyenne.

Ainsi, lors de l'épreuve d'évocation lexicale libre, le sujet met en place une stratégie mentale qui l'amène à énoncer entre quatre et sept mots appartenant à la même catégorie sémantique avant d'en explorer une nouvelle. Cela lui permet de produire 38 mots en 2 minutes 30 secondes, ce qui la place au-dessus du point d'alerte (36) mais tout de même 19 points en-dessous de la moyenne attendue pour la même tranche d'âge.

Lors de l'épreuve d'évocation lexicale avec critère orthographique, la patiente élabore également une stratégie à savoir passer en revue les voyelles de l'alphabet pour chercher des mots commençant d'abord par /pa/ puis par /pi/, /po/... qui lui permet de produire 18 mots en 2 minutes. Cela la conduit à commettre des répétitions à deux reprises. Là encore, elle se situe entre la moyenne (22,07) et le point d'alerte (14).

La patiente rencontre davantage de difficultés lors de l'épreuve lexicale avec critère sémantique car aucune stratégie de recherche n'est élaborée. Dix noms de vêtements sont cités durant les 30 premières secondes sur un total de 16 mots donnés (moyenne : 29,27 ; PA : 21), ce qui montre une performance très limitée.

Le subtest de jugement sémantique est également échoué avec un score de 21/24. La patiente ne connaît pas le mot "corneille", ce qui la pénalise pour deux items. Enfin, dans l'explication du lien sémantique entre les deux items, le sujet a tendance à donner un exemple plutôt qu'à évoquer la catégorie commune aux deux mots présentés. Ainsi, on peut citer, par exemple : pour les mots "rubis – perle", l'explication est "Le rubis c'est une pierre assez précieuse. Les perles peuvent être faites avec du rubis, c'est presque pareil". Elle obtient ainsi un score de 7/12 aux explications.

R2 :

On constate chez ce sujet une légère amélioration de ses compétences lexico-sémantiques qui lui permet désormais de se situer au niveau ou au-dessus du point d'alerte pour chacune des quatre épreuves.

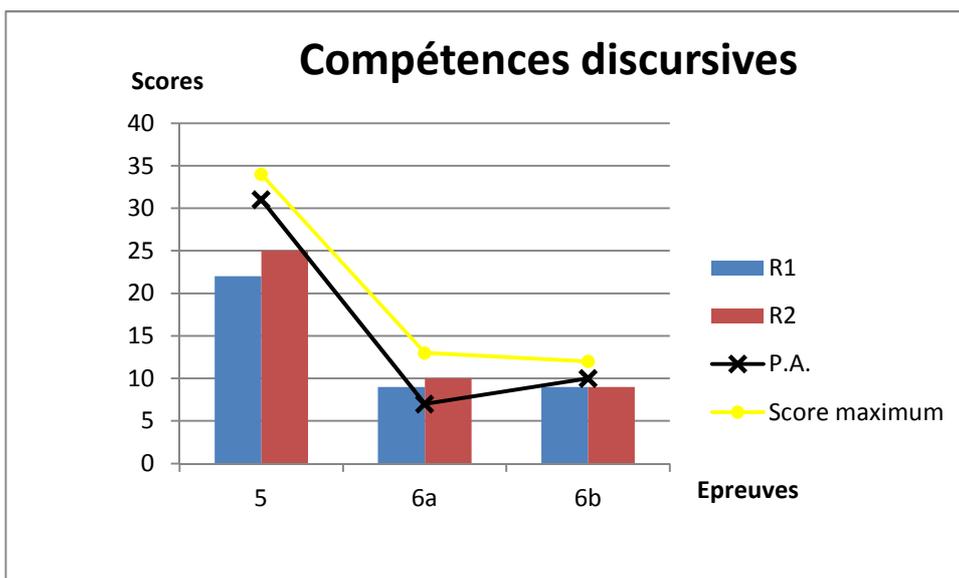
Lors de l'épreuve d'évocation lexicale libre, la patiente explique d'elle-même avoir "essayé de regrouper tout ce qu'il y avait dans la même catégorie", tout en ajoutant que "ce n'est pas évident". Pour chaque catégorie sémantique explorée elle donne alors de trois à six mots avant de passer à une autre catégorie. Comme lors de l'évaluation pré-thérapeutique, cette stratégie lui permet d'énoncer 38 mots en 2 minutes 30 secondes, avec une répartition des mots relativement équilibrée par tranche de 30 secondes. Ce score la situe au-dessus du point d'alerte (36).

L'épreuve d'évocation lexicale avec critère orthographique donne un résultat relativement similaire à l'évaluation pré-thérapeutique, avec un score qui se situe au-delà du point d'alerte. La patiente propose ainsi 19 mots commençant par P, soit un de plus que lors de l'évaluation initiale. Là encore, on note une régularité dans les propositions de mots (7 lors des 30 premières secondes puis 4 mots pour chacune des tranches suivantes).

L'épreuve d'évocation lexicale avec critère sémantique est celle qui affiche la meilleure progression puisque la patiente réussit à proposer 24 noms de vêtements en 2 minutes, soit 50 % de mots en plus par rapport à l'évaluation initiale ; ce qui lui permet de se situer au-dessus du point d'alerte (21). La majeure partie des mots (13 sur 24) est citée durant les 30 premières secondes, la patiente ne parvenant à n'en citer qu'un lors des 30 dernières secondes. Sa stratégie ("je suis en train de penser à ce que j'ai sur moi") montre ici ses limites.

L'épreuve de jugement sémantique est également mieux réussie avec un score de 22/24, égal au point d'alerte. En outre, la patiente privilégie l'évocation de la catégorie sémantique commune aux deux mots présentés, ce qui lui permet d'obtenir un meilleur score en termes d'explications de liens sémantiques (9 explications correctes sur les 12 attendues).

b) Compétences discursives



R1 :

Les capacités discursives sont très altérées car deux épreuves sur trois atteignent le score pathologique. Le comportement de communication, dont le score est 8 points en-dessous du point d'alerte (PA : 31), est très déviant. En effet, en situation conversationnelle, la patiente parle beaucoup et peut changer de sujet ou faire des commentaires inattendus. Il lui arrive de chercher ses mots, d'exprimer ses idées de façon peu précise ou de se répéter. On peut noter également que le visage de C.G. reste inexpressif durant l'échange tandis que le contact visuel peut être inconstant. En revanche, la compréhension est correcte, qu'il s'agisse du langage direct, du langage indirect ou des commentaires de type blague.

Le rappel de l'histoire paragraphe par paragraphe est échoué. La patiente ne restitue que 9 idées principales sur les 17 attendues. Elle omet notamment les notions de découragement puis de ruse de Michel. Aucune information n'est donnée en plus des idées principales. Le rappel de l'histoire en entier est mieux réussi car le score de 9/13 se situe en dessous de la moyenne (10,13) mais tout de même au-dessus du point d'alerte (7). Les questions aident peu la patiente à reconstruire l'histoire (score : 9/12). Certaines réponses aux questions montrent que l'histoire n'est pas intégralement comprise. Cependant, les questions posées permettent à la patiente de modifier son titre initial et de mettre en évidence que l'inférence a été faite.

R2 :

Les capacités discursives demeurent altérées car deux épreuves sur trois se situent encore en dessous du point d'alerte.

Le comportement de communication, même s'il a progressé de 4 points, est toujours déviant. Mais la patiente s'exprime de façon plus précise, ne se répète plus et ne cherche plus ses mots.

Le rappel de l'histoire paragraphe par paragraphe est mieux réussi. En effet, la patiente restitue 11 idées principales sur les 17 attendues et 14 informations sur 30. Comme dans la première évaluation, elle omet les notions de découragement puis de ruse de Michel.

Le rappel de l'histoire en entier est également mieux réussi avec un score de 10/13 au-dessus du point d'alerte (7). Le discours narratif est mieux construit et respecte la chronologie de l'histoire. En revanche, les questions n'aident pas la patiente à reconstruire l'histoire (score : 9/12, inférieur au point d'alerte) et le titre donné à l'histoire ne reflète pas que l'inférence a été faite.

c) Questionnaire sur la conscience des troubles

R1 :

La patiente obtient un score de 2/5 au questionnaire sur la conscience des troubles. Elle ne perçoit pas de difficultés dans le domaine des activités réalisées à la maison et dans la pratique de loisirs. Mais il faut préciser qu'elle était trop jeune avant l'accident pour être autonome dans la vie quotidienne et pour avoir les mêmes loisirs qu'actuellement. Pour le reste, la patiente est tout à fait consciente de ses troubles.

R2 :

La patiente obtient un score moins élevé (1/5) que lors du bilan initial. Elle est consciente de ses troubles, ce qui s'avère en adéquation avec les résultats obtenus lors de l'évaluation. Elle répond aux différentes questions en évoquant ses difficultés à s'expliquer de façon précise et à comprendre ce que ses interlocuteurs lui disent. Elle avoue désormais avoir des difficultés à gérer son argent alors qu'elle se disait autonome dans la vie quotidienne lors du bilan précédent.

3.2.3.2. Evolution en séance

C.G. fait preuve d'enthousiasme à l'idée de participer à ces séances et se montre partante quelle que soit l'activité proposée. Néanmoins, elle présente de grandes difficultés à gérer son emploi du temps et il est donc nécessaire de lui téléphoner régulièrement pour lui rappeler le rendez-vous fixé et s'assurer de sa présence.

De même, la patiente ne fait pas régulièrement les exercices à domicile et, malgré les différentes relances, il faut attendre la septième séance pour qu'elle pense à ramener en séance quelques-uns des exercices réalisés à la maison.

a) Axe lexico-sémantique

Dans l'ensemble, C.G. réussit bien et rapidement les différents exercices qui lui sont proposés. Cependant, il faut noter un déficit lexical qui peut pénaliser la patiente pour répondre à la demande et surtout une difficulté majeure, en début de prise en charge, concernant le maintien en mémoire de la consigne. Ainsi, on observe un oubli de la consigne en cours d'exercice, des persévérations sur la consigne précédente et des difficultés de maintien de la consigne lorsque celle-ci est double.

En situation de jeu, en revanche, la consigne est bien respectée. Pour le jeu *Unanimo*, C.G. dit avoir mis en place une stratégie qui s'avère performante, à savoir s'imaginer la situation pour trouver des mots en rapport avec la carte choisie. Pour faire

deviner un mot, la patiente ne donne pas nécessairement la catégorie à laquelle appartient ce mot mais énonce des caractéristiques de l'objet, ce qui permet de le deviner relativement facilement.

b) Axe phrastique

C.G. réussit rapidement tous les exercices de complétion de phrases et d'expressions. Elle a davantage de difficultés lorsqu'il s'agit d'évoquer le substantif identique dans les phrases qui vont par paires car elle ne possède pas un lexique suffisant ou encore lorsque le texte à compléter comporte un grand nombre de mots à trouver.

Le classement des connecteurs est impossible du fait de la faiblesse de ses connaissances grammaticales. En revanche, elle parvient ensuite à les utiliser dans des phrases lorsqu'on lui demande de trouver un début ou une fin de phrase ou d'imaginer une cause et une conséquence à une situation proposée. La patiente peut, avec du temps cette fois, également compléter une phrase avec le connecteur manquant. Pour tout cela, elle s'aide, sur nos conseils, en se repérant dans le tableau de classement des connecteurs. On note que C.G. a de bonnes capacités d'évocation qui lui permettent notamment d'élaborer aisément une phrase à partir de mots imposés, même si ces derniers sont distants sémantiquement les uns des autres.

Les activités proposées relatives aux scripts sont très bien investies surtout lorsqu'elles concernent des séquences d'action de sa propre vie quotidienne. La remise en ordre des étapes est correcte, de même que la suppression des tâches non nécessaires. Lorsqu'il s'agit d'élaborer les étapes elle-même, la patiente est particulièrement performante et parvient à décrire entre 6 et 10 étapes pertinentes et ordonnées pour chaque situation proposée.

Sur l'ensemble des quatre séances relatives à l'axe phrastique, et à la différence des quatre séances précédentes, il faut souligner que la patiente parvient à conserver les consignes données, tout au long des activités proposées. Il semble donc que C.G. soit plus à l'aise avec des activités en rapport avec l'élaboration de phrases qu'avec des exercices tournés sur le mot qui font davantage appel aux connaissances grammaticales.

En situation de jeu, C.G. se montre à l'aise lorsqu'elle connaît le jeu. C'est le cas de *Qui est-ce ?* pour lequel elle réussit à trouver rapidement le personnage mystère. En revanche, le jeu *Taboo* est beaucoup plus difficile pour elle, du fait de ses faibles connaissances lexicales. Malgré le rappel de la consigne, la patiente s'occupe très peu des mots tabous et se centre uniquement sur le mot à faire deviner. Il lui arrive donc de donner les mots tabous ou, au contraire, des mots très éloignés de celui à faire découvrir. Lorsque nous lui demandons si elle n'a pas produit de mots tabous, elle répond : "Non, aucun. Justement, je trouve ça bizarre ! Les mots n'ont rien à voir avec ce que j'ai dit." Ce que nous aurions pu prendre pour une stratégie de sa part n'en est donc pas une.

C'est lors de la septième séance que C.G. commence à ramener quelques exercices faits à domicile. La plupart d'entre eux ne sont pas terminés ou sont erronés. Il est alors nécessaire de les reprendre en séance. On constate que, si un exercice similaire a déjà été réalisé et réussi en séance, C.G. ne peut refaire seule, à domicile, le même type d'activité. Un étayage est donc absolument nécessaire pour cette patiente.

c) Axe discursif

C.G. parvient facilement à repérer les erreurs du journaliste. Elle a une bonne compréhension de lecture qu'elle met également à profit dans l'activité de résumé de textes lus. Sans contrainte de nombre de phrases à respecter, la patiente a tendance à donner de nombreuses idées sans nécessairement les articuler entre elles. En revanche, l'instauration de cette contrainte l'oblige alors à se rendre à l'essentiel. Mais, spontanément, C.G. emploie très peu de connecteurs.

Selon le tangram choisi, soit la patiente donne une description correcte mais insuffisamment précise pour pouvoir déterminer avec certitude celui qu'elle a choisi, soit elle interprète le tangram de manière abusive et il est alors impossible de proposer le moindre choix (exemple de description : "Il ressemble à un nénuphar. Ce qu'on voit le plus, ce sont les deux feuilles (...). Ou, à première vue, on dirait les ailes d'un ange." alors qu'il s'agissait d'un crabe). De même, C.G. a des difficultés à faire reproduire, par l'interlocuteur, un dessin élaboré par elle-même ou un dessin de *Drôles de bobines !* En effet, si la forme globale du dessin est à peu près respectée, tous les détails spatiaux ne le sont pas car la patiente n'emploie pas un lexique suffisamment précis (ex. : "13 petits traits

rouges sur le cercle, tout le long du cercle" pour 13 cheveux dressés sur la tête). On constate que, dans ce type d'activité, C.G. est plus performante s'il s'agit de devoir rédiger la description du dessin (exercice fait à domicile). Certaines données spatiales sont encore insuffisamment expliquées mais, globalement, la réalisation du dessin est plus aisée.

La patiente est très à l'aise avec la description de scènes de la vie quotidienne (*Mais qu'est-ce qu'ils disent ?*) et l'attribution des propositions aux différents personnages. De même, elle réussit facilement à inventer des répliques lorsque ces dernières ne lui sont pas fournies et le passage de la notion de description à celles d'interprétation et d'extrapolation se fait facilement. Seule la description du dessin de Sempé est moins aisée car C.G. n'a pas perçu d'elle-même la dimension humoristique de ce dessin. Avec aide, elle parvient cependant à imaginer un scénario plausible pour cette histoire.

Dès lors qu'on travaille sur des situations courantes, la patiente s'investit beaucoup dans les exercices proposés et excelle à dégager l'aspect négatif d'une situation favorable (ou l'aspect positif d'une situation défavorable) et trouver comment dire ou écrire les choses si elle était à la place du personnage, avec une intonation et un style discursif tout à fait adaptés.

d) Axe pragmatique

Comme sur l'axe précédent, C.G. investit d'autant plus l'activité proposée en séance qu'il s'agit d'une situation de la vie quotidienne. Les jeux de rôles sont donc particulièrement appréciés par la patiente qui tient son rôle avec enthousiasme. De même, la prise de décision par rapport à une situation donnée ("Que fait-on quand... ?") est tout à fait adaptée, et les étapes de réalisation de la tâche sont bien détaillées.

Lors de la description de tableau, elle est capable d'associer description objective et subjective et de faire un parallèle avec une situation vécue personnellement. C.G. est très à l'aise en situation de débat et donne de nombreux arguments tenant compte des interventions de son interlocuteur. Cependant, on note de multiples digressions car la patiente a, pour chaque cas, une histoire à raconter, en rapport avec le sujet du débat.

Les situations écologiques faisant intervenir le téléphone sont, en revanche, sources de forte appréhension pour la patiente. Pour parvenir à réaliser la tâche, C.G. a donc besoin

de préparer les différentes étapes de l'appel et d'écrire l'intégralité du script, y compris le fait qu'elle veuille simplement obtenir des renseignements car elle craint de "s'emballer" et de réserver réellement les places de spectacle. L'angoisse de C.G. atteint son paroxysme au moment où l'interlocuteur décroche mais, malgré son débit particulièrement rapide, elle parvient à demander et obtenir les renseignements souhaités.

C.G. est davantage à l'aise lors de la situation pratique à la gare. Elle prépare néanmoins la liste des informations qu'elle souhaite recueillir. Les horaires lui sont donnés au guichet avec un rythme soutenu. C.G. n'a donc pas le temps de tout prendre en note et ne retient pas toutes les précisions concernant l'attribution d'un tarif spécifique aux personnes handicapées. En outre, la patiente a oublié de demander les horaires du retour. Mais, même si C.G. a oublié le tiers de la consigne, on peut souligner que son comportement et son discours étaient adaptés à la demande et à son contexte.

e) Evaluation par le patient et son entourage après passation du protocole

Ce qui ressort du questionnaire rempli par C.G. est une réelle prise de confiance que ce soit dans ses rapports avec les autres ("moins de peur pour aborder les personnes, dans les magasins, en ville ou pour téléphoner") ou dans sa façon d'aborder les situations de la vie quotidienne, notamment ses déplacements en bus, de son appartement jusqu'au SAMSAH.

Son compagnon, quant à lui, considère qu'il n'y a pas eu beaucoup de changements, "si ce n'est peut-être dans sa réflexion par rapport à certains sujets de discussion sur lesquels elle se dispersait plus et sortait du sujet".

Nous constatons une bonne correspondance entre les réponses données par la patiente et celles de son entourage. Ainsi, C.G. et son compagnon sont d'accord pour dire que C.G. cherche désormais moins ses mots, perd moins le fil de ses idées, participe davantage aux conversations au sein de la famille et avec ses amis et semble plus à l'aise au téléphone (émission et réception d'appels) mais continue de se répéter. Seul l'item relatif à la précision du discours dénote une discordance entre le sujet qui estime s'exprimer de façon plus claire et son compagnon qui n'a pas remarqué d'améliorations en la matière.

3.2.4. Sujet P.L.

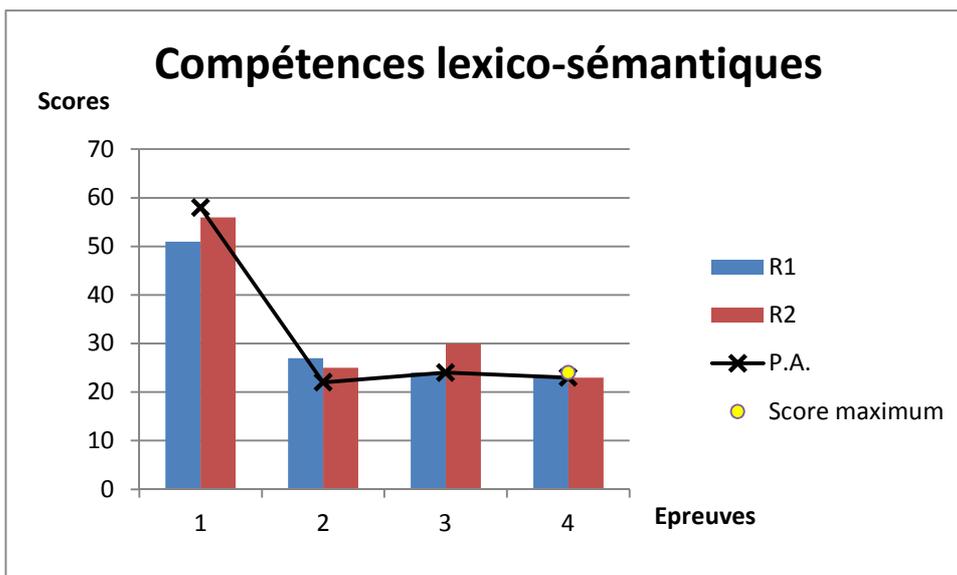
Le sujet est âgé de 48 ans, il a obtenu une licence. Le traumatisme crânien est survenu lors d'un accident de la voie publique, il y a six mois. Il a entraîné de multiples hématomes et contusions hémorragiques au niveau frontal et temporal droit ainsi qu'au niveau du tronc cérébral. P.L. a présenté un score de Glasgow à 3.

Il vit en concubinage et n'a pas repris le travail.

3.2.4.1. Evaluation de l'informativité du discours

P.L.	Compétences lexico-sémantiques				Compétences discursives		
	1	2	3	4	5	6a	6b
R1	51	27	24	23	29	9	9
R2	56	25	30	23	33	13	12
M	77.6	30.6	30	23.8	33,3	11	11,37
P10	57.2	22.1	22.3	23	32	7,1	10
P.A.	58	22	24	23	32	7	10

a) Compétences lexico-sémantiques



R1 :

Trois épreuves sur quatre se situent en dessous ou sur le point d'alerte, ce qui révèle un trouble lexico-sémantique.

Pour l'épreuve d'évocation lexicale libre, P.L. énonce 51 mots. La répartition temporelle est homogène. Les thèmes sont nombreux (nous en comptons 11) et peu de mots sont donnés pour chacun de ces thèmes (5 mots environ).

La même observation peut être réalisée pour les fluences sémantiques (9 thèmes pour 24 mots au total, soit 2 ou 3 mots par thèmes). Mais nous observons cinq répétitions.

Enfin, l'épreuve de fluence avec critère orthographique affiche un score supérieur au point d'alerte : 27 mots sont donnés (PA : 22). On note que le patient emploie des stratégies : mots qui commencent par /par/, catégorie des fruits. Deux répétitions sont constatées.

Le score obtenu à l'épreuve de jugement sémantique est situé sur le point d'alerte (23/24), celui concernant les explications des liens sémantiques est de 10/12.

R2:

Des progrès sont observés à l'épreuve d'évocation lexicale libre ainsi qu'à celle d'évocation avec critère sémantique.

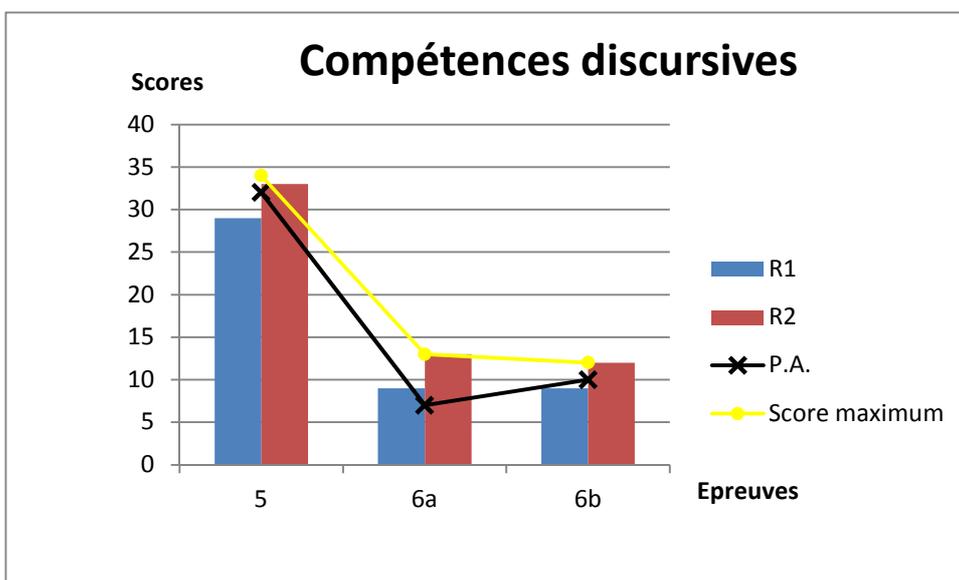
Pour les fluences libres (56 mots énoncés), la répartition reste à nouveau égale dans le temps. Le nombre de thèmes est quasi identique (10 au lieu de 11). Cependant, pour 6 d'entre eux, la moyenne du nombre de mots trouvés par thèmes est de 8, ce qui est nettement supérieur au résultat précédent.

P.L. cite 30 noms de vêtements, ce qui le situe désormais au niveau de la moyenne. En outre, aucune répétition n'est cette fois-ci remarquée.

En revanche, il cite 2 mots en moins commençant par P, mais ce score reste au-dessus du point d'alerte. Nous observons les mêmes stratégies employées et une seule répétition.

L'épreuve de jugement sémantique est aussi bien réussie que lors de l'évaluation pré-thérapeutique (23/24). P.L. obtient même un point de plus aux explications de liens de sens et affiche ainsi un score de 11/12.

b) Compétences discursives



R1 :

Le discours conversationnel est fluent mais P.L. se répète beaucoup, utilisant des périphrases et des paraphrasies verbales. Les thèmes sont récurrents et égocentrés. Son discours est marqué par un manque du mot et il lui arrive de perdre le fil de la conversation. Sa voix est parfois monotone et nous constatons peu de modulations. Cependant, P.L. interagit normalement avec son interlocuteur.

Lors de la restitution du discours narratif, le rappel paragraphe par paragraphe comporte des oublis d'informations principales et complémentaires (respectivement - 1,2 ET et - 0,9 ET). Le rappel de l'histoire en entier est également déviant (- 0,9 ET). Le choix du titre montre que l'inférence a été réalisée bien que les réponses aux questions comportent de nombreuses erreurs (- 2,7 ET).

Le discours narratif est descriptif. Il est marqué par une absence de connecteurs logiques et temporels. Nous notons, par conséquent, un trouble de la cohérence et de la cohésion. Certaines informations sont omises. Il faut souligner la présence de plusieurs remarques personnelles ainsi que d'informations erronées (invention du dialogue de fin, par exemple).

R2 :

Le discours de P.L. reste fluent. Désormais, il ne cherche plus ses mots et ne perd plus le fil de la conversation.

La mémorisation du discours narratif est bonne. Les idées principales sont restituées sans difficulté pour le rappel paragraphe par paragraphe (15/17 au lieu de 9 à la première évaluation) mais aussi pour le rappel du texte en entier (13/13 à la place de 9/13). Les informations complémentaires sont, elles aussi, bien rendues avec un score de 25/30 alors qu'il était de 13 précédemment. Le discours narratif ne contient plus de remarques personnelles ni d'informations erronées. La cohérence et la cohésion sont nettement meilleures avec l'apparition de connecteurs logiques et temporels et d'anaphores qui étaient absents lors de l'évaluation pré-thérapeutique.

c) Questionnaire sur la conscience des troubles

R1 :

P.L. est conscient de ses troubles (1/7). La reprise du travail lui semble complexe car le patient pense qu'il y rencontrerait des difficultés compte tenu de ses problèmes tant physiques que d'élocution.

R2 :

Les résultats sont identiques à R1. Mais, lors de cette seconde évaluation, P.L. explique différemment ses troubles et les attribue à sa lenteur, à son défaut de planification et à son manque du mot.

3.2.4.2. Evolution en séance

P.L. oublie systématiquement ses exercices mais précise cependant à chaque début de séance qu'il les a faits, ce que nous vérifions en discutant des difficultés qu'il a rencontrées pour les réaliser.

a) Axe lexico-sémantique

Les premières séances ont été espacées du fait de nombreuses absences de P.L. (quatre séances sur un mois).

Dans tous ces exercices (recherche de synonymes, antonymes, dérivés lexicaux), P.L. est gêné par son manque de flexibilité mentale : il a tendance à persévérer sur la consigne précédente. On note un temps de latence important lors des premières séances.

b) Axe phrastique

P.L. apporte une partie des exercices lors de la septième séance.

Il est confronté à des difficultés lorsqu'il s'agit de compléter des phrases avec des verbes. Au contraire, la complétion d'expressions et de définitions par l'usage, le classement des connecteurs et la complétion de phrases faisant suite à ces connecteurs ne lui posent aucun souci. Il est même très rapide.

Il se trouve à nouveau en difficulté dans les activités de recodage d'énoncés.

Lorsqu'il s'agit d'élaborer des phrases à partir de deux mots imposés, P.L. manque de concision et parvient difficilement à se corriger sur demande. En revanche, il lui est plus facile de constituer spontanément une phrase courte avec trois ou quatre mots.

Le travail autour de l'activité de scripts se déroule parfaitement bien.

c) Axe discursif

Le choix des mots est rapide et approprié quand il s'agit de compléter les textes à trous.

Lors des résumés de texte, P.L. se perd dans ses explications avec des phrases trop longues. Il ne commence pas par l'idée principale. Cependant, avec contrainte d'un nombre de phrases à ne pas dépasser, il est capable de se corriger.

La description d'image est sommaire et rapidement P.L. fait des interprétations. En revanche, il est en difficulté lorsqu'il s'agit d'attribuer les répliques aux personnages.

Cependant, il est capable de se mettre à la place d'un personnage. Le contenu de son discours est alors bien approprié à chacune des situations proposées (vocabulaire, formulations).

d) Axe pragmatique

L'exercice de jeu de rôles s'avère complexe. P.L. a tendance à donner des informations non essentielles à l'analyse de la situation proposée. Le vocabulaire est de manière générale adapté au contexte mais la prosodie ne l'est pas toujours, principalement lorsque le patient doit adopter une intonation de colère. Lorsque nous lui demandons d'expliquer la scène à une tierce personne, P.L. donne en premier lieu les détails au lieu de préciser le contexte comme nous le lui suggérons. De plus, il a des difficultés à décrire les émotions des personnages. Mais, après quelques situations, la restitution de saynètes est plus structurée.

En situation de débat, P.L. parvient facilement à modifier son point de vue en fonction des propos de l'interlocuteur et à donner de nouveaux arguments adaptés. Son discours n'est ni logorrhéique ni récurrent, contrairement à ce que nous avons pu constater lors de l'activité de description, d'interprétation et d'extrapolation d'images.

Lorsqu'il s'agit de prendre une décision, P.L. répond plus rapidement quand la situation proposée ressemble à un événement déjà vécu.

Les situations écologiques au téléphone sont plus difficiles même si le patient apprécie l'activité. Préalablement à l'appel, P.L. ne liste pas les informations qu'il souhaite obtenir. Il oublie donc de demander le tarif à l'unité d'un ticket ainsi que les différents abonnements possibles. En outre, il n'expose pas clairement sa demande à son interlocuteur qui lui demande donc de répéter. Le vocabulaire employé n'est pas toujours adapté et même parfois familier. Le patient se contente d'une seule réponse, pourtant non idéale. Ce n'est que lorsque nous l'interrogeons sur les informations obtenues que P.L. se rend compte de ses différents oublis et demande alors de lui-même à rappeler son interlocuteur.

e) Evaluation par le patient et son entourage après passation du protocole

Le questionnaire a été rempli par le patient en notre présence. Ce dernier estime qu'il recherche moins ses mots, qu'il s'exprime de façon plus précise et plus claire, qu'il perd moins le fil de ses idées et qu'il est plus à l'aise pour répondre au téléphone. En revanche, il affirme ne pas participer davantage aux conversations que ce soit au sein de sa famille ou avec ses amis. De plus, il a l'impression de se répéter autant et d'éprouver les mêmes difficultés pour obtenir un renseignement ou un rendez-vous par téléphone.

En raison du retour à domicile du patient, nous n'avons pas reçu le questionnaire destiné à l'entourage.

3.2.5. Sujet F.P.

Le sujet est âgé de 44 ans. Le traumatisme crânien grave est survenu il y a 3 ans et demi, lors d'une chute d'environ 2 mètres de haut dans le cadre de son activité professionnelle.

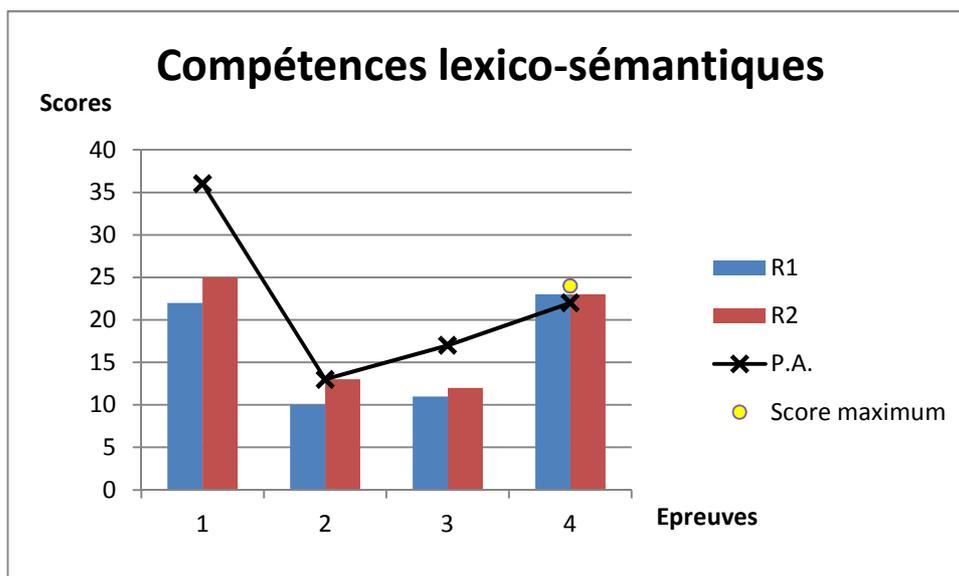
F.P. a présenté un score de Glasgow à 7. Sa lésion est située à droite (hématome extra-dural fronto-pariétal droit). L'amnésie post-traumatique a duré 4 semaines.

F.P. est titulaire d'un CAP. Il vit avec son épouse et ses enfants. Il est autonome dans les actes de la vie quotidienne et entreprend actuellement de rechercher un travail.

3.2.5.1. Evaluation de l'informativité du discours

F.P.	Compétences lexico-sémantiques				Compétences discursives		
	1	2	3	4	5	6a	6b
R1	22	10	11	23	25	7	9
R2	25	13	12	23	31	10	11
M	60.10	23.17	25.20	23.20	33,43	9.10	10.13
P10	36	13.10	16.20	22.00	32	5	5.20
P.A.	36	13	17	22	32	5	6

a) Compétences lexico-sémantiques



R1 :

Les compétences lexico-sémantiques sont affectées car les résultats de trois items sur quatre se situent en-dessous du point d'alerte (PA), qui représente le score pathologique.

En effet, nous constatons, pour ce sujet, une difficulté à explorer efficacement et avec rapidité le lexique interne. Même s'il a mis en place une stratégie d'imagerie mentale lui permettant d'évoquer les objets présents dans sa maison, F.P. ne parvient à énoncer que 22 mots en 2 minutes 30 secondes lors de l'épreuve d'évocation lexicale libre (moyenne : 60,10 - PA : 37).

Six mots commençant par la lettre P sont cités durant les 30 premières secondes sur un total de 10 mots donnés, ce qui montre une performance très limitée.

De même, F.P. parvient à énoncer 11 noms de vêtements en 2 minutes (dont 9 lors des 60 premières secondes).

Le subtest de jugement sémantique est bien réussi avec un score de 23/24 dans le choix du lien entre les deux mots présentés. En revanche, on observe quelques difficultés dans l'explication du choix. Le sujet n'évoque pas systématiquement la catégorie commune aux deux mots présentés et, même s'il n'est pas certain de son explication, il ne cherche pas à trouver un terme plus adapté mais passe rapidement à l'item suivant. On peut citer, par exemple : pour les mots "cuivre – or", l'explication est "de l'acier" ; pour les mots "rubis – perle", l'explication est "c'est pas des diamants" mais F.P. s'en tient là et ne cherche pas d'autre explication. Il obtient ainsi un score de 9/12 (- 0,1 ET) aux explications.

R2 :

Les compétences lexico-sémantiques ont faiblement progressé. Seule l'épreuve d'évocation lexicale avec critère orthographique permet à F.P. d'atteindre désormais le point d'alerte avec 13 mots commençant par P donnés en 2 minutes.

Lors de l'épreuve d'évocation lexicale libre, F.P. met en place une stratégie d'exploration de son lexique interne qui lui permet de donner 14 mots lors des 30 premières secondes de ce subtest. Mais, ce démarrage très performant s'essouffle rapidement et F.P.

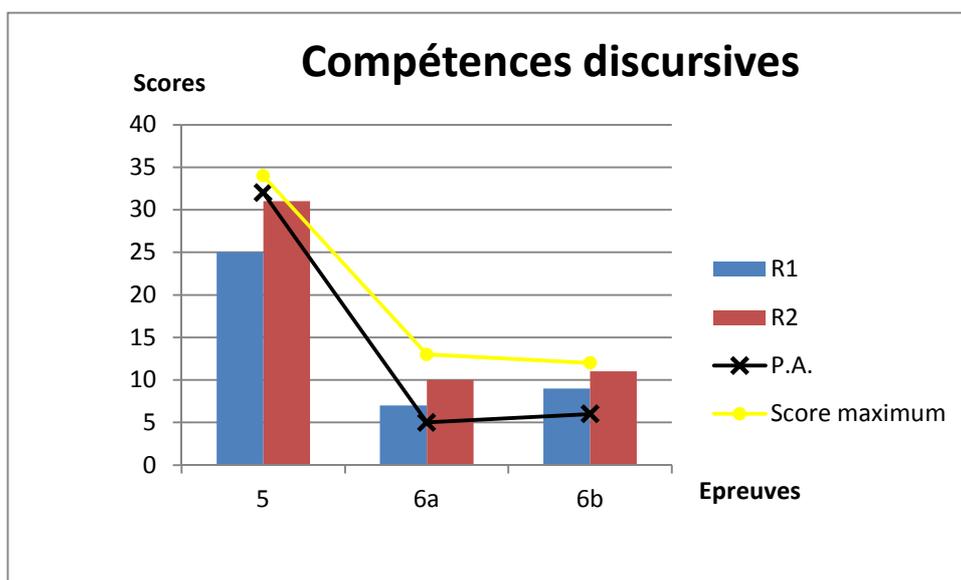
ne parvient à énoncer que 11 mots supplémentaires sur les 90 secondes suivantes et aucun sur les 30 dernières secondes.

De même, lors de l'épreuve d'évocation lexicale avec critère sémantique, F.P. donne 12 noms de vêtements en 2 minutes dont 7 sur les 30 premières secondes.

Sur les 3 épreuves de fluence, on note une seule répétition consciente.

L'épreuve de jugement sémantique est aussi bien réussie que lors de l'évaluation initiale avec un score de 23/24 dans la reconnaissance du lien entre les deux mots proposés. On peut noter que l'explication du lien est un peu plus précise que lors de l'évaluation initiale. Ainsi, le patient obtient un score de 10/12 (+ 0,3 ET) à ce subtest. En outre, et contrairement au bilan pré-thérapeutique, F.P. prend le temps de la réflexion lorsqu'il n'est pas certain de son explication.

b) Compétences discursives



R1 :

En situation conversationnelle, le patient est plutôt logorrhéique. Il lui arrive de chercher ses mots ou de se tromper de mots sans que cela n'entraîne une correction et il exprime ses idées de façon peu précise. On peut noter également que F.P. se répète et coupe la parole de peur d'oublier ce qu'il veut dire. Il peut mal comprendre ce qu'on lui

dit, notamment le langage indirect. De plus, le débit peut être rapide et le contact visuel inconstant. Son score est de 25/34 alors que le seuil pathologique est à 32.

Le rappel paragraphe par paragraphe de l'histoire est mieux réussi (14 idées principales sont rappelées sur 17, situant le sujet à + 1,6 ET) que le rappel de l'histoire en entier (- 0,7 ET). Cependant, lors de la lecture paragraphe par paragraphe, il faut noter des erreurs de compréhension et l'absence d'inférence. Celui-ci s'interroge en effet à la fin du subtest : "Il y a un truc qui est pas logique : il était dans le puits et il descend de l'arbre."

Lors du rappel de l'histoire en entier, F.P. ne restitue que 7 idées principales sur les 13 attendues. Ce score n'est pas pathologique mais se situe entre le point d'alerte (5) et la moyenne (9,10). Il faut noter également que F.P. ne respecte pas toujours la chronologie de l'histoire ("Michel descend de l'arbre et remercie ses voisins... mais avant il était monté") et omet des marqueurs de relation et des informations essentielles à la compréhension de l'histoire.

Même si F.P. ne répond correctement qu'à 9 questions sur 12 (ce qui le situe 1 point en dessous de la moyenne), ce subtest l'aide visiblement à bien comprendre l'histoire et à trouver un titre démontrant qu'il a fait l'inférence.

R2 :

Les compétences discursives ont progressé au vu des résultats des trois épreuves. C'est en situation conversationnelle qu'on note la plus forte progression par rapport à l'évaluation initiale. S'il arrive encore à F.P. de chercher ses mots ou d'exprimer ses idées de façon peu précise, on note qu'il respecte désormais les tours de parole, ne se répète plus et comprend bien ce qu'on lui dit, que ce soit le langage direct ou indirect. Le patient affiche ainsi un score de 31 qui le situe juste un point en dessous du point d'alerte.

Le rappel paragraphe par paragraphe de l'histoire est identique à celui du bilan initial. En revanche, le rappel de l'histoire en entier est beaucoup mieux réussi (10/13, soit + 0,3 ET) et surtout le patient parvient, au travers d'un discours beaucoup plus fluide, à respecter la chronologie de l'histoire et à employer un lexique et des référents précis.

Les réponses aux questions sur le texte mettent également en évidence que le patient a mieux compris le texte et le titre donné démontre qu'il a fait l'inférence. Pour les deux subtests du discours narratif, F.P. obtient un score supérieur à la moyenne alors qu'il se situait juste au-dessus du point d'alerte lors de l'évaluation initiale.

c) Questionnaire sur la conscience des troubles

R1 :

Le questionnaire sur la conscience des troubles donne un total de 3/7. Cela semble conforme aux résultats obtenus aux différents subtests du protocole.

Le patient constate des changements dans sa façon de communiquer avec les autres, souligne des difficultés à suivre une conversation à plusieurs ainsi qu'à gérer ses rendez-vous. En revanche, il considère que ses proches le comprennent toujours bien, qu'il pourrait reprendre le travail avec des aménagements (mi-temps thérapeutique, par exemple). En outre, F.P. continue à pratiquer la plupart des loisirs qu'il avait avant l'accident.

R2 :

Le patient obtient un score de 2/7, soit un score moins élevé que lors du bilan initial. On note une prise de conscience de ses difficultés à se faire comprendre de ses proches, qu'il résume en "j'utilise des phrases pas toujours claires... à ma façon".

3.2.5.2. Evolution en séance

F.P. fait preuve d'un grand intérêt face aux activités proposées. Il effectue les exercices donnés à faire à domicile avec beaucoup de régularité et de sérieux, quitte à

passer deux heures sur le même exercice, avec l'aide du dictionnaire, pour être en mesure de le rendre fait à la séance suivante. Son assiduité aux séances est comparable au travail réalisé à la maison.

a) Axe lexico-sémantique

F.P. fait preuve d'un manque important de confiance en lui qui le pénalise lors des premières séances, dès que l'exercice proposé consiste en une tâche d'évocation lexicale. Le travail sur les synonymes, les antonymes, les définitions, la polysémie et la catégorisation ne pose pas de difficultés particulières du moment que la consigne donnée est simple. En revanche, l'alternance de consignes entraîne parfois des confusions chez le patient. Les dérivations lexicales constituent l'activité la plus difficile, elles sont échouées sans étayage. Cependant, on note une amélioration d'une séance sur l'autre.

Globalement, on peut affirmer que F.P. présente un temps de latence important dans ses réponses, en particulier lorsque l'activité proposée fait appel à l'évocation. Dans ce cas, il est nécessaire de le rassurer en permanence sur ses capacités, de façon à ce qu'il accepte de réaliser l'exercice. C'est notamment le cas pour le jeu *Unanimo* pour lequel F.P. a beaucoup de difficultés à trouver des mots qui ne sont pas en lien direct avec l'illustration de la carte. En explicitant davantage la consigne, il parvient alors à écrire 8 mots mais dit spontanément : "oui j'en ai 8, mais c'est peut-être pas ça".

b) Axe phrastique

La complétion de phrases est réussie si le début de phrase proposé induit une fin quasiment automatique car évoquant une situation de la vie quotidienne. En revanche, F.P. est très en difficulté lorsque le début de phrase est seulement constitué d'un verbe indiquant ce que l'on peut faire en parlant (ex. : Je vous informe que... ; je vous encourage à...) ou s'il faut trouver plusieurs fins de phrases différentes selon le connecteur proposé en début de phrase. De même, lorsqu'il s'agit de compléter un texte à trous, F.P. a tendance à ne pas lire préalablement le texte dans son intégralité, ce qui le pénalise pour trouver le mot qui convient.

Le classement des connecteurs a été particulièrement difficile. F.P. parvient cependant ensuite à les utiliser dans des phrases, que ce soit pour trouver un début de phrase lorsque la fin de la phrase est proposée ou imaginer une cause et une conséquence à une situation donnée.

Lors des deux dernières séances relatives au travail de l'axe phrastique, on constate une nette amélioration des capacités d'évocation. Le patient a besoin de temps pour répondre mais parvient facilement à imaginer une cause et une conséquence à chaque situation proposée ou encore à élaborer une phrase à partir de mots imposés, même si ces derniers sont distants sémantiquement les uns des autres. Il semble que F.P. ait pris confiance en ses capacités à partir de ces séances-là et les mette à profit en situation d'exercice à la fois en séance et à domicile. Le travail sur les scripts est bien réussi : la remise en ordre des étapes est rapide et efficace lorsque le nombre d'étapes est limité. Dans le cas contraire, F.P. a besoin de temps pour lire l'ensemble des étapes avant de les remettre en ordre. La suppression des étapes non nécessaires et l'élaboration de scripts sont particulièrement réussies.

En situation de jeu comme *Taboo* ou *Qui est-ce ?*, le patient respecte parfaitement la consigne et parvient rapidement à ses fins. Dans *Taboo*, il décrit et définit de façon tout à fait pertinente le mot à faire deviner. On peut donc affirmer que F.P. est d'autant plus à l'aise en termes de communication (choix de mots et élaboration de phrases) que l'activité proposée, en séance ou à domicile, est proche de situations qu'il a expérimentées dans sa vie quotidienne.

c) Axe discursif

La compréhension écrite est bonne à condition que F.P. prenne le temps de lire à voix haute une première fois puis de faire une relecture silencieuse. Cela lui permet de retrouver facilement, dans les phrases proposées, les erreurs commises par le journaliste. En situation de lecture de texte, le patient réussit bien à résumer le texte, tout en employant des connecteurs travaillés en séance et adaptés à la situation. En revanche, il éprouve des difficultés de mémorisation qui sont fonction de la longueur du texte et se traduisent par l'oubli d'informations prépondérantes à la compréhension du résumé par une tierce personne.

Lorsqu'il doit décrire un tangram ou le dessin de son choix, F.P. choisit de ne décrire que des formes géométriques assemblées les unes aux autres. Cela engendre une description très complexe qui oblige l'interlocuteur à plus d'efforts mais lui permet au final de trouver le tangram décrit.

Pour le dessin de *Drôles de bobines !*, F.P. simplifie sa description et rapporte ce qu'il décrit aux différentes parties du visage (ex. : "Sur le dessus du grand cercle, cinq traits un peu ondulés pour faire les cheveux"). Cette stratégie lui permet ainsi de faire reproduire le dessin choisi quasiment à l'identique.

En outre, le patient fait bien la distinction entre la description, l'interprétation et l'extrapolation lorsqu'on lui propose une image. Cependant, il est davantage à l'aise lorsqu'il s'agit de décrire la situation ou d'attribuer les propositions données que lorsqu'il faut inventer les répliques, même s'il parvient à interpréter, dans la majorité des cas, l'attitude des différents personnages. De même, il est peu à l'aise pour dire et écrire les choses en se mettant à la place du personnage, que ce soit dans le choix des arguments ou dans l'intonation à adopter.

d) Axe pragmatique

Même si, spontanément, F.P. se dit peu à l'aise à l'idée de jouer des scènes qui lui sont proposées, il parvient à décrire préalablement la scène, à se mettre à la place des différents personnages et à adapter ses arguments et son discours en fonction de la situation jouée. Il éprouve davantage de difficultés en situation de description de tableau ou de débat pour trouver différents arguments. Le patient a ainsi tendance à s'acquitter de la tâche en ne citant qu'un seul argument pour et un seul argument contre, puis à passer directement à la situation suivante. Il revient donc à son interlocuteur de relancer le débat, sinon la conversation ne peut être poursuivie.

Dans un premier temps, F.P. refuse de se prêter au jeu des situations écologiques par téléphone, sous prétexte qu'il "ne veut pas téléphoner pour rien". Il se contente de choisir un spectacle et de rechercher les tarifs applicables aux membres de sa famille puis accepte de simuler un appel à la salle de spectacles. En revanche, le patient est demandeur d'une réponse concernant sa situation personnelle auprès de la CPAM et c'est donc cette

situation qui va être exploitée en séance. Suite à son appel, F.P. se dit insatisfait car il n'a pas obtenu le renseignement souhaité. Cependant, son interlocuteur lui a promis de le rappeler, une fois la réponse trouvée, et le bilan de cet appel est donc bien positif.

F.P. est plus à l'aise lorsque la situation écologique se déroule en face à face. Ainsi, lors de la mise en pratique à la gare, le patient obtient et prend note de l'intégralité des informations souhaitées. Son comportement est adapté et il est capable de trouver une solution à la contrainte imposée par le scénario. Il faut noter que F.P. a tout de même besoin d'être accompagné dans ses démarches car il a tendance à renoncer si une difficulté se présente. C'est le cas à la gare où, compte tenu du nombre de personnes attendant leur tour au guichet, F.P. abandonne, dans un premier temps, sa place dans la file.

e) Evaluation par le patient et son entourage après passation du protocole

Dans son questionnaire, F.P. souligne qu'il se sent "un peu plus à l'aise partout", qu'il a moins besoin de réfléchir car "des idées (lui) viennent à l'esprit plus vite" et qu'il comprend mieux "ce que les autres (lui) racontent."

Son épouse et lui-même sont d'accord pour dire qu'il s'exprime de façon plus précise, qu'il perd moins le fil de ses idées, qu'il participe davantage aux conversations au sein de sa famille. Tous deux n'ont pas remarqué que F.P. cherchait moins ses mots, ni qu'il semblait plus à l'aise pour répondre au téléphone.

Le patient n'a pas remarqué qu'il se répétait moins alors que ce point est souligné à la fois par sa conjointe et par notre analyse du discours conversationnel. Enfin, F.P. affirme être plus à l'aise pour téléphoner afin d'obtenir un renseignement. Son conjoint n'a pas remarqué de progrès dans ce domaine mais peut-être le patient se base-t-il sur la situation vécue en séances.

3.2.6. Sujet J.M.

Le sujet, âgé de 64 ans, a obtenu un CAP. Le traumatisme crânien est survenu lors d'un accident de la voie publique il y a 37 mois.

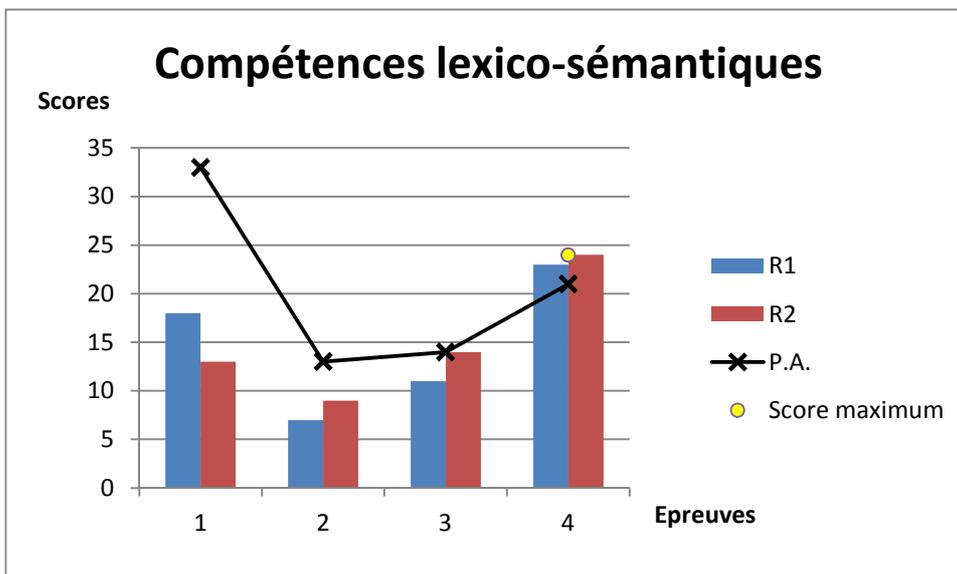
J.M. a présenté un score de Glasgow à 5. Sa lésion est située à droite (hématome extra-dural et contusions hémorragiques temporo-pariétales et frontales à droite).

Il vit en concubinage et est à la retraite.

3.2.6.1. Evaluation de l'informativité du discours

J.M.	Compétences lexico-sémantiques				Compétences discursives		
	1	2	3	4	5	6a	6b
R1	18	7	11	23	29	4	9
R2	13	9	14	24	31	9	10
M	56.5	21.8	24.2	23.2	33,1	9,13	9,87
P10	33	12.2	12.3	21.1	31	5,2	7
P.A.	33	13	14	21	31	5	7

a) Compétences lexico-sémantiques



R1:

Les scores des trois épreuves de fluence sont inférieurs au point d'alerte, ce qui montre des capacités lexico-sémantiques très altérées. Il faut noter que le patient fait preuve de défaitisme avant même de commencer chacune des épreuves.

Au subtest d'évocation lexicale libre, J.M. énonce 18 mots et réalise une répétition. Il procède par catégories grammaticales (d'abord des verbes puis des noms) mais ne parvient pas à mettre en place une stratégie pour passer d'un thème à un autre à l'intérieur d'une même catégorie.

Le nombre de mots commençant par la lettre P cités par le patient est de 7, score bien en dessous du point d'alerte (PA : 13). Là encore, nous ne pouvons noter de stratégie particulière.

Enfin, à l'épreuve d'évocation lexicale avec critère sémantique, les 11 mots notés ont été cités lors des 60 premières secondes, ce qui démontre une performance limitée.

Le subtest de jugement sémantique est bien réussi par J.M. (23/24). En revanche, il est en difficulté pour expliquer le lien de sens entre les mots proposés (8/12). Il a tendance à employer un vocabulaire imprécis et à donner une définition par l'usage.

R2:

Les capacités lexico-sémantiques du patient demeurent altérées puisque les scores obtenus aux épreuves d'évocation lexicale sont encore inférieurs ou sur le point d'alerte.

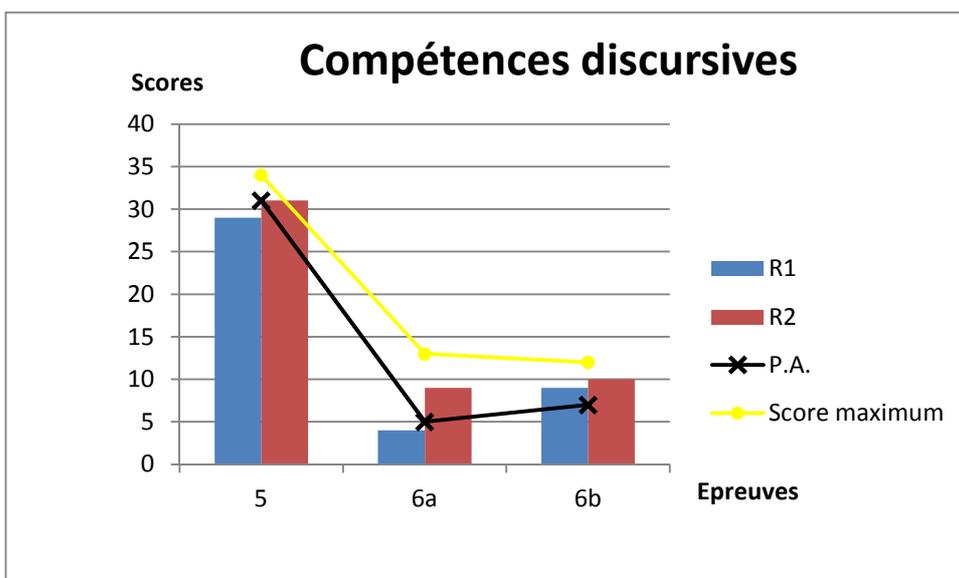
L'épreuve d'évocation lexicale libre est perturbée par la mauvaise compréhension de la consigne qu'il est donc nécessaire de repréciser. J.M. commence ainsi par énoncer des phrases avant de citer des mots. Il en donne moins que lors de l'évaluation précédente (13 au lieu de 18) et n'aborde que deux thèmes distincts. Il faut noter également un temps de latence important entre chaque thème.

A l'épreuve de fluence orthographique, J.M. donne deux mots de plus et la répartition dans le temps est quasiment identique à celle de la première évaluation. Nous ne pouvons toujours pas remarquer l'emploi de stratégies.

La tâche d'évocation lexicale avec critère sémantique est mieux réussie. J.M. obtient désormais 14 (au lieu de 11), ce qui le place sur le point d'alerte. On note également une meilleure répartition des mots énoncés tout au long des deux minutes.

Enfin, J.M. obtient le score maximum à l'épreuve de jugement sémantique et ses explications de liens de sens se sont améliorées (score de 11/12 au lieu de 8 précédemment).

b) Compétences discursives



R1:

J.M. manque particulièrement d'initiative verbale, sa voix est souvent monotone, il cherche fréquemment ses mots, ce qui parsème le discours de nombreuses coupures. On note parfois une perte du fil conducteur. Le score obtenu au subtest du discours conversationnel (29) se situe en dessous du point d'alerte (31).

La restitution de l'histoire paragraphe par paragraphe est correcte et se situe dans la norme pour les idées principales et à -0,5 ET pour le total des informations. En revanche, la restitution de l'histoire en entier est bien moins réussie, notamment en ce qui concerne le

rappel des informations situées en début de texte. Il obtient 4/13, ce qui le situe en dessous du point d'alerte (PA : 5) et à - 2 ET de la moyenne. Ce score est à mettre en lien avec un probable trouble de la mémoire de travail. D'un point de vue qualitatif, il faut souligner que le discours narratif est descriptif. Nous notons un trouble de la cohérence et de la grammaire du récit lié à un manque d'articulateurs logiques et temporels qui nuit à la fluidité du discours.

Les questions évaluant la compréhension du texte (score de 9/12 situé au-dessus du point d'alerte et à - 0,4 ET de la moyenne) permettent à J.M. de donner un titre démontrant que l'inférence a été réalisée.

R2:

L'épreuve du discours conversationnel est mieux réussie (31, soit sur le PA, contre 29 à la première évaluation). Le manque d'initiative verbale, extrêmement fréquent lors de la première évaluation, est peu marqué cette fois-ci. Le patient ne perd plus le fil de la conversation et cherche rarement ses mots. Seule sa voix reste monotone par moments.

Au début de l'épreuve du discours narratif, J.M. éprouve des difficultés à se concentrer ce qui le pénalise pour restituer l'histoire paragraphe par paragraphe. Il ne donne ainsi que 5 informations sur les 30 attendues (au lieu de 11 lors de l'évaluation initiale). Le rappel de l'histoire en entier est en revanche meilleur. Le score (9/13), auparavant en dessous du point d'alerte, se situe désormais au niveau de la moyenne. Il faut souligner que le discours narratif est beaucoup plus fluide que lors de la première évaluation. Néanmoins, il comporte des ajouts d'informations ainsi que plusieurs remarques personnelles.

L'évaluation de la compréhension du texte est bonne (score de 10/12, au-dessus de la moyenne). Cependant, le titre donné à l'histoire met en évidence que l'inférence n'a pas été faite.

c) Questionnaire sur la conscience des troubles

R1 :

Le patient obtient un score de 3/5 au questionnaire sur la conscience des troubles. J.M. estime qu'il comprend bien ses interlocuteurs et que ces derniers le comprennent également bien. Cependant, son discours est peu fluent et les situations de communication sont, au quotidien, peu nombreuses.

Il considère que, depuis son accident, les activités ne sont pas plus difficiles à réaliser à la maison mais se plaint de ne plus pouvoir pratiquer les mêmes loisirs (surtout ceux de nature physique).

R2 :

Les résultats obtenus au questionnaire sur la conscience des troubles restent inchangés (3/5). Le patient estime toujours qu'il se fait bien comprendre et qu'il comprend bien les autres. A l'inverse, il considère aujourd'hui qu'il ne peut plus réaliser toutes les activités du quotidien mais qu'il pourrait recommencer les loisirs qu'il pratiquait avant son accident. Cette réponse est à mettre en lien avec un essai de sortie à vélo, son loisir préféré, qui s'est révélé positif.

3.2.6.2. Evolution en séance

En début de passation du protocole, J.M. dort généralement avant notre arrivée à son domicile et il est donc nécessaire de lui laisser un temps d'adaptation. En outre, le patient a des difficultés à rester concentré durant toute la séance et on note des temps de latence importants qui augmentent au fil de la séance.

Aux deux tiers de la passation du protocole, nous ressentons un désinvestissement de la prise en charge, dont le patient se défend d'abord avant d'avouer, lors de la seizième rencontre, que les dernières séances lui ont pris trop de temps dans sa journée.

Le patient dit oublier de faire le travail donné à domicile alors que son épouse nous affirme les faire de temps en temps avec lui, à l'oral.

a) Axe lexico-sémantique

Lors des premières séances, J.M. a très peu confiance en lui, ce qui explique en partie les temps de latence importants et sa lenteur d'exécution. Il a besoin d'être rassuré sur ses capacités pour pouvoir se prêter plus facilement aux exercices proposés.

Les exercices de synonymie et d'antonymie sont laborieux. Une grande lenteur est constatée en début de prise en charge. Les dérivations lexicales et la recherche de mots de la même famille se révèlent trop difficiles et cela même lors de la dernière séance au cours de laquelle nous reprenons un exercice de chaque type.

Le travail autour des catégories et des champs sémantiques ne lui pose pas de problème et, contrairement aux autres séances du protocole, les réponses sont obtenues rapidement. Cependant, le patient a tendance à limiter le nombre de mots donnés par catégorie sémantique alors qu'il est capable d'en fournir davantage sur demande.

J.M. est très efficace lorsqu'il s'agit de faire deviner des mots en un nombre restreint de termes.

En revanche, il faut préciser que le patient éprouve de grandes difficultés à passer d'une consigne à une autre et a tendance à persévérer sur la consigne précédente. Il est donc nécessaire de donner plusieurs exemples et de rappeler régulièrement la consigne.

b) Axe phrastique

Les temps de latence constatés lors des séances dédiées au travail lexico-sémantique commencent à diminuer à partir de la cinquième séance, principalement lorsque les phrases proposées ont un lien avec le quotidien du patient. De même, nous

observons un maintien de la consigne en cours. J.M. semble donc beaucoup plus à l'aise lorsque nous abordons le travail sur les phrases.

Le recodage d'énoncés est un exercice difficile pour J.M. qui parvient à donner un synonyme pour un seul des termes de la phrase. Il est alors nécessaire de décomposer la phrase en fragments afin d'obtenir un synonyme pour chacun des termes.

Lorsqu'il s'agit de compléter des phrases, J.M. a tendance à employer souvent les mêmes mots et éprouve des difficultés à envisager plusieurs solutions possibles.

Le classement des connecteurs nécessite un étayage de notre part. En effet, le patient réalise spontanément des confusions entre cause et conséquence. Cependant, il est capable de les réutiliser en séance lorsqu'il s'agit d'imaginer une cause et une conséquence à la situation proposée.

Enfin, le travail sur les scripts est bien réussi et J.M. parvient à détailler certaines tâches avec beaucoup de précision sans donner d'étapes inutiles. Mais, dès qu'il s'agit de se limiter à 3 ou 5 étapes pour réaliser une action, J.M. est alors incapable de choisir les étapes indispensables.

c) Axe discursif

L'exercice de résumé de texte est globalement réussi mais J.M. est parfois gêné par ses difficultés de mémorisation qui lui font omettre certaines informations.

L'activité de description d'images s'avère particulièrement difficile car J.M. s'attache d'abord à décrire les détails plutôt qu'à faire une présentation générale. De plus, il ne réussit pas à se mettre à la place du personnage et ne peut donc ni interpréter ni laisser libre cours à son imagination.

De même, lorsqu'on lui présente des scènes de la vie quotidienne (*Mais qu'est-ce qu'ils disent ?*), il peut attribuer les répliques proposées aux différents personnages, à condition qu'elles s'adressent à un autre personnage et ne soient pas une pensée

intériorisée. Avec du temps, il parvient à inventer les paroles des différents individus présents sur l'illustration.

Lorsqu'il s'agit de dire les choses en se mettant à la place d'un personnage, J.M. n'arrive pas à faire directement le dialogue. Il doit nécessairement passer par une description de la manière dont va répondre la personne avant de pouvoir vraiment dialoguer. Enfin, il n'arrive pas à adapter son écrit à son interlocuteur : il utilise le même contenu pour chaque carte postale et le vocabulaire diffère peu ou pas.

d) Axe pragmatique

En situation de jeu de rôle, J.M. ne parvient pas, sans notre aide, à se projeter dans la situation et à imaginer comment il réagirait s'il ne s'agit pas d'une situation déjà vécue. De plus, la prosodie est monotone et J.M. ne peut élever le ton, même si la situation l'exige.

En revanche, il est particulièrement à l'aise lors de discussions autour de sujets d'actualité. Pour la première fois, J.M. est fluent et aucune relance n'est nécessaire. Il est acteur de la discussion, ce qui avait été encore peu le cas jusqu'à présent. En situation de débat, il est capable de donner ses propres arguments pour ou contre, de manière concise, mais il peut difficilement remettre en cause ses arguments en fonction de ceux avancés par son interlocuteur.

Lors des situations écologiques, le patient se montre tout d'abord sceptique quant à l'utilité de ce genre d'exercice et fait preuve de résistance avant de se livrer à l'activité. Il liste à l'oral les renseignements qu'il souhaite obtenir mais ne les note pas si bien qu'il en oublie. Le ton employé est sec et froid et non plus cordial comme en situation de jeux de rôle. Il utilise très peu de formules de politesse et bougonne lorsque son interlocuteur ne le comprend pas et le fait répéter. J.M. réalise qu'il lui manque certaines informations seulement lorsque nous lui demandons s'il pense avoir obtenu l'intégralité des renseignements.

e) Evaluation par le patient et son entourage après passation du protocole

Les questionnaires remplis par le patient et sa compagne se recoupent sur certains points. Ainsi, ils relèvent tous deux que J.M. est plus à l'aise pour s'exprimer et pour répondre au téléphone. J.M. ne remarque pas qu'il recherche moins ses mots, ni qu'il se répète moins ou qu'il participe davantage aux conversations avec des amis, ce que sa compagne confirme en répondant négativement à ces différents items.

Cependant, leurs avis divergent sur certains items. Ainsi, sa compagne trouve que J.M. a plus d'aisance pour téléphoner et observe qu'il utilise le téléphone plus régulièrement, ce que le patient ne perçoit pas. Contrairement à sa compagne, J.M. note qu'il s'exprime plus clairement, qu'il reste dans le fil de la conversation mais n'a pas remarqué participer davantage aux discussions familiales.

3.2.7. Sujet D.M.

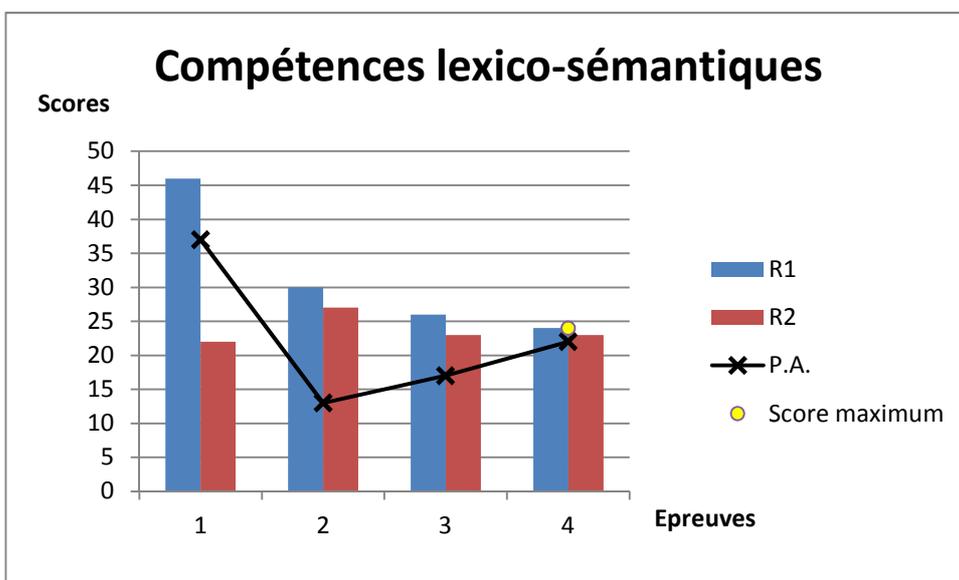
Le patient est âgé de 39 ans. Son traumatisme crânien remonte à 2 ans et demi, à la suite d'un accident de moto. Le Glasgow initial était à 6 et, sur le plan lésionnel, on note une contusion hémorragique frontale droite associée à des pétéchies bilatérales et temporales internes.

D.M. est titulaire d'un CAP. Pour des raisons financières, il vit chez son père. Il est autonome dans les actes de la vie quotidienne et est actuellement en recherche d'emploi.

3.2.7.1. Evaluation de l'informativité du discours

D.M.	Compétences lexico-sémantiques				Compétences discursives		
	1	2	3	4	5	6a	6b
R1	46	30	26	24	26	9	10
R2	22	27	23	23	33	12	11
M	60.10	23.17	25.20	23.20	33.43	9.10	10.13
P10	29.90	13.10	16.20	22.00	32	5	5.20
P.A.	37	13	17	22	32	5	6

a) Compétences lexico-sémantiques



R1 :

Les capacités lexico-sémantiques sont relativement préservées puisqu'une seule épreuve affiche un résultat inférieur à la moyenne. Il s'agit de l'évocation sans contrainte pour laquelle le sujet cite 46 mots (dont 18 dans les 30 premières secondes). Il faut noter tout de même que D.M. réalise 5 répétitions.

Les deux autres épreuves de fluence lexicale (avec critères orthographique et sémantique) sont réussies. D.M. cite 30 mots commençant par P et 26 vêtements, ce qui le situe au-dessus de la moyenne. Cependant, on note là encore plusieurs répétitions.

La décision de lien sémantique entre deux mots est bien réussie (24/24). Mais on note quelques difficultés dans les explications (10/12).

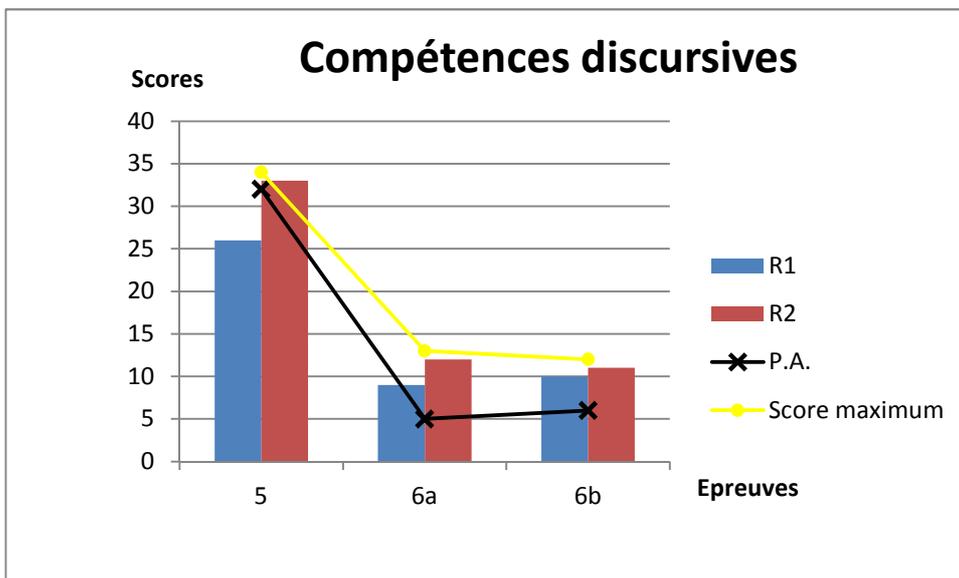
R2 :

Les scores obtenus à ces quatre épreuves sont décevants car ils sont tous inférieurs à ceux de l'évaluation initiale. Le score obtenu à l'épreuve d'évocation lexicale libre se retrouve même désormais bien en-dessous du point d'alerte avec 22 mots cités. Aux épreuves de fluence lexicale avec critères orthographique et sémantique, D.M. donne trois mots de moins que lors du premier bilan. Ces scores demeurent au-dessus du point d'alerte et même au-dessus de la moyenne, pour l'épreuve de fluence lexicale avec critère orthographique uniquement.

Le subtest de jugement sémantique est encore bien réussi (23/24).

L'analyse quantitative des résultats obtenus à ces différentes épreuves permet de mettre en évidence que les capacités lexico-sémantiques de ce patient sont certes relativement préservées mais aussi quelque peu instables dans le temps. En revanche, d'un point de vue qualitatif, il faut souligner une amélioration des performances. Lors de cette seconde évaluation des fluences lexicales, on note ainsi une seule répétition de mots dont le patient se rend compte aussitôt (on en comptait 7 lors de l'évaluation initiale). Et il est maintenant capable de mettre en œuvre une stratégie d'imagerie mentale efficace qui lui permet de citer entre 5 et 7 mots par catégorie sémantique explorée (contre 3 mots maximum par catégorie lors du bilan initial). Pour l'épreuve d'évocation lexicale avec critère orthographique, D.M. procède par association de lettres successives et propose des mots commençant par /pa/ puis par /pi/, /po/...

b) Compétences discursives



R1:

En situation conversationnelle, le patient éprouve des difficultés à exprimer ses idées de façon précise. Il lui arrive de mal comprendre ce qu'on lui dit, de perdre le fil de la conversation et de changer de sujet. D.M. confond notre conversation avec celle qu'il a eue précédemment avec la secrétaire, ce qui le conduit à omettre de préciser des éléments essentiels à une bonne compréhension. Le contact visuel est quelquefois inconstant. Le débit est ralenti par de nombreux achoppements. D.M. obtient 26/34 alors que le seuil pathologique est à 32.

Lors de l'épreuve de rappel paragraphe par paragraphe de l'histoire, le sujet ne restitue que 10 idées principales (sur les 17 attendues) et ne rappelle aucune information complémentaire. En revanche, il donne des informations erronées et ne peut s'empêcher de faire des commentaires sur le texte.

Le rappel de l'histoire en entier donne un score de 9/13, situé au niveau de la moyenne. On note également des remarques personnelles et l'ajout d'informations.

La compréhension du texte est globalement correcte, même si le score de 10/12 le place juste en dessous de la moyenne, et la proposition de titre montre que l'inférence a été faite par le patient.

R2 :

On constate une nette amélioration des compétences discursives sur les trois épreuves proposées. C'est le subtest du discours conversationnel qui affiche la plus forte progression avec un score de 33/34, supérieur au point d'alerte (32). Le patient exprime désormais ses idées de façon précise, n'a plus tendance à changer de sujet ou à perdre le fil de la conversation. Seul le contact visuel peut encore être inconstant par moment.

L'épreuve de rappel de l'histoire paragraphe par paragraphe est également mieux réussie. D.M. parvient à rappeler davantage d'informations : 12 idées principales sur 17 (+ 1 ET, contre + 0,3 ET en R1) et 15 informations sur 30 (+ 0,7 ET, contre – 0,5 ET en R1). D'un point de vue qualitatif, on constate que la chronologie de l'histoire est désormais respectée et qu'aucune information n'est rajoutée.

Une seule idée manque au rappel de l'histoire en entier, ce qui permet à D.M. d'obtenir un score de 12/13, situé bien au-dessus de la moyenne. La chronologie de l'histoire est là encore bien respectée mais D.M. ajoute des informations traduisant les pensées intérieures de Michel ou de son voisin. Il commet également quelques erreurs mais s'auto-corrige spontanément.

Le titre donné à l'histoire traduit l'inférence. La compréhension du texte est tout à fait correcte (11/12), le sujet se situant désormais au-dessus de la moyenne.

c) Questionnaire sur la conscience des troubles

R1 :

Le questionnaire sur la conscience des troubles donne un total de 5/7, ce qui prouve que le patient n'a pas conscience de l'ensemble de ses troubles de la communication. Il se dit capable de retourner travailler même s'il évoque des difficultés aux niveaux physique et cognitif (mémoire en particulier). Il ne fait aucun doute pour lui que les autres le comprennent toujours bien alors même que nous avons éprouvé des difficultés à

comprendre ses explications relatives à son parcours professionnel ou à ses séquelles sur le plan physique.

R2 :

D.M. obtient le même score. Il ne note pas de changements dans sa façon de communiquer avec les autres. Cependant, il reconnaît désormais avoir des difficultés à trouver un sujet de conversation pour entamer la discussion, que ce soit avec un interlocuteur habituel ou non.

3.2.7.2. Evolution en séance

D.M. investit bien les activités proposées, à la fois en séance et à domicile, et n'oublie jamais de ramener le travail qu'il a réalisé chez lui. En revanche, les séances ne sont pas toujours régulières dans le temps car D.M. privilégie l'organisation de sa vie personnelle à la rééducation orthophonique. Il lui arrive de se tromper sur l'heure du rendez-vous, d'arriver en avance et de ne pas pouvoir rester jusqu'à l'heure convenue ensemble. Les séances nécessitent alors d'être décalées mais l'ensemble du protocole est réalisé au final sur 10 semaines (au lieu des 8 initialement prévues).

a) Axe lexico-sémantique

D.M. est à l'aise avec les exercices proposés sur les synonymes, les définitions et la polysémie. Le travail sur les antonymes est facilement réalisé lorsqu'il s'agit de noms mais beaucoup moins aisé avec les verbes. Les dérivations lexicales sont réussies lorsqu'il s'agit de passer du verbe au nom mais sont plus difficiles du verbe à l'adjectif ou de l'adverbe au nom, en raison de lacunes dans les notions grammaticales. De même, la catégorisation pose quelques difficultés à D.M. à qui il arrive de donner un exemple ou un synonyme plutôt que la catégorie.

Dans toutes les activités proposées, il faut noter des oublis à mesure de la consigne donnée ainsi que quelques persévérations sur la consigne précédente. Si D.M. trouve rapidement la réponse attendue, la consigne est conservée en mémoire. En revanche, s'il hésite sur la réponse à fournir, alors il a tendance à perdre la consigne.

Pour certaines activités, comme trouver des mots de la même famille, le patient a besoin de plusieurs exemples avant de pouvoir commencer l'exercice.

Les situations de jeu sont très bien investies par D.M. qui n'hésite pas à aller au-delà de la consigne en proposant par exemple 11 mots (au lieu des 8 demandés) pour *Unanimo*. Il se corrige de lui-même si besoin et propose la catégorie et différentes caractéristiques pertinentes relatives au mot figurant sur la carte piochée.

b) Axe phrastique

D.M. réussit très bien à compléter les phrases simples mais commet quelques erreurs sur les phrases complexes.

Le classement des connecteurs et surtout l'utilisation de ces derniers dans des exercices de complétion de phrases n'ont pas posé de difficultés particulières. Le patient est également très à l'aise dans l'élaboration de phrases à partir de mots imposés, quelle que soit la distance sémantique entre ces mots.

D.M. réussit bien les activités relatives aux scripts, principalement lorsqu'il s'agit de supprimer les étapes non nécessaires à la réalisation de la tâche ou de les élaborer lui-même. La remise en ordre des étapes données est plus difficile lorsque le nombre d'étapes est important ou lorsque la séquence d'actions ne fait pas partie du quotidien du patient. Dans ce cas, le sujet s'énerve et abandonne l'activité.

Les situations de jeu (*Taboo et Qui est-ce ?*) ne posent pas de difficultés au patient.

Les exercices donnés à faire à la maison sont, dans l'ensemble, moins bien réussis qu'en séance. On voit là toute la nécessité pour D.M. que la consigne soit expliquée et répétée à plusieurs reprises avant de démarrer l'activité. Sans étayage, le patient a tendance à renoncer.

c) Axe discursif

D.M. repère les incongruités dans les phrases écrites par les journalistes. Pour les résumés, plus le texte initial est long et moins le patient produit de phrases. Il oublie ainsi des éléments et ne parvient pas à choisir entre trop et trop peu d'informations. Ainsi, la description de tangrams est très limitée et il est souvent nécessaire de demander des informations complémentaires pour découvrir son choix. De même, D.M. a bien perçu la distinction entre les différentes notions de description, d'interprétation et d'extrapolation mais a besoin d'être stimulé pour trouver des exemples correspondants. Lorsqu'il s'agit de décrire un dessin de sa composition pour le faire reproduire par l'interlocuteur, D.M. donne davantage de détails mais a tendance à ne pas structurer sa description et, par conséquent, se perd entre les détails réellement donnés et ceux qu'il pense avoir donnés. Le dessin de *Drôles de bobines !* est beaucoup mieux expliqué et peut être reproduit fidèlement.

Le travail réalisé en séance et à la maison sur la précision de l'information permet à D.M. de progresser lors des deux dernières séances dédiées à la construction du discours. Ainsi, on peut noter une bonne description des scènes de *Mais qu'est-ce qu'ils disent ?* ainsi que des propositions de répliques adaptées aux différents personnages composant la scène. De même, il parvient à trouver facilement un aspect négatif à une situation favorable (et inversement, à condition de lui préciser qu'il peut commencer sa phrase par "heureusement"). Si la situation est proche de ses préoccupations, il parvient à dire ou écrire en lieu et place du personnage avec une intonation et un style discursif tout à fait adaptés. En revanche, si la situation est trop éloignée de son vécu personnel, D.M. est incapable de se mettre à la place du personnage.

d) Axe pragmatique

Le patient s'investit bien y compris lorsque le travail proposé porte sur des situations éloignées de son quotidien. D.M. prend le temps d'analyser les différents jeux de rôle et de les préparer avant de les mettre en scène. Mais il est aussi capable de trouver de nouveaux arguments, tout à fait adaptés, au moment de jouer la scène. Lors de la

description de tableaux ou des débats pour ou contre un thème donné, le patient va à l'essentiel et tient compte des arguments avancés par son interlocuteur pour faire évoluer son analyse.

La première situation écologique est amenée par le patient qui évoque une situation de communication lui posant problème, à savoir la prise de rendez-vous auprès d'une personne dont il n'est pas certain du numéro de téléphone. Il lui est nécessaire d'écrire les informations dont il dispose et de répéter son texte avant de composer le numéro. Pour cela, nous passons en revue les différents scénarios possibles : numéro de téléphone correspondant à l'interlocuteur souhaité ou non, interlocuteur obtenu immédiatement ou non, prise de rendez-vous possible ou non... De cette manière, D.M. parvient à adapter son discours tout au long de la conversation téléphonique.

Lorsque la situation lui est imposée, le patient essaie d'esquiver la tâche d'appel puis finit par accepter de téléphoner. Il est alors beaucoup plus à l'aise que pour l'appel précédent car il est certain d'obtenir l'interlocuteur souhaité. Et, malgré son absence de prise de notes avant et pendant l'appel, il réunit tous les renseignements souhaités et est capable de les restituer après coup.

La mise en situation à la gare est réussie : D.M. parvient facilement à obtenir et noter les horaires et tarifs demandés. Son comportement et son intonation sont adaptés au contexte.

e) Evaluation par le patient et son entourage après passation du protocole

Les réponses au questionnaire faites par le patient et par son père sont quelque peu ambivalentes. En effet, D.M. et son père n'ont pas remarqué de changements dans sa façon de communiquer. Cependant, à l'exception de l'item "le patient cherche moins ses mots" (pour lequel le proche n'a pas remarqué de progrès), D.M. et son père constatent tous deux une amélioration de l'ensemble des comportements de communication. Cette évaluation qualitative s'avère donc concordante avec les scores obtenus dans les épreuves finales de discours conversationnel et de discours narratif.

3.2.8. Sujet A.V.

Le sujet est âgé de 54 ans. Le traumatisme crânien grave est survenu lors d'un accident du travail, il y a 4 ans, par chute d'une échelle.

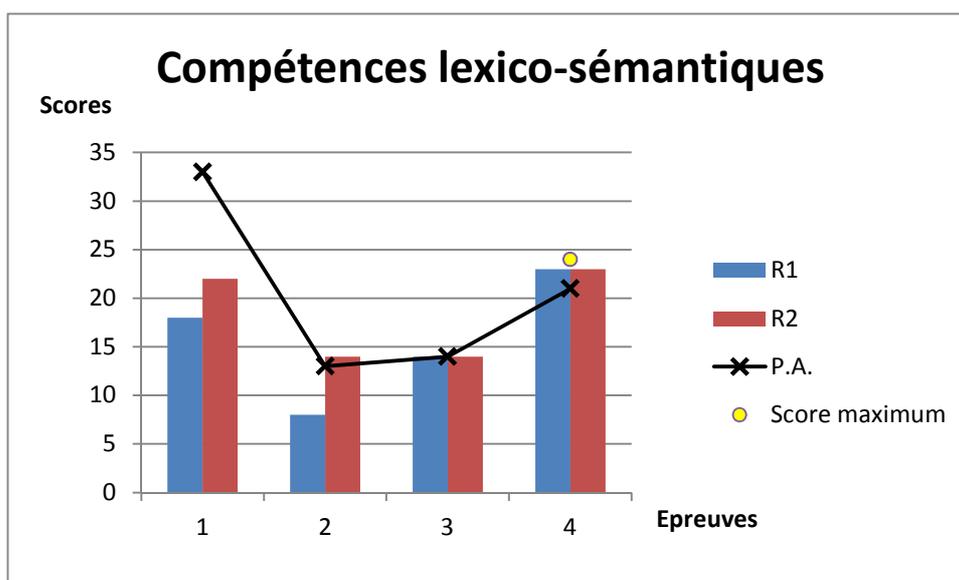
A.V. a présenté une contusion frontale droite avec hémorragie méningée.

Il est titulaire d'un CAP. Il vit avec son épouse, est autonome dans les actes de la vie quotidienne et envisage une réorientation professionnelle.

3.2.8.1. Evaluation de l'informativité du discours

A.V.	Compétences lexico-sémantiques				Compétences discursives		
	1	2	3	4	5	6a	6b
R1	18	8	14	23	24	3	8
R2	22	14	14	23	31	6	11
M	56.53	21.83	24.20	23.20	33.07	9.13	9.87
P10	33	12.20	12.30	21.10	31	5.20	7
P.A.	33	13	14	21	31	5	7

a) Compétences lexico-sémantiques



R1 :

A.V. présente une altération des compétences lexico-sémantiques. En effet, les résultats de trois subtests sur quatre se situent en-dessous ou au niveau du point d'alerte.

Lors de l'épreuve d'évocation lexicale libre, le patient tente de mettre en place une stratégie d'imagerie mentale mais il n'explore pas efficacement chacun des champs sémantiques qui lui viennent à l'esprit et ne donne que 3 ou 4 mots par catégorie. Des difficultés attentionnelles le conduisent à revenir vers les mêmes catégories et donc à répéter les mêmes mots à 4 reprises. Ainsi, il énonce seulement 18 mots (moyenne : 56,53 - PA : 33).

Cinq mots commençant par la lettre P sont cités durant les 30 premières secondes sur un total de 8 mots donnés, ce qui montre une performance très limitée (moyenne : 21,83 – PA : 13). Là encore, on note une répétition.

Enfin, A.V. parvient à énoncer 14 noms de vêtements en 2 minutes, ce qui le place juste au point d'alerte (moyenne : 24,20). Il faut noter une répétition et la production de 8 mots lors des 30 premières secondes, à l'issue desquelles il redemande la consigne de l'épreuve ("Que les habits ?").

Le subtest de jugement sémantique est bien réussi avec un score de 23/24. En revanche, A.V. est en difficulté pour expliquer les liens repérés (6/12, soit – 1,4 ET).

R2 :

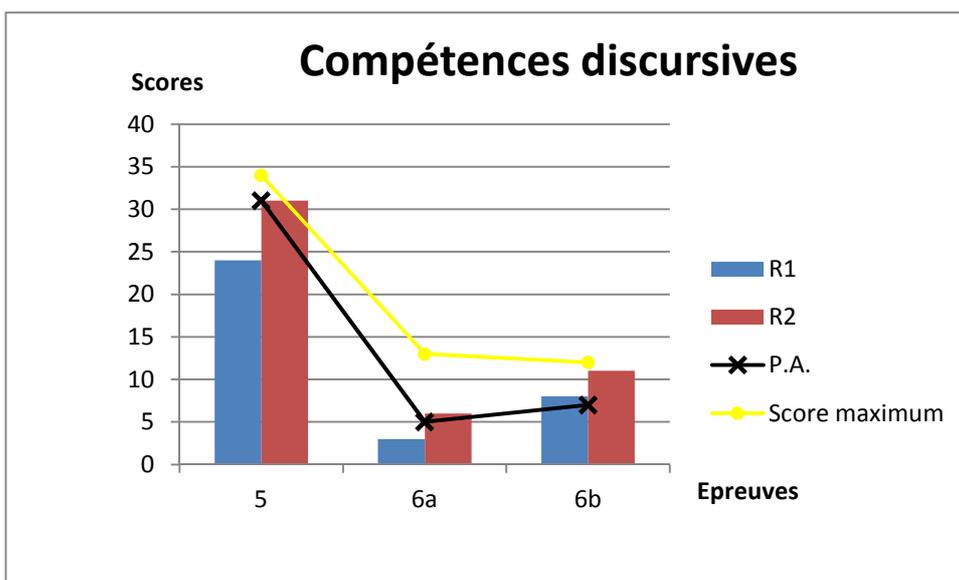
On note quelques progrès au niveau quantitatif mais, d'un point de vue qualitatif, il existe des changements notables.

Lors de l'épreuve d'évocation lexicale libre, A.V. donne 22 mots contre 18 au premier bilan, ce qui le place toujours bien en-deçà du point d'alerte (33). En revanche, il met en place une stratégie plus efficace d'exploration des différents champs sémantiques et est désormais capable de donner de 4 à 5 mots se rapportant à la même catégorie avant de passer à une autre. Il parvient à conserver la consigne donnée tout au long de l'épreuve, ce qui n'était pas le cas initialement, et ne réalise qu'une répétition consciente alors que l'on notait 6 répétitions non conscientes en pré-thérapeutique.

L'épreuve d'évocation lexicale avec critère sémantique donne un score identique à celui de l'évaluation pré-thérapeutique. En revanche, l'épreuve d'évocation lexicale avec critère orthographique affiche de meilleurs résultats qui permettent à A.V. de dépasser le point d'alerte (14 mots donnés – PA : 13).

A l'épreuve de jugement sémantique, A.V. obtient un score identique lors des deux évaluations : il échoue sur le même item. En revanche, nous constatons une progression importante dans l'exactitude des explications de lien sémantique (10/12, soit + 0,2 ET, contre 6/12 la première fois).

b) Compétences discursives



R1 :

En situation conversationnelle, A.V. comprend mal ce qu'on lui dit, notamment le langage indirect et les commentaires humoristiques. Il lui arrive de chercher ses mots, d'exprimer ses idées de façon peu précise et de changer de sujet inopinément. De plus, on note que le patient manque par moment d'initiative verbale et coupe parfois la parole, de peur de lâcher le fil de la conversation. De même, pour pouvoir conserver un débit constant et éviter d'avoir à chercher ses mots ou de se tromper de mots, le patient emploie

très fréquemment des mots génériques de remplissage, comme le mot "truc" qui revient quasiment dans chacune des phrases prononcées. A certains moments, la voix devient monotone. A.V. présente ainsi un score de 24/34, ce qui le situe 7 points en-dessous du seuil pathologique.

Le rappel paragraphe par paragraphe de l'histoire est échoué (8 idées principales sont rappelées sur 17 et seulement 9 informations sur les 30 attendues, ce qui situe le patient à respectivement - 0,6 et - 0,9 ET).

Le rappel de l'histoire en entier est encore moins bien réussi. Le patient n'ayant pas bien compris la consigne de l'exercice, il est nécessaire de la repreciser en cours d'épreuve. Mais, malgré cela, A.V. ne restitue que 3 idées principales sur 13. Ce score le situe ainsi 2 points en-dessous du point d'alerte et à - 2,4 ET de la moyenne. Il faut noter que A.V. omet des marqueurs de relation et des informations essentielles à la compréhension de l'histoire, utilise des référents imprécis et donne des informations erronées.

A.V. donne un titre qui démontre que l'inférence a été faite, même s'il demeure relativement vague. Les 8 réponses correctes sur 12 (ce qui situe le sujet entre la moyenne et point d'alerte) confirment que la compréhension du texte reste à affiner. Tout un pan de l'histoire a en effet été omis.

R2 :

On note une très nette amélioration du comportement en situation conversationnelle. Ainsi, s'il lui arrive encore parfois de chercher ses mots ou d'exprimer ses idées de façon peu précise, le patient n'a plus tendance à changer de sujet inopinément et, surtout, il emploie des termes adaptés dans ses phrases et non plus le mot générique "truc" qu'il utilisait à tout va. On ne remarque plus de troubles de la compréhension et la situation de conversation est donc beaucoup plus aisée, même si A.V. demeure peu bavard. Le score de 31/34 situe désormais le patient au niveau du point d'alerte.

Le rappel paragraphe par paragraphe de l'histoire est également beaucoup mieux réussi : seules 3 idées principales sont omises dans la restitution et A.V. parvient à rappeler 20 informations sur les 30 attendues (+ 1,2 ET).

Pour le rappel de l'histoire en entier, le patient réalise tout d'abord un résumé très succinct qui ne précise pas le cadre de l'histoire ni l'élément déclencheur. Puis, il se reprend et intègre les éléments précédents manquants mais il omet d'indiquer la réaction de Michel à la fin de l'histoire. Il restitue ainsi 6 idées principales sur les 13 attendues, ce qui le situe désormais 1 point au-dessus du point d'alerte.

A.V. répond correctement à 11 questions sur 12 et le titre qu'il donne démontre que l'inférence a été faite.

c) Questionnaire sur la conscience des troubles

R1 :

A.V. obtient 2/7. Il semble donc conscient de ses difficultés de communication et d'adaptation tant au niveau du travail que des activités réalisées à domicile. Il précise qu'il a tendance à ne plus téléphoner à ses amis et n'a plus "envie de voir du monde".

R2 :

Le score global obtenu reste inchangé. Cependant, il est intéressant de remarquer que A.V. ne répond pas de la même façon aux questions posées. Ainsi, on peut noter une prise de conscience de ses difficultés sur le versant expressif. En revanche, il faut souligner que A.V. est désormais plus en confiance et peut maintenant envisager de reprendre une nouvelle activité professionnelle avec des aménagements ainsi que la majeure partie des loisirs qu'il pratiquait avant son accident.

3.2.8.2. Evolution en séance

A.V. n'a jamais bénéficié de prise en charge orthophonique. Il est conscient de ses difficultés et porte intérêt à cette proposition de protocole de rééducation. Pour des raisons financières et parce qu'il habite loin, A.V. ne peut se rendre deux fois par semaine aux

séances. Il est donc convenu ensemble, dès le départ, de grouper les deux séances hebdomadaires de façon à réduire les déplacements. A.V. se montre assidu et investit très bien les séances ainsi que le travail à domicile.

a) Axe lexico-sémantique

A.V. réussit bien les activités portant sur les synonymes, les définitions, la catégorisation, les dérivations lexicales et les champs sémantiques. Il est plus en difficulté avec les antonymes car il persévère sur la consigne précédente et donne des synonymes. Cependant, au fur et à mesure des séances, l'alternance de consignes devient possible.

En situation de jeu, A.V. parvient à réemployer les notions vues en séance. Pour le jeu *Unanimo*, il donne de lui-même la catégorie ainsi que des mots en relation avec le mot figurant sur la carte, même s'il ne parvient à donner que 7 mots à chaque fois, au lieu des 8 demandés. Quand il s'agit de faire deviner un mot en proposant quatre mots seulement, A.V. s'auto-corrige s'il n'a pas donné la catégorie à laquelle le mot mystère appartient.

Il est nécessaire de souligner que les consignes sont moins bien respectées lors des exercices réalisés à domicile plutôt qu'en séance.

b) Axe phrastique

La complétion de phrases est réussie mais A.V. propose des fins de phrases très succinctes. On note une certaine lenteur dans la réalisation des exercices, notamment lors des activités de complétion d'expressions et de recherche de mots à double sens. En outre, il est persuadé d'avoir raison sur certains items et refuse nos propositions.

Tous les exercices portant sur l'emploi des connecteurs sont corrects. Et, même si A.V. a tendance à compléter les phrases par l'utilisation de la forme impérative, il est aussi capable d'allonger ses constructions de phrases sur demande.

Le patient réussit également facilement à imaginer une cause et une conséquence à chaque situation proposée ou encore à élaborer une phrase à partir de mots imposés, à condition que ceux-ci soient sémantiquement proches les uns des autres. A.V. est également à l'aise sur les exercices concernant les scripts.

Le patient juge les situations de jeu difficiles mais il se montre performant.

Comme lors des quatre premières séances, A.V. a beaucoup plus de difficultés pour réaliser les exercices seuls à domicile. Ceux qui sont réussis en séance sont échoués ou non faits à la maison. Il est alors nécessaire de faire le premier item de chaque exercice en séance afin que A.V. puisse reprendre l'exercice une nouvelle fois à la maison. Cependant, cela ne suffit pas toujours. L'élaboration de phrases à partir de mots distants sémantiquement les uns des autres est impossible à réaliser par le patient qui assure ne pas voir le rapport entre les mots qui lui sont proposés.

c) Axe discursif

A.V. parvient facilement et rapidement à repérer les erreurs du journaliste. On note une bonne compréhension de lecture qui lui permet d'avoir une vision globale du texte lu et de pouvoir le résumer en quelques phrases. A.V. a toutefois tendance à être trop succinct mais peut se corriger lorsqu'on lui en fait la remarque. De même, lorsqu'il s'agit de décrire le tangram qu'il a choisi, le patient ne fournit que les caractéristiques essentielles, quitte à ne pas faire de phrases. Il est d'ailleurs parfois nécessaire de demander des précisions pour retrouver le tangram ciblé.

A.V. est également peu prolix lorsqu'il s'agit de travailler, à partir d'une image, les trois niveaux d'expression différents (la description, l'interprétation et l'extrapolation), de décrire des scènes de *Mais qu'est-ce qu'ils disent ?* ou encore d'inventer des répliques possibles pour les différents personnages. Il lui est difficile d'avoir une vue globale de l'image, il reste focalisé sur les détails.

Ce n'est que lorsqu'il s'agit de décrire, en séance, un dessin de *Drôles de bobines !* que A.V. comprend qu'il faut donner davantage de détails, sinon son interlocuteur ne peut réaliser la reproduction du dessin. Il parvient alors à structurer sa description en partant du contour du visage pour aller vers les détails intérieurs puis extérieurs et le dessin final est assez fidèle à l'original.

On remarque que, lors de la dernière séance de travail sur l'axe discursif, A.V. est davantage capable de décentration et parvient à se mettre dans la peau du personnage pour dire ou écrire les choses. En revanche, si le style discursif employé est adéquat, il n'en est pas toujours de même pour l'intonation.

d) Axe pragmatique

Comme lors des exercices réalisés dans l'axe discursif, A.V. est tout à fait capable de prendre en considération les propos de son interlocuteur et de faire évoluer ses prises de position par rapport aux thèmes évoqués, que ce soit en situation de débat ou de description de tableau. En outre, il parvient à tenir le rôle d'un personnage dans une situation imposée, même si l'intonation n'est pas toujours adaptée aux arguments avancés.

De même qu'il est performant sur le travail sur les scripts, A.V. analyse correctement les différentes questions à poser successivement de manière à pouvoir réserver des places de spectacle. En dépit de son absence de prise de notes avant de passer l'appel, il a un discours précis et adapté qui lui permet de récupérer les informations demandées. La seconde situation par téléphone (appel à une pharmacie) est refusée par le patient qui propose, à la place, de téléphoner à un concessionnaire automobile pour demander la disponibilité et le tarif d'une pièce détachée particulière. Dans ce domaine qu'il maîtrise, A.V. est très à l'aise, que ce soit pour organiser les conditions de l'appel ou pour poser les questions adéquates.

Pour des raisons pratiques, la situation écologique de la seizième séance ne peut se faire à la gare et se passe donc par téléphone. Une fois la communication établie, le patient pose les questions recensées mais son interlocuteur ne lui laisse pas le temps de prendre

toutes les réponses en notes. A.V. dresse cependant un bilan positif de son appel car il a, malgré tout, obtenu tous les renseignements. On peut noter que, lorsque le patient est face à une situation inhabituelle, il éprouve quelques difficultés à s'adapter.

e) Evaluation par le patient et son entourage après passation du protocole

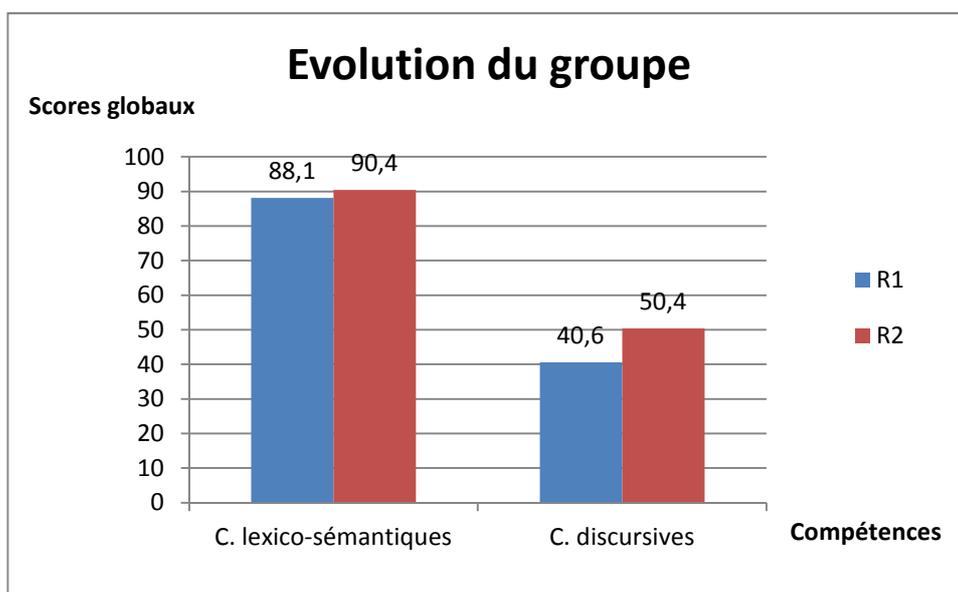
A.V. et son épouse semblent avoir des points de vue relativement divergents quant aux changements opérés dans la façon de communiquer du patient. En effet, alors que Mme V. décrit son conjoint comme quelqu'un qui "reste solitaire", qui "n'aime pas recevoir et prendre contact avec les gens et préfère être seul", le patient note qu'il prend davantage de contacts avec les gens et participe plus aux discussions. Avant de débiter le bilan post-thérapeutique, il donne d'ailleurs des exemples concrets de situations dans lesquelles il se sent plus à l'aise et pour lesquelles il a pris les devants. Ainsi, il téléphone désormais régulièrement à ses amis pour savoir si une sortie est prévue au lieu d'attendre leur appel. En outre, le week-end précédent l'évaluation finale, il a rejoint ses amis pour une sortie, ce qui ne lui était pas arrivé depuis son accident il y a 4 ans.

Cependant, M. et Mme V. sont d'accord pour affirmer que le sujet se répète moins et qu'il semble plus à l'aise au téléphone (que ce soit en réception ou en émission d'appels). Pour les items "cherche moins ses mots", "s'exprime de façon plus précise" et "participe davantage aux conversations au sein de la famille", A.V. note qu'il n'a pas remarqué de modifications alors que son épouse est plus formelle et indique une réponse négative.

A.V. a constaté, comme nous lors de l'épreuve du discours conversationnel, qu'il restait désormais dans le thème de la conversation. Et, contrairement à son épouse, il estime participer davantage aux conversations avec des amis. Il explique cette divergence par le fait que son épouse n'est pas présente lorsqu'il rencontre ses amis ou leur téléphone.

3.3. Evolution du groupe

Pour rendre compte de l'évolution des performances du groupe de patients, nous avons choisi de calculer le score global moyen du groupe pour chacune des compétences. Nous avons ensuite comparé le score R1, obtenu après la première évaluation, avec le score R2 post-thérapeutique.



Nous observons que les performances sont légèrement meilleures en ce qui concerne les compétences lexico-sémantiques alors qu'elles ont particulièrement progressé pour les compétences discursives.

3.3.1. Compétences lexico-sémantiques

A la lecture du tableau des scores aux épreuves lexico-sémantiques [Cf. Annexe 2], nous pouvons relever une augmentation de la moyenne globale du groupe ainsi qu'une diminution du nombre de scores pathologiques sur toutes les épreuves d'évocation lexicale

et de jugement sémantique. En effet, nous comptons 19 scores pathologiques lors de la première évaluation, dont 4 situés sur le point d'alerte. Or il n'y en a plus que 16 lors de l'évaluation post-thérapeutique, dont 4 situés sur le point d'alerte. Cela représente donc une diminution de 20 % du nombre de scores relatifs aux épreuves lexico-sémantiques en deçà du point d'alerte.

A l'épreuve d'évocation lexicale libre, la moitié des patients a de meilleurs scores après avoir bénéficié du protocole, un patient obtient des résultats identiques et 3 obtiennent des scores inférieurs. Cependant, un des sujets énonce effectivement moins de mots en R2 mais son score demeure malgré tout supérieur au point d'alerte. De plus, il est à noter que, pour l'un des autres sujets, le déroulement de l'épreuve a été perturbé par le fait qu'il a énoncé des phrases à la place de mots (bien que la consigne ait été correctement donnée).

La majorité des patients (5/8) obtient de meilleurs scores à l'épreuve des fluences orthographiques lors de la seconde évaluation. Un seul sujet présente un score identique entre les deux évaluations. Les deux sujets qui avaient les scores les plus élevés lors de l'évaluation initiale sont les seuls à afficher de moins bons scores lors de l'évaluation post-thérapeutique. Cependant, leurs scores demeurent à la fois supérieurs au point d'alerte et les deux meilleurs scores du groupe.

C'est l'épreuve d'évocation lexicale avec critère sémantique qui enregistre la meilleure évolution puisque 6 patients voient leur score progresser à cette épreuve. Nous passons ainsi de 7 scores pathologiques sur 8 scores à seulement 4/8 lors de l'évaluation finale. Comme pour le subtest précédent, il faut noter que le seul patient à avoir régressé affiche malgré tout des scores supérieurs au point d'alerte en R1 et en R2.

D'un point de vue qualitatif, on assiste à une nette diminution du nombre de répétitions lors des épreuves d'évocation lexicale pour tous les patients.

Enfin, nous observons une légère amélioration du score relatif au subtest de jugement sémantique pour 3 des patients et une diminution de ce score pour un seul des patients. Le nombre de scores pathologiques passe ainsi de 3 à 2 entre les deux évaluations. Ces données sont à relativiser dans la mesure où 6 patients sur 8 avaient déjà un score de 23/24 ou 24/24 à ce subtest lors de l'évaluation initiale. En outre, il faut préciser que le

jugement de lien de sens entre les mots "évier" et "poêle" est rarement repéré par les patients (seuls 3 patients l'ont identifié au moins une fois).

En revanche, nous notons une nette amélioration des explications de lien de sens. Les 4 patients qui avaient un score inférieur ou égal à 8/12 à ce subtest lors de la première évaluation affichent désormais un score minimum de 9/12. De manière générale, les définitions par l'usage ont laissé la place à un accès à la catégorisation.

3.3.2. Compétences discursives

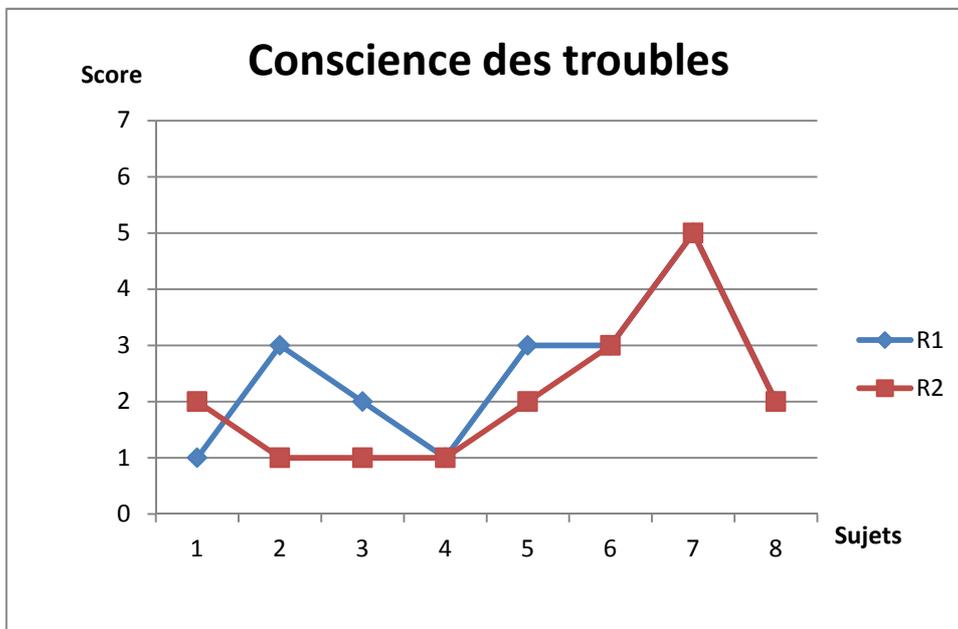
Nous observons une forte augmentation du score global moyen qui passe ainsi de 40,6 à 50,4 entre R1 et R2. Cette augmentation se répartit de façon tout à fait homogène, à la fois entre chacune des trois épreuves et pour chacun des patients. Comme ces trois épreuves admettent chacune un score maximal possible, nous avons pu calculer un taux de réussite global. Le taux de réussite global pour ces compétences est ainsi passé de 68,9 % en R1 à 85,4 % en R2, ce qui représente une évolution très positive.

C'est sur l'épreuve de discours conversationnel que l'intégralité des patients affiche la meilleure progression de score. Le taux de réussite global sur cette épreuve passe ainsi de 75,4 % à 90,4 %. Quant à la moyenne des scores sur ce subtest, elle évolue de 25,6 (R1) à 30,8 (R2) et permet à deux des patients de ne plus présenter un score pathologique. Si l'on excepte le patient J.M. pour lequel les scores en R1 et en R2 progressent peu (et passent de 22 à 25), nous constatons une meilleure homogénéité des scores entre les patients puisque les scores sont désormais compris entre 30 et 33 (en R1, ils s'échelonnaient entre 24 et 29) pour cette même épreuve.

Nous notons également des améliorations systématiques aux épreuves du discours narratif. La moyenne des scores obtenus par les différents patients au subtest de rappel de l'histoire en entier passe ainsi de 6,3 (en R1) à 9,5 (en R2). Le taux de réussite global atteint ainsi 73,1 % en R2 alors qu'il se montait à seulement 51 % en R1. D'un point de vue qualitatif, il est également important de souligner que les comportements de communication déviants sont beaucoup moins nombreux en R2. Quant au subtest de

compréhension, sept patients sur les huit affichent de meilleurs résultats tandis qu'un conserve le même score. Le taux de réussite global pour ce subtest évolue ainsi de 69,8 % en R1 à 84,4 % en R2. Le nombre de scores pathologiques, que ce soit pour l'épreuve de rappel de l'histoire en entier ou pour celle évaluant la compréhension du texte, est divisé par 2 et passe ainsi de 4 à 2.

3.3.3. Conscience des troubles



Les résultats du questionnaire sur la conscience des troubles montrent que 3 patients sur 8 ont pris d'avantage conscience de leurs difficultés. Un patient obtient un score plus élevé lors de la seconde évaluation, ce que nous pouvons expliquer par le fait que le patient a davantage confiance en lui à l'issue du protocole. Enfin, 4 patients obtiennent des scores identiques entre les deux évaluations. Or, pour deux de ces patients, nous constatons une baisse des résultats concernant les compétences lexico-sémantiques tandis que les compétences discursives ont progressé.

Nous assistons donc pour certains des sujets à un affinement de la conscience des troubles. Cependant, peu d'items de ce questionnaire concernent l'informativité telle que nous l'avons définie. C'est pourquoi nous avons créé un questionnaire destiné au patient et à son entourage qui s'intéresse plus spécifiquement aux troubles de l'informativité sur lesquels nous avons travaillé.

3.3.4. Evolution du groupe à travers le questionnaire (patient et entourage)

Tous les sujets ont rempli leur questionnaire et nous avons récupéré six questionnaires complétés par l'entourage du patient. Les réponses apportées nous permettent d'analyser qualitativement les progrès observés du point de vue du patient et de celui de sa famille. Globalement, les familles constatent des progrès. Les réponses des patients sont positives pour de nombreux items mais sont plus variées.

Les réponses des patients et des familles se recourent sur les items "rester dans le thème de la conversation" (item pour lequel 7 patients sur 8 répondent positivement), "participe davantage aux conversations au sein de la famille" et "semble plus à l'aise pour répondre au téléphone". En effet, pour ces trois items, des progrès sont constatés par les deux parties.

La grande majorité des patients (6/8) considère s'exprimer de façon plus précise et plus claire, comportement sur lequel les familles ont un avis plus mitigé. A l'inverse, alors que 2 familles (sur 6) constatent moins de répétitions dans le discours de leur proche, les patients ne le remarquent pas. L'entourage a tendance à souligner que le sujet est plus à l'aise pour téléphoner mais les réponses des patients eux-mêmes sont variables à ce propos.

Lorsque l'entourage répond négativement aux items "participe davantage aux conversations avec des amis" et "cherche moins ses mots", les sujets eux-mêmes sont d'accord, à l'exception de A.V.

3.3.5. Evolution au cours des séances

Chacun des patients s'est investi dans la prise en charge et s'est rendu avec enthousiasme aux séances à l'exception d'un seul sujet (J.M.) qui a trouvé pesant le travail des dernières séances. Les exercices donnés à faire au domicile sont effectués régulièrement pour six patients sur huit.

3.3.5.1. Axe lexico-sémantique

Pour les séances qui concernent le travail lexico-sémantique, nous observons chez tous les patients des difficultés lorsqu'il y a alternance de consignes. Beaucoup de patients (5/8) persévèrent sur la consigne précédente. Il est nécessaire pour certains de la répéter car elle est régulièrement oubliée. Pour deux patients, nous remarquons des temps de latence importants mais ceux-ci s'expliquent en grande partie par le manque de confiance en eux et diminuent une fois que les patients sont rassurés sur leurs capacités.

La plupart des patients ont été en difficulté lors des exercices de dérivation lexicale. Pour certains, c'est le cas quelle que soit la dérivation alors que, pour d'autres, les difficultés sont marquées uniquement pour certaines catégories grammaticales (telles que les verbes, par exemple). Un autre point commun chez la quasi-totalité des patients concerne l'activité relative aux champs sémantiques, pour lesquels les patients ne donnent qu'un nombre restreint de mots. Enfin, quelques patients éprouvent des difficultés à trouver des synonymes lorsqu'il s'agit de travailler sur des verbes.

3.3.5.2. Axe phrastique

Les temps de latence qui pouvaient être observés chez deux patients lors des séances du premier axe se sont estompés et ils semblent être plus à l'aise avec la manipulation de phrases qu'avec les mots.

La complétion de phrases engendre des difficultés de plusieurs ordres pour certains des patients. Ainsi, deux patients vont moins bien réussir à compléter des phrases qui n'évoquent rien dans leur quotidien, tandis que deux autres ne parviennent pas à ajuster la longueur de leurs phrases, dans un sens comme dans l'autre. La complétion de textes est globalement correcte mais une partie des sujets se précipite pour faire l'exercice sans avoir préalablement lu le texte en entier.

Le classement des connecteurs nécessite un étayage pour la quasi-totalité des patients. Cela s'explique pour certains par de mauvaises connaissances grammaticales et un stock lexical faible. Cependant, la manipulation de connecteurs à l'intérieur de phrases ne pose pas ou peu de problèmes à l'ensemble des patients.

L'exercice de scripts se déroule difficilement pour la quasi-totalité des sujets lorsque les situations ne concernent pas leur vie quotidienne ou lorsque les scripts proposés contiennent trop d'étapes.

Les activités plus ludiques sont appréciées par les patients.

3.3.5.3. Axe discursif

Le repérage des incongruités écrites par le journaliste est bien réussi (sauf, dans le cas d'un patient, lorsque ces incongruités sont fines).

Concernant l'activité de résumé de texte, quelques sujets font un résumé trop long (un autre fait à l'inverse un résumé trop concis). Cependant, dès que nous imposons une contrainte en termes de nombre de phrases, les patients sont alors capables de faire plus court. Deux patients sont en difficulté lorsque les textes sont longs : ils omettent alors des informations importantes.

Certains patients ne donnent pas assez de détails pour permettre de trouver le tangram cible. L'observation peut se généraliser à tous les patients en ce qui concerne *Drôles de bobines !* Pour cette description, les sujets manquent de précision lexicale, n'organisent pas leur description et se perdent ainsi dans les informations qu'ils ont déjà

données et celles qu'ils n'ont pas encore délivrées. La description est bien souvent trop sommaire, ce qui ne permet pas une reproduction à l'identique par l'interlocuteur.

Bien que les patients comprennent la distinction entre description, interprétation et extrapolation, il est nécessaire de donner des exemples pour chaque étape si nous souhaitons que les patients s'y retrouvent.

Enfin, deux patients parviennent difficilement à se mettre à la place de certains personnages et à imaginer leurs répliques, notamment lorsque les situations proposées sont éloignées de celles qu'ils peuvent avoir vécu au quotidien. Cependant, pour ces deux patients, des progrès sont constatés en fin de prise en charge sur cet axe.

3.3.5.4. Axe pragmatique

L'ensemble des patients est à l'aise lors des débats et des jeux de rôle. Cependant des digressions sont observées pour trois d'entre eux. De plus, pour certains, l'intonation n'est pas toujours adaptée selon les situations. Enfin, certains changent facilement d'avis, d'autres éprouvent des difficultés à énoncer des arguments pour l'avis contraire au leur ou à remettre en cause les arguments qu'ils ont avancés.

Concernant les situations écologiques, cinq sujets sur huit refusent, dans un premier temps, de se prêter au jeu. De manière générale, ils sont plus à l'aise dans le cadre des situations en face-à-face. Tous les patients ne prennent pas note des informations qu'ils souhaitent obtenir. A l'inverse, certains vont rédiger un véritable script complet. La moitié du groupe oublie de demander une ou plusieurs informations. Mais ils en prennent généralement conscience d'eux-mêmes et rappellent. Leurs discours sont adaptés et clairs sauf pour deux patients, pour lesquels soit le vocabulaire employé n'est pas approprié à l'interlocuteur soit l'intonation est peu cordiale.

Après l'analyse de ces résultats et l'exploitation des questionnaires, nous pouvons affirmer que la prise en charge à l'aide du protocole que nous avons créé a permis une amélioration de l'informativité des patients. En effet, l'évaluation des compétences discursives montre une forte progression des résultats d'un point de vue quantitatif. En outre, nous constatons que les patients, ainsi que leur entourage, reconnaissent d'une manière globale des progrès dans leur façon de communiquer. Le protocole semble avoir eu surtout un impact positif sur les compétences discursives, compétences pour lesquelles nous avons pu observer une progression globale chez tous les patients. L'amélioration des compétences lexico-sémantiques est plus limitée et les résultats sont surtout plus hétérogènes.

4. DISCUSSION

4.1. Validation des hypothèses

Comme nous l'avons vu précédemment lors de notre analyse du groupe, les 8 patients de notre protocole présentent des troubles de l'informativité, dans la mesure où ils obtiennent tous des scores inférieurs au point d'alerte, ou tout du moins à la moyenne, lors de l'épreuve de discours narratif. Nous avons également souligné de nombreux comportements communicatifs déviants nuisant à la cohérence et à la cohésion du discours.

Tous les patients affichent des scores inférieurs au point d'alerte lors de l'épreuve de discours conversationnel en R1 et 5 patients sur 8 obtiennent au minimum 3 scores inférieurs ou égaux au point d'alerte sur les 4 épreuves lexico-sémantiques en R1. De même, 7 patients sur 8 présentent au minimum 3 scores inférieurs ou égaux à la moyenne de la population du même âge et de la même catégorie socio-professionnelle sur les 4 épreuves lexico-sémantiques en R1.

Tout ceci nous permet ainsi de valider notre première hypothèse selon laquelle le défaut d'informativité du discours résulte de l'existence de troubles lexico-sémantiques, phrastiques et discursifs.

La deuxième hypothèse concerne l'amélioration de l'informativité du discours suite au travail effectué sur les axes lexico-sémantique, phrastique et discursif.

Nous avons vu précédemment que les compétences lexico-sémantiques se sont améliorées puisque la moyenne des scores globaux a progressé de plus de 2 points entre R1 et R2. D'un point de vue quantitatif, nous observons une diminution du nombre de scores pathologiques sur les épreuves lexico-sémantiques. De même, d'un point de vue qualitatif, nous assistons à une nette diminution du nombre de répétitions lors des épreuves d'évocation lexicale pour tous les patients. Enfin, nous notons une forte progression des

scores relatifs aux explications de lien de sens entre les deux mots proposés. Les patients ont ainsi désormais accès à la catégorisation.

Nous pouvons donc affirmer que la prise en charge a permis au patient d'acquérir une meilleure précision lexicale.

Nous avons vu que les compétences discursives étaient celles qui connaissaient la plus forte progression puisque la moyenne des scores globaux a augmenté de près de 10 points. Cette augmentation est homogène que ce soit entre les patients ou entre les différentes épreuves proposées. Le taux de réussite global passe de 51 % à 73 % sur les épreuves de discours narratif. D'un point de vue qualitatif, nous avons souligné que les comportements de communication déviants sont beaucoup moins nombreux en R2. L'analyse des réponses aux questionnaires a également permis de mettre en évidence que 6 patients sur 8 estiment s'exprimer de manière plus précise et plus claire, ce qui est approuvé par la moitié des conjoints.

Tous ces éléments nous permettent de démontrer que le travail spécifique réalisé sur l'élaboration de phrases a eu un impact positif sur la précision et la concision du discours chez les patients.

Enfin, c'est sur l'épreuve de discours conversationnel que l'intégralité des patients affiche la meilleure progression de score. Le taux de réussite globale sur cette épreuve passe ainsi de 75,4 % à 90,4 %. L'étude des questionnaires patient / entourage met en outre en évidence que la majorité des patients affirme chercher moins ses mots et 3 patients sur 8 estiment se répéter moins, ce que leur entourage confirme en partie.

Les activités orientées sur le discours ont ainsi permis d'amener le patient à parler de manière plus aisée, plus organisée, tout en prenant mieux en compte l'interlocuteur.

Nous pouvons donc affirmer que l'hypothèse 2 est validée.

L'hypothèse 3 portant sur l'impact de l'investissement du patient dans le travail à domicile sur les résultats obtenus lors de l'évaluation post-thérapeutique est validée sur le plan des compétences discursives. En effet, les patients qui ont réalisé régulièrement et sérieusement les exercices donnés à faire à domicile présentent tous une progression de 10 points minimum entre les deux évaluations [Cf. Annexe 3]. A l'inverse, les deux patients qui ont peu investi le travail à domicile présentent les progressions de scores les plus faibles (respectivement + 8 et + 4 points entre R1 et R2).

L'impact de l'investissement des patients dans le travail à domicile est moins net sur l'évolution des scores relatifs aux compétences lexico-sémantiques. Ainsi, nous pouvons affirmer que 5 patients sur les 6 qui ont effectué leur travail avec régularité affichent des scores en progression de 3 à 10 points entre R1 et R2. Il est à noter que le seul sujet pour lequel l'investissement dans le travail proposé n'a pas de répercussions sur le score est le patient qui avait le meilleur score aux différentes épreuves évaluant les compétences lexico-sémantiques en R1. Celui-ci continue malgré tout d'avoir des scores supérieurs au point d'alerte pour 3 épreuves sur 4. Nous pouvons donc supposer que le travail à domicile sur l'axe lexico-sémantique n'a pas eu l'impact souhaité sur les résultats observés lors de l'évaluation post-thérapeutique car ce patient présentait déjà de bonnes compétences lexico-sémantiques en R1.

Enfin, seul un patient sur les deux qui ne se sont pas investis dans le travail à faire à domicile présente des scores post-thérapeutiques relatifs à l'évaluation des compétences lexico-sémantiques inférieurs à ceux obtenus initialement.

En conclusion, nous pouvons affirmer que notre troisième hypothèse est validée puisque nous avons souligné un impact positif (ou à l'inverse négatif dans le cas où les patients n'ont pas investi le travail donné) sur les résultats obtenus aux différentes épreuves lors de l'évaluation post-thérapeutique pour 6 patients sur 8 dans le domaine des compétences lexico-sémantiques et pour l'intégralité des patients lors de l'évaluation des compétences discursives.

Aucun élément de l'évaluation réalisée à l'aide du Protocole MEC ne permet d'attester la validité de notre dernière hypothèse qui porte sur la réutilisation des éléments

travaillés dans le cadre de situations écologiques. Cependant, nous avons souligné précédemment qu'en situation écologique la majorité des patients (6 patients sur 8) adopte un discours clair et adapté, à la fois à l'interlocuteur et à la situation proposée. En outre, les réponses apportées aux questionnaires par les patients et leurs familles attestent que les sujets sont capables de reprendre les éléments travaillés dans des situations plus écologiques puisque les patients, ainsi que leur entourage, reconnaissent d'une manière globale des progrès dans leur façon de communiquer. Nous pouvons donc affirmer que l'hypothèse 4 est validée.

4.2. Limites

4.2.1. Population

Notre population comprenait huit sujets, ce qui forme un échantillon de petite taille. Nous avons été dans l'impossibilité de constituer un groupe avec un plus grand nombre de sujets. En effet, en raison des critères de sélection des patients, du nombre de semaines nécessaires à la passation du protocole et aux deux temps d'évaluation, et de la cadence de deux séances par semaine, nous avons été contraintes de nous limiter à un petit nombre de patients.

Chez les traumatisés crâniens il est difficile de réussir à réunir une population homogène de patients, compte tenu des lésions qui sont souvent diffuses, ce qui entraîne des troubles hétérogènes.

Un de nos patients a subi son traumatisme crânien à l'âge de 5 ans et demi. Nous pouvons nous interroger quant à l'impact de ce traumatisme sur le développement du

langage chez ce sujet. Dans ce cas, le travail autour de l'axe lexico-sémantique a pu être biaisé.

4.2.2. Evaluation

Nous pouvons relever l'absence d'épreuves permettant uniquement l'évaluation des progrès effectués suite au travail spécifique de l'élaboration de phrases. Il aurait alors été intéressant de tirer profit du Dice Game, outil proposé par Mac Donald et Pearce (1995) dans le but d'évaluer le discours procédural. Nous aurions ainsi pu relever le nombre de propositions essentielles, insuffisamment informatives, répétées, erronées et superflues avant et après la prise en charge selon le protocole établi pour ensuite les comparer.

Le questionnaire destiné à l'entourage et au patient pourrait être proposé également avant la passation du protocole de façon à pouvoir comparer l'évolution qualitative observée au quotidien. De plus, pour pouvoir exploiter statistiquement les données, il serait pertinent de demander une évaluation à partir d'une échelle graduée.

4.2.3. Méthodologie

Comme nous l'avons précisé précédemment, nous avons été contraintes de choisir un petit nombre de sujets pour constituer notre échantillon. Même si notre étude a révélé les résultats positifs du protocole établi, il serait nécessaire d'étendre l'étude à un plus grand nombre de sujets pour permettre la réalisation d'une analyse statistique. Celle-ci est nécessaire pour annoncer une généralisation des résultats observés.

4.2.4. Protocole

4.2.4.1. Le déroulement des séances

Le choix de deux séances hebdomadaires de prise en charge a constitué une véritable contrainte en termes d'organisation. En effet, pour certains patients, il a été difficile d'obtenir une régularité des séances. En outre, les troubles de mémoire de certains patients ont nécessité un rappel de notre part, ou d'un membre de leur entourage, des dates et horaires de rendez-vous, de façon à éviter des oublis de séances. Cependant, un seul patient a trouvé la période de rééducation longue et le caractère bi-hebdomadaire des séances contraignant.

4.2.4.2. La quantité d'exercices proposés

D'un point de vue général, nous avons constaté avoir inséré un nombre trop important d'exercices pour chacune des séances, principalement en début de protocole. Cependant, les niveaux socio-professionnels de notre échantillon étant hétérogènes, la diversité et la liste importante des exercices nous ont permis d'adapter les activités proposées en fonction du niveau de chacun des patients.

4.2.4.3. La mise en place des situations écologiques

En pratique, la mise en place des situations écologiques nécessite une certaine adaptation.

Pour permettre de mieux cibler les situations invalidantes rencontrées par le patient, nous aurions pu également interroger son entourage proche et proposer ainsi des activités répondant à ses difficultés quotidiennes.

4.2.4.4. Le travail à domicile

Nos observations relatives au travail à domicile sont positives. Il est vrai qu'à la création du protocole, nous ne savions pas si ce travail entre chacune des séances ne demanderait pas un investissement trop important pour le patient, au risque de le démotiver. Il s'avère que la grande majorité des sujets de notre échantillon (6/8) s'est emparée de cet outil qui a permis l'installation d'une continuité entre les séances. Nous avons été étonnées du réel intérêt porté à ce travail par les patients et de leur investissement.

De façon à mesurer le réel impact du travail à domicile, il serait intéressant, dans une étude future, de diviser la population en deux. Ainsi, nous pourrions proposer ce protocole à un groupe test et le même protocole sans travail à domicile à un groupe témoin et comparer l'évolution des résultats sur chacun des groupes.

CONCLUSION

Ce mémoire avait pour finalité de proposer à une population de patients traumatisés crâniens un protocole de rééducation visant la prise en charge des troubles de l'informativité du discours puis d'en évaluer la portée.

La création d'un protocole de rééducation dédié aux troubles de l'informativité a permis d'atteindre plusieurs objectifs. D'une part, cette étude montre que travailler successivement les trois axes lexico-sémantique, phrastique et discursif permet d'améliorer les compétences discursives. D'autre part, elle indique que donner des exercices à faire à domicile peut avoir un réel impact sur l'implication du patient dans la prise en charge et sur les progrès obtenus post-protocole.

La mise en place de situations écologiques permet au patient de réutiliser toutes les compétences travaillées précédemment dans un contexte situé au plus près de ses préoccupations quotidiennes. Elle permet également au patient de prendre conscience de ses troubles et de lui donner les moyens de pallier les situations de handicap rencontrées au quotidien. Pour cela, nous pourrions imaginer ce travail écologique avec la collaboration de l'entourage proche pour mieux cibler les situations invalidantes.

Le déroulement des séances proposé (2 séances de 45 minutes par semaine) peut être facilement adaptable à une prise en charge en libéral correspondant au mieux à la réalité de la pratique orthophonique. Compte tenu du nombre important d'exercices qui constituent le protocole et l'impossibilité de tous les exploiter sur une durée courte telle que les 8 semaines proposées dans cette étude, nous pourrions envisager de prolonger le temps de prise en charge. Nous pourrions ainsi favoriser de plus amples progrès. De plus, il est tout à fait possible d'étoffer ce protocole si nécessaire.

Il serait également intéressant de soumettre ce protocole à un plus grand nombre de patients. De la sorte, nous pourrions généraliser l'impact de celui-ci.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] 2003. *50 nouvelles*. Isbergues : Ortho Edition.
- [2] AUSTIN, J.L., 1970. *Quand dire, c'est faire*. Paris : Seuil.
- [3] BOUHOURS, L., 2000. *En tout sens*. Isbergues : Ortho Edition.
- [4] BOUHOURS, L., POUDRET, H., 2007. *Mais qu'est-ce qu'ils disent ?* Isbergues : Ortho Edition.
- [5] BRIN, F., COURRIER, C., LEDERLE, E., MASY, V., 2004. *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues : Ortho Edition.
- [6] CELERIER, P., 1998. *Supports verbaux en Orthophonie I*. Isbergues : Ortho Edition.
- [7] CELERIER, P., 2004. *Supports verbaux en Orthophonie II*. Isbergues : Ortho Edition.
- [8] CHAROLLES, M., 1995. "Cohésion, cohérence et pertinence du discours" in *Travaux de Linguistique*, 29, 125-151.
- [9] COHADON, F., CASTEL, J-P., RICHER, E., MAZAUX, J-M., LOISEAU, H., 2008. *Les traumatisés crâniens de l'accident à la réinsertion*. Rueil-Malmaison : Arnette.
- [10] CORNU-LEYRIT, A., MILORD, M., MINGUET, Y., 1998. *Mémo pour des idées*. Isbergues : Ortho Edition.
- [11] CORNU-LEYRIT, A., MILORD, M., 2004. *Activation des fonctions cognitives*. Isbergues : Ortho Edition.

- [12] COSNIER, J., DRIOT, A., 2009. *Prise en charge de la communication à partir d'analyses conversationnelles : étude préliminaire concernant deux personnes aphasiques et leur partenaire conversationnel privilégié*. Mémoire d'orthophonie. Université Claude Bernard Lyon 1.
- [13] COSTER, T., COSTER, O., 2003. *Unanimo*. Versailles : Cocktail Games.
- [14] COTE, H., 2008. "Prise en charge clinique des troubles de la pragmatique des individus cérébrolésés droits : notions d'évaluation et de rééducation." in *Actes du Congrès Scientifique International de la FNO : Pragmatique de l'intention... à la réalisation*. 171-179.
- [15] CURALLUCCI, H., TCHERNIACK, V., VION-DURY, J., 2011. *Le traumatisme crânien léger ou modéré : un handicap négligé*. Marseille : Solal.
- [16] DARDIER, V., 2004. *Pragmatique et pathologies : Comment étudier les troubles de l'usage du langage ?* Paris : Bréal.
- [17] DARDIER, V., BERNICOT, J., 2000. "Les troubles de la communication consécutifs aux lésions frontales : l'exemple de la situation d'interview" in *Revue de Neuropsychologie*, 10, 2, 281-309.
- [18] *Drôles de bobines !* Gagny : Editions pédagogiques du Grand Cerf.
- [19] GIROIRE, J.M. "Le rôle des orthophonistes auprès des traumatisés crâniens" in *Glossa* 7, 1, 4-10.
- [20] GRICE, H.P., 1975. "Logics and Conversation, Syntax and Semantics" in *Speech Acts*. Academic Press. 41-58.
- [21] HERSCH, B., 1990. *Taboo*. Springfield : MB.

- [22] JAGUIN, K., 2008. *Pertinence de l'utilisation d'un outil linguistique pour l'évaluation de troubles pragmatiques chez l'enfant lors d'un échange conversationnel : étude de cas d'un enfant présentant une dysharmonie psychotique et des troubles autistiques*. Mémoire d'orthophonie. Faculté de médecine de Nantes.
- [23] JOANETTE, Y., 2008. "Impact sur les habiletés pragmatiques des lésions cérébrales chez l'adulte." in *Actes du Congrès Scientifique International de la FNO : Pragmatique de l'intention... à la réalisation*. 159-166.
- [24] JOANETTE, Y., SKA, B., COTE, H., 2005. *Protocole MEC : Montréal d'Evaluation de la Communication*. Isbergues : Ortho Edition.
- [25] KERBRAT, A., 2011. "Evaluation des troubles de compétences de communication des sujets traumatisés crâniens graves : premiers travaux de validation de la grille d'observation de la communication pragmatique (GOCP) chez 28 sujets traumatisés crâniens graves en situation écologique" in *26^{ème} Congrès de Médecine Physique et de Réadaptation*. Boulogne Billancourt : Santor Edition.
- [26] KERBRAT-ORECCHIONI, C., 2008. *Les actes de langage dans le discours. Théorie et fonctionnement*. Paris : Armand Colin.
- [27] LAMBERT, J., 2001. "Le langage: un carrefour d'interactions cognitives" in *Rééducation orthophonique*, 208. Paris : FNO.
- [28] LASSERRE, J.P., BOUZIGUES, J.Y., CLAMENS, J., LACARRERE, C., RICAVY, M., "Estimation neuropsychologique et prise en charge par l'orthophoniste de patients traumatisés crâniens graves" in *Glossa*, 4, 2, 12-26.
- [29] LECUIR, M.L., 2007. *Communication et dysfonctionnement exécutif du sujet traumatisé crânien*. Mémoire d'orthophonie. Faculté de médecine de Nantes.

- [30] LE GUILLOU, L., 2010. *Création d'un protocole de rééducation des troubles de la pragmatique du langage chez le traumatisé crânien*. Mémoire d'orthophonie. Faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers.
- [31] LELOUP, G., 2008. "Enigmatique pragmatique" in *Actes du Congrès Scientifique International de la FNO : Pragmatique de l'intention... à la réalisation*. 1-9.
- [32] MAZAUX, J.M., BARAT, M., JOSEPH, P.A., GIROIRE, J.M., CAMPAN, M., MOLY, P., 1997. "Troubles du langage, de la parole et de la communication verbale après traumatisme crânien grave", in *Glossa*, 58, 22-29.
- [33] MENU, M., 2006. *Le fil*. Isbergues : Ortho Edition.
- [34] MEULEMANS, M., AZOUVI, P., COYETTE, F., AUBIN, G., 2004. *Neuropsychologie des traumatismes crâniens légers*. Marseille : Solal.
- [35] MOULINIER, A., 2001. *Sur le bout de la langue*. Isbergues : Ortho Edition.
- [36] PETER-FAVRE, C., 2002. "Neuropsychologie et pragmatique" in *Psychologie de l'interaction*. 13-14, Paris : L'Harmattan.
- [37] PETER-FAVRE, C., 2002. "Discours et conversation chez les traumatisés crâniocérébraux" in *Pragmatique et psychologie*. Nancy : Presse Universitaire de Nancy. 281-304.
- [38] ROSSI, J-P., 2006. *Psychologie de la mémoire*. Bruxelles : De Boeck.
- [39] ROUSSEAU, T., 2004. *Les approches thérapeutiques en orthophonie. Tome 4. Prise en charge orthophonique des pathologies d'origine neurologique*. Isbergues : Ortho Edition.

- [40] SAMSON, D., 2001. "Evaluation et rééducation des troubles sémantiques" in *Actualités en pathologie du langage et de la communication*. AUBIN, G., BELIN, C., DAVID, D., de PARTZ, M-P., Marseille : Solal. 103-129.
- [41] SIGOUIN, S., 2007. *Intervention pour la compréhension des actes de langages indirects chez les adultes cérébrolésés droits*. Travail de réflexion clinique. Université de Montréal.
- [42] Société Theora Design. 1987. *Qui est-ce ?* Springfield : MB.
- [43] TCHERNIACK, V., BARIELLE, B., KASPRZAK, S., MARTINOD, R., 2007. *Travailler les fonctions exécutives*. Marseille : Solal.
- [44] TROGNON, A., 1992. "L'approche pragmatique en psychopathologie cognitive" in *Psychologie française*, 37. Montrouge : Dunod. 191-202.
- [45] VAN DER LINDEN, M., SERON, X., LE GALL, D., ANDRES, P., 1999. *Neuropsychologie des lobes frontaux*, Marseille : Solal.
- [46] VIGNAUD, A., 2007. *Etalonnage du protocole MEC chez les 18-29 ans : pour une évaluation des troubles de la communication des traumatisés crâniens graves*. Mémoire d'orthophonie. Faculté de médecine de Bordeaux II.
- [47] de WECK, G., ROSAT, M-C., 2003. *Troubles dysphasiques*. Issy-les-Moulineaux : Masson.

Table des annexes

ANNEXE 1 : TEXTE DU DISCOURS NARRATIF	I
ANNEXE 2 : TABLEAU RECAPITULATIF DES RESULTATS AU PROTOCOLE MEC	II
ANNEXE 3 : TABLEAU DE PROGRESSION DES SUJETS ENTRE LES EVALUATIONS R1 ET R2	III
ANNEXE 4 : PROTOCOLE	IV
ANNEXE 5 : LISTE DES CONNECTEURS (SEANCE 6)	XXIII
ANNEXE 6 : TANGRAMS (SEANCE 10)	XXV
ANNEXE 7 : TABLEAUX (SEANCES 11 ET 13)	XXVI
ANNEXE 8 : QUESTIONNAIRE DESTINE A L'ENTOURAGE	XXVIII
ANNEXE 9 : QUESTIONNAIRE DESTINE AU PATIENT	XXIX
ANNEXE 10 : REPONSES OBTENUES AUX QUESTIONNAIRES	XXX

ANNEXE 1 : Texte du discours narratif

(Michel) est un (fermier) (irlandais). Depuis **plusieurs jours**, Michel est occupé à **creuser un puits** dans son **champ**. Le travail est **presque fini**.

Un **matin**, il arrive dans le champ pour **finir de creuser**, mais il remarque que **pendant la nuit**, le (**puits s'est effondré**) et que (le **trou** est à moitié **rempli de terre**). Michel est bien **découragé**. Il (**réfléchit**) pendant quelques minutes puis tout à coup il se dit : “J’ai une (**idée**).” Il enlève son **veston** et son **chapeau**, les place au **bord du puits**, **cache** son **pic** et sa **pelle** et (**grimpe**) dans un **arbre** où il reste (**caché**).

Quelques temps **après**, un **voisin** qui **traversait la ferme** décide de **parler** un peu **avec** son ami **Michel**. En **voyant** le **chapeau** et le **veston**, **il conclut que Michel travaille au fond du puits**.

Il (**s’approche**), (**se penche**), **voit le trou** à moitié **rempli de terre** et il **crie** de toutes ses forces : “**Au secours ! Au secours ! Venez vite les amis, Michel est enterré dans son puits.**” Les **voisins** accourent et commencent à **vider le puits pour atteindre** le malheureux **Michel**.

Quand les voisins ont **à peu près vidé le puits**, **Michel descend de l’arbre, s’approche**, et **dit** aux voisins : “**Merci** infiniment, vous m’avez rendu un vrai service.”

Les mots attendus (ou tout synonyme) sont en gras.

ANNEXE 2 : Tableau récapitulatif des résultats au Protocole MEC

Sujets	Résultats	Compétences lexico-sémantiques					Compétences discursives		
		1	2	3	4		5	6a	6b
C.M.	R1	12	10	8	21	2	24	3	4
	R2	13	10	15	22	9	30	5	6
R.S.	R1	53	21	24	24	12	26	9	9
	R2	49	24	28	24	12	32	11	11
C.G.	R1	38	18	16	21	7	22	9	9
	R2	38	19	24	22	9	25	10	9
P.L.	R1	51	27	24	23	10	29	9	9
	R2	56	25	30	23	11	33	13	12
F.P.	R1	22	10	11	23	9	25	7	9
	R2	25	13	12	23	10	31	10	11
J.M.	R1	18	7	11	23	8	29	4	9
	R2	13	9	14	24	11	31	9	10
D.M.	R1	46	30	26	24	10	26	9	10
	R2	22	27	23	23	10	33	12	11
A.V.	R1	18	8	14	23	6	24	3	8
	R2	22	14	14	23	10	31	6	11

Les scores sont inscrits en gras et en rouge lorsqu'ils correspondent au point d'alerte et en gras noir lorsqu'ils se situent en dessous du point d'alerte. Les chiffres écrits en bleu représentent les scores supérieurs au point d'alerte mais inférieurs à la moyenne.

ANNEXE 3 : Tableau de progression des sujets entre les évaluations R1 et R2

Sujets	Compétences lexico-sémantiques				Total 1	Compétences discursives			Total 2
	1	2	3	4		5	6a	6b	
C.M.	+ 1	0	+ 7	+ 1	+ 9	+ 6	+ 2	+ 2	+ 10
R.S.	- 4	+ 3	+ 4	0	+ 3	+ 6	+ 2	+ 2	+ 10
C.G.	0	+ 1	+ 8	+ 1	+ 10	+ 3	+ 1	0	+ 4
P.L.	+ 5	- 2	+ 6	0	+ 9	+ 4	+ 4	+ 3	+ 11
F.P.	+ 3	+ 3	+ 1	0	+ 7	+ 6	+ 3	+ 2	+ 11
J.M.	- 5	+ 2	+ 3	+ 1	+ 1	+ 2	+ 5	+ 1	+ 8
D.M.	- 24	- 3	- 3	- 1	- 31	+ 7	+ 3	+ 1	+ 11
A.V.	+ 4	+ 6	0	0	+ 10	+ 7	+ 3	+ 3	+ 13

Les progressions de scores écrites en gras sont celles des deux patients qui ont peu investi le travail à domicile.

Pour rappel, les numéros figurant dans ces deux tableaux correspondent aux épreuves suivantes :

1 : Evocation lexicale libre

2 : Evocation lexicale avec critère orthographique (mots commençant par la lettre P)

3 : Evocation lexicale avec critère sémantique (noms de vêtements)

4 : Jugement sémantique

5 : Discours conversationnel

6a : Discours narratif (rappel de l'histoire en entier)

6b : Discours narratif (réponses aux questions)

ANNEXE 4 : Protocole

SEMAINES 1 ET 2

Objectifs : travailler spécifiquement la synonymie, l'antonymie, la catégorisation, la polysémie, la recherche d'intrus sémantiques et les dérivations lexicales de façon à amener le patient à généraliser ses stratégies à d'autres tâches.

Séance 1	
Préalable	Rappels sur : - la prise de conscience du trouble - le déroulement des séances
Activité	Travail sur les mots : synonymes, antonymes, définition, polysémie
Matériel	<i>Supports verbaux II</i> p.135 à 137 <i>Mémo pour des idées</i> p.80 <i>En tout sens</i> p.10, p.40-41-42 et p.61 <i>Supports verbaux I</i> p.40 et p.74-75 <i>Le fil</i> p.11, 17, 19, 41, 47 et 51
Consigne	Trouver un synonyme pour chacun des mots présentés : <i>Supports verbaux II</i> p.135 Trouver le mot de même sens parmi quatre propositions : <i>Mémo pour des idées</i> p.80 Remplacer le verbe faire par un verbe plus approprié : <i>En tout sens</i> p.10 Remplacer les mots dans le texte par des synonymes et ajout d'adverbes à la place des * : <i>En tout sens</i> p.40 Relier les synonymes des deux colonnes : <i>En tout sens</i> p.61 Trouver un antonyme pour chacun des mots proposés : <i>Supports verbaux I</i> p.40 Pour chaque mot, trouver au moins deux significations différentes : <i>Supports verbaux I</i> p.74-75 Relier la définition par l'usage avec le mot concerné : <i>Le fil</i> p.11, 17, 19, 41, 47 et 51
Progressions possibles	Si le patient est très à l'aise avec les activités proposées, alterner les consignes pour chaque item de façon à développer la flexibilité et l'adaptation.

Travail à domicile :

- 2 fiches de *Supports verbaux II* p.136-137 : trouver un synonyme pour chaque mot,
- 2 fiches de *En tout sens* p.41-42 : remplacer les mots dans le texte par des synonymes et ajouter des adverbes à la place des *.

Séance 2	
Préalable	Correction des fiches faites à domicile par le patient et analyse des difficultés éventuelles rencontrées
Activité	Travail sur la catégorisation
Matériel	<i>Sur le bout de la langue</i> p.29 à 31 et 33-34 <i>Supports verbaux II</i> p.75-76 et 77-78 <i>Activation des fonctions cognitives</i> p.46 <i>Mémo pour des idées</i> p.79 <i>Le fil</i> p.103 <i>Unanimo</i>
Consigne	<p>Trouver la catégorie sémantique relative au mot proposé : <i>Sur le bout de la langue</i> p.29-30</p> <p>Pour chaque mot proposé, trouver la catégorie sub-ordonnée puis la catégorie super-ordonnée : <i>Supports verbaux II</i> p.75-76 et 77-78</p> <p>Trouver un mot à partir de la catégorie sémantique proposée : <i>Le fil</i> p.103</p> <p>Evoquer le nom et sa catégorie : <i>Sur le bout de la langue</i> p.33</p> <p>Citer la catégorie à laquelle appartiennent les mots : <i>Activation des fonctions cognitives</i> p.46</p> <p>Trois mots de la même catégorie sont proposés. Il s'agit de trouver un mot complétant la série et la catégorie à laquelle ils appartiennent : <i>Mémo pour des idées</i> p.79</p> <p><i>Unanimo</i> :</p> <p>On pioche une carte sur laquelle figurent un mot et une illustration. Le patient et le thérapeute doivent alors écrire, chacun de leur côté, huit mots en association avec le thème indiqué sur la carte. L'objectif est d'avoir un maximum de mots en commun car les points marqués sont fonction du nombre de mots communs aux différents joueurs (0 point si le joueur est le seul à avoir trouvé un mot, 2 points si deux joueurs ont un mot commun, 3 points si 3 joueurs ont un mot commun...).</p>
Progressions possibles	<p>Si le patient est très à l'aise avec les activités proposées, alterner les consignes pour chaque item de façon à développer la flexibilité et l'adaptation.</p> <p><i>Unanimo</i> : On peut faire intervenir la notion de rapidité en ne laissant qu'une minute pour trouver les 8 mots.</p>

Travail à domicile :

- 1 fiche de *Sur le bout de la langue* p.31 : trouver la catégorie sémantique relative au mot proposé,
- 1 fiche de *Sur le bout de la langue* p.34 : évoquer le nom et sa catégorie.

Séance 3	
Préalable	Correction des fiches faites à domicile par le patient et analyse des difficultés éventuelles rencontrées
Activité	Travail sur les champs sémantiques et les dérivations lexicales
Matériel	<i>Supports verbaux I</i> p.47 à 57, 59 et 61 à 65 <i>Mémo pour des idées</i> p.42-43 et 7 <i>En tout sens</i> p.11, 19 et 68 à 70 <i>Activation des fonctions cognitives</i> p.17 <i>Le fil</i> p.39, 43 et 87 <i>Sur le bout de la langue</i> p.49
Consigne	Trouver des mots de la même famille : <i>Supports verbaux I</i> p.47 à 53 Trouver l'intrus sémantique parmi 4 mots (noms, verbes, adjectifs) : <i>Supports verbaux I</i> p.54, 57 et 59 Dérivations lexicales : à partir d'un verbe, former un nom et un adjectif ; à partir d'un nom, former un adjectif et inversement : <i>Supports verbaux I</i> p.61 à 65 + <i>Mémo pour des idées</i> p.42-43 + <i>En tout sens</i> p.11 et 19 (à partir d'un nom, trouver l'adjectif) Champ sémantique : <i>Activation des fonctions cognitives</i> p.17 et <i>Mémo pour des idées</i> p.7 Répondre à une définition par l'usage : <i>Le fil</i> (sans les solutions) : parties du corps p.39, santé p.43 et polysémie p.87 Relier chaque élément aux sports / transports : <i>En tout sens</i> p.68-69 15 min de jeu : Faire deviner un mot à son interlocuteur en un minimum de mots ou de propositions (pas plus de 10)
Progressions possibles	Si le patient est très à l'aise avec les activités proposées, alterner les consignes pour chaque item de façon à développer la flexibilité et l'adaptation. Jeu : On peut faire passer de 10 à 7 le nombre maximum de mots à donner à l'autre joueur pour qu'il devine le mot mystère. Cela impose au patient de donner des mots prototypiques.

Travail à domicile :

- 2 fiches de *Supports verbaux I* (p.55 et 56) : trouver l'intrus sémantique parmi quatre mots (noms, verbes, adjectifs),
- 1 fiche de *En tout sens* p.70 (*lieux et ses actions*) : relier les items entre eux,
- 1 fiche de *Sur le bout de la langue* (p.49) : chercher un verbe en lien avec chaque nom.

Séance 4	
Préalable	Correction des fiches faites à domicile par le patient et analyse des difficultés éventuelles rencontrées
Activité	<p>6 exercices qui reprennent les activités réalisées lors des 3 premières séances : synonymes, catégorisation, champs sémantiques, dérivations lexicales, recherche d'associations et réponses à une définition par l'usage</p> <p>15 min de jeu : Liste de mots à faire deviner à l'autre personne en n'indiquant que 4 mots (pas de phrases) : observer quel type de mots le patient choisit ; lui conseiller d'évoquer la catégorie, l'utilisation, l'action effectuée, les propriétés, la localisation Ex. pour faire deviner "voiture" : véhicule, route, famille, 4 roues</p>
Matériel	En fonction de ce qui a été fait pendant les séances 1-2-3
Consigne	Cf. séances 1, 2 et 3
Progressions possibles	Cf. séances 1, 2 et 3

Travail à domicile :

En fonction des exercices qui n'ont pas été faits lors des 3 premières séances et des difficultés rencontrées par le patient.

SEMAINES 3 ET 4

Objectifs : développer chez le patient une stratégie d'élaboration de phrases précises et concises. L'information fournie par la phrase doit être à la fois suffisante et pertinente (principes de quantité et de relation dans les maximes de Grice).

Séance 5	
Préalable	Correction des fiches faites à domicile par le patient et analyse des difficultés éventuelles rencontrées
Activité	Travail sur la phrase : complétion de phrases, recodage d'énoncés
Matériel	<p><i>Supports verbaux II</i> p.155-156 <i>Sur le bout de la langue</i> p.76 (“Je vais à la boulangerie pour ...”) et 51 <i>Mémo pour des idées</i> p.25 (expressions) et 63-64 <i>En tout sens</i> p.7 à 9 <i>Le fil</i> (sans les solutions) : Zut p.35, Chouette p.37 <i>Supports verbaux I</i> p. 66 à 69</p> <p>Jeu : <i>Taboo</i></p>
Consigne	<p>Compléter les phrases : <i>Supports verbaux II</i> p.155-156, <i>Sur le bout de la langue</i> p.76 (“Je vais à la boulangerie pour...”), <i>Mémo pour des idées</i> p.25 (expressions), <i>En tout sens</i> p.7 Compléter les expressions (phrases automatiques) : <i>Le fil</i> (sans les solutions) : Zut p.35, Chouette p.37 Trouver une définition par l'usage pour un mot donné : <i>Sur le bout de la langue</i> p.51 Recoder les énoncés : changer un maximum de mots dans la phrase en modifiant le moins possible le sens <i>Supports verbaux I</i> p.66 à 68</p> <p>15-20 min de jeu : <i>Taboo</i> Faire deviner un mot en élaborant des phrases et en ne prononçant pas les mots interdits figurant sur la carte. Le patient ne peut utiliser les gestes car on vise l'informativité du discours verbal. L'objectif est de donner la catégorie du mot à deviner si elle ne fait pas partie des mots interdits.</p>
Progressions possibles	Si le patient est très à l'aise avec les activités proposées, alterner les consignes pour chaque item de façon à développer la flexibilité et l'adaptation.

Travail à domicile :

- 2 fiches de *Mémo pour des idées* p.63 et 64 : compléter la phrase avec un verbe,
- 2 fiches de *En tout sens* p.8 et 9 : compléter la phrase avec un nom approprié,
- 1 fiche de *Supports verbaux I* p.69 : changer un maximum de mots dans la phrase en modifiant le moins possible le sens.

Séance 6	
Préalable	Correction des fiches faites à domicile par le patient et analyse des difficultés éventuelles rencontrées
Activité	Travail sur les connecteurs
Matériel	Liste et tableau des connecteurs : Annexe 5 p. XXIII et XXIV <i>Sur le bout de la langue</i> p.73-74, p.81 à 85, et p.92 <i>En tout sens</i> p.25 <i>Mémo pour des idées</i> p.51 Jeu : <i>Qui est-ce ?</i>
Consigne	Compléter les textes par des noms : <i>Sur le bout de la langue</i> p.73-74. Classer les connecteurs selon leur appartenance aux catégories suivantes : addition, opposition, cause et conséquence pour prendre conscience de la valeur sémantique et logique de chacun des connecteurs. Pour cela, proposer au patient la liste des connecteurs établie et classer ces derniers à l'intérieur du tableau. Relier les 3 morceaux de phrases correspondants afin de former une phrase correcte : <i>Mémo pour des idées</i> p.51 Trouver des fins de phrases en utilisant différents connecteurs (si, après, quand, sinon, malgré, dès que, pendant que, depuis que...) : <i>Sur le bout de la langue</i> p.81-82 Compléter les phrases en ajoutant le connecteur manquant (p.83) ou des mots qui entourent le connecteur (p.92) : <i>Sur le bout de la langue</i> Jeu : <i>Qui est-ce ?</i> Découvrir le personnage mystère de l'autre joueur en posant, chacun son tour, des questions sur les caractéristiques physiques ou vestimentaires du personnage. Seule une réponse "oui" à la question posée permet de rejouer. Au fur et à mesure des réponses collectées, chacun abat, sur son propre plateau de jeu, les cartes qui ne répondent pas au critère donné. Le dernier personnage restant correspond alors au personnage mystère de l'autre joueur.
Progressions possibles	Si le patient est très à l'aise avec les activités proposées, alterner les consignes pour chaque item de façon à développer la flexibilité et l'adaptation. Jeu : <i>Qui est-ce ?</i> Faire verbaliser le patient si celui-ci est en difficulté. Ex : le personnage a-t-il les yeux bleus ? Oui. "Si le personnage a les yeux bleus, alors je garde les cartes avec les personnages ayant les yeux bleus. Donc, j'abats les cartes avec des personnages ayant les yeux marron."

Progressions possibles (suite)	<p>En revanche, si le patient parvient facilement à découvrir le personnage mystère, on peut augmenter le niveau de difficulté du jeu en choisissant chacun deux personnages mystères.</p> <p>Possibilité également de faire deviner un personnage mystère tel qu'un personnage occupant l'actualité ou connu (Jacques Chirac, Benoît XVI, ...)</p>
--------------------------------	---

Travail à domicile :

- 2 fiches de *Sur le bout de la langue* p.84 et 85 : trouver des fins de phrases en utilisant différents connecteurs (si, après, quand, sinon, malgré, dès que, pendant que, depuis que...),

- 1 fiche de *En tout sens* p.25 : remplacer les *** par le nom qui convient.

Séance 7	
Préalable	Correction des fiches faites à domicile par le patient et analyse des difficultés éventuelles rencontrées Rappeler la notion de cause et de conséquence
Activité	Travail sur l'élaboration de phrases
Matériel	<i>Sur le bout de la langue</i> p.91 <i>Travailler les fonctions exécutives</i> p.7-8-9 <i>Supports verbaux II</i> p.163-164
Consigne	Trouver un début de phrase (phrase avec connecteur) : <i>Sur le bout de la langue</i> p.91 Imaginer une (ou plusieurs) cause(s) et une (ou plusieurs) conséquence(s) d'une situation : <i>Travailler les fonctions exécutives</i> p.7-8 Elaboration de phrases à partir d'un ou plusieurs mots imposés (adjectif, adverbe) : <i>Supports verbaux II</i> p.163-164. La difficulté augmente avec le nombre de mots imposés et la distance sémantique entre les mots
Progressions possibles	Pour l'élaboration de phrases à partir d'un ou plusieurs mots imposés, commencer par 2 mots puis augmenter le nombre de mots et la distance sémantique entre les mots. De plus, on peut demander au patient que la phrase contienne une cause ou une conséquence.

Travail à domicile :

- 3 ou 4 situations pour lesquelles le patient trouve une ou plusieurs causes / conséquences : *Travailler les fonctions exécutives* p.8-9,
- Elaboration de 3 ou 4 phrases à l'écrit à partir de mots imposés *Supports verbaux II* p.163-164.

Séance 8	
Préalable	Correction des fiches faites à domicile par le patient et analyse des difficultés éventuelles rencontrées
Activité	Travail sur les scripts
Matériel	<i>Activation des fonctions cognitives</i> p.62, p.54-55 et p.68-70-71 <i>Travailler les fonctions exécutives</i> p.22 à 25 et p.16 à 19
Consigne	Remettre en ordre les étapes nécessaires pour effectuer une tâche : <i>Activation des fonctions cognitives</i> p.62 + <i>Travailler les fonctions exécutives</i> p.22 et 23 Supprimer les étapes non nécessaires à la réalisation d'une tâche : <i>Travailler les fonctions exécutives</i> p.16-17 Expliquer comment effectuer certaines tâches en précisant toutes les étapes nécessaires (les étapes sont à trouver par le patient lui-même) : <i>Activation des fonctions cognitives</i> p.54-55 et p.68-70-71
Progressions possibles	Si le patient arrive facilement à remettre dans l'ordre les étapes, proposer directement l'activité dans laquelle il doit trouver toutes les étapes lui-même.

Travail à domicile :

- 2 fiches de *Travailler les fonctions exécutives* p.24 ou 25 (selon que la première et la dernière étape sont indiquées ou non) : remettre en ordre les étapes nécessaires pour effectuer une tâche,
- 2 fiches de *Travailler les fonctions exécutives* p.18-19 : supprimer les étapes non nécessaires à la réalisation d'une tâche.

SEMAINES 5 ET 6

Objectifs : amener le patient à avoir un discours davantage construit, fluide, respectant la chronologie des faits et tenant compte de l'interlocuteur.

Séance 9	
Préalable	Correction des fiches faites à domicile par le patient et analyse des difficultés éventuelles rencontrées
Activité	Travail de la cohérence et de la cohésion du discours
Matériel	<p><i>50 nouvelles</i> <i>Supports verbaux I</i> p.141 à 144 <i>Supports verbaux II</i> p.147-148 et p.195-196 <i>En tout sens</i> p.101 <i>“Le papillon et les mathématiques”</i> dans <i>Supports verbaux</i> p.180 à 182</p>
Consigne	<p>Des phrases incongrues sont proposées au patient qui doit repérer l'erreur du journaliste : <i>Supports verbaux I</i> p.141-142 Dans des phrases, remplacer les mots soulignés et éviter les redondances et répétitions : <i>Supports verbaux II</i> p.147-148 Deux ou trois textes issus de <i>50 nouvelles</i> (parmi les 8 sélectionnés) sont proposés au patient. Celui-ci doit faire un résumé des informations essentielles (ni trop ni trop peu). Idem à partir d'un texte plus long : <i>En tout sens</i> (p.101) et <i>Supports verbaux II</i> (p.180 à 182 : <i>Le papillon et les mathématiques</i>).</p>
Progressions possibles	<p>On peut imposer au patient un nombre maximum de phrases à ne pas dépasser pour son résumé. Le résumé peut être dit à une tierce personne qui ne connaît pas le texte initial.</p>

Travail à domicile :

- 2 fiches de *Supports verbaux I* p.143-144 : des phrases incongrues sont proposées au patient qui doit repérer l'erreur du journaliste,
- Compléter les histoires à trous : *Supports verbaux II* p.195-196 (le patient choisit le nombre d'histoires à compléter en fonction de la difficulté rencontrée).

Séance 10	
Préalable	Correction des fiches faites à domicile par le patient et analyse des difficultés éventuelles rencontrées
Activité	Travail de la précision du discours
Matériel	Tangrams en deux exemplaires : Annexe 6 p. XXV <i>Supports verbaux I</i> p.150 et p.152 Images type <i>Colorcards</i> <i>Drôles de bobines !</i>
Consigne	<p>Les tangrams (figures abstraites) sont en deux séries identiques : l'une pour le patient, l'autre pour le thérapeute. Le patient doit choisir l'un des tangrams et le décrire à l'interlocuteur de façon à ce que ce dernier devine de quel tangram il s'agit.</p> <p>L'un des joueurs réalise un dessin, le cache puis doit le faire reproduire le plus fidèlement possible à un autre en lui fournissant le maximum d'informations verbales : <i>Supports verbaux I</i> p.152</p> <p>A partir d'une image type <i>Colorcards</i>, il s'agit de travailler trois niveaux différents d'expression : la simple description, l'interprétation puis l'extrapolation : <i>Supports verbaux I</i> p.150</p> <p>Jeu <i>Drôles de bobines !</i> : fiches n° 6 ou 8 (niveau 1) ; 10, 24 ou 27 (niveau 2) et 12, 18 ou 19 (niveau 3).</p> <p>On utilise uniquement les fiches dessin car on ne travaille pas la compréhension mais la cohérence et la précision du discours. Le patient choisit un dessin et doit le faire reproduire le plus fidèlement possible à son interlocuteur en lui fournissant le maximum d'informations verbales.</p>
Progressions possibles	

Travail à domicile :

Un dessin de *Drôle de bobines !* : écrire la description du dessin dans le but qu'une tierce personne puisse la reproduire (le thérapeute suivra les consignes à la séance suivante pour voir si la reproduction correspond).

Séance 11	
Préalable	Correction des fiches faites à domicile par le patient et analyse des difficultés éventuelles rencontrées
Activité	Travail de la prise en compte de ce que pense et / ou dit l'interlocuteur
Matériel	<i>Mais qu'est-ce qu'ils disent ?</i> p.2 (L'incendie), p.10 (A la poste), p.33 (Au marché), p.38 (Dans l'ascenseur), p.19 (A la boulangerie) <i>Travailler les fonctions exécutives</i> : p.45-46 et p.10-11-12 Tableau (à choisir entre <i>New Kids in the Neighborhood</i> et <i>The Young Lady with a shiner</i> de Norman Rockwell) et dessin humoristique de Sempé : Annexe 7 p.XXVI et XXVII
Consigne	Attribuer les différentes propositions aux personnages figurant sur la scène : <i>Mais qu'est-ce qu'ils disent ?</i> p.2 (L'incendie), p.10 (A la poste), p.33 (Au marché) ou p.19 (A la boulangerie) Inventer les répliques qui pourraient être prononcées par les différents personnages figurant sur la scène proposée : <i>Mais qu'est-ce qu'ils disent ?</i> Définir les différentes situations : <i>Travailler les fonctions exécutives</i> p.45-46 : tableau à choisir (Annexe 7 p. XXVII) et dessin humoristique de Sempé (Annexe 7 p. XXVI) Dégager l'aspect positif et / ou négatif d'une situation : <i>Travailler les fonctions exécutives</i> p.10 à 12
Progressions possibles	Si le travail à partir de propositions semble trop facile, passer directement aux situations sans les propositions verbales.

Travail à domicile :

- 2 situations pour lesquelles il faut dégager l'aspect positif et / ou négatif : *Travailler les fonctions exécutives* p.10 à 12,
- Inventer ce que peuvent dire ou penser chacun des personnages : *Mais qu'est-ce qu'ils disent ?* p.38 (Dans l'ascenseur).

Séance 12	
Préalable	Correction des fiches faites à domicile par le patient et analyse des difficultés éventuelles rencontrées
Activité	Travail de la prise de décision et de position par rapport à une situation donnée
Matériel	<i>Travailler les fonctions exécutives</i> p.33-34, p.35-36 et p.37-38
Consigne	Le patient doit se mettre à la place du personnage, dans la situation proposée, et préciser : - comment il dirait les choses s'il était dans le même cas Ex : votre chef vous reproche de ne pas avoir fait votre travail alors que ce n'est pas le cas : <i>Travailler les fonctions exécutives</i> p.33-34 - ce qu'il dirait dans cette situation : <i>Travailler les fonctions exécutives</i> p.35-36 - comment il l'écrirait : <i>Travailler les fonctions exécutives</i> p.37
Progressions possibles	Le patient a peut-être été dans des situations face auxquelles il n'a pas su répondre : lui demander si tel est le cas et travailler en priorité ces situations.

Travail à domicile :

Travailler les fonctions exécutives p.38 : le patient doit se mettre à la place du personnage, dans la situation proposée, et préciser ce qu'il écrirait s'il était dans cette même situation.

SEMAINES 7 ET 8

Objectif : amener le patient à appliquer, en situation écologique, l'ensemble des domaines travaillés pendant les six premières semaines.

Séance 13	
Préalable	Correction des fiches faites à domicile par le patient et analyse des difficultés éventuelles rencontrées
Activité	Travail sur l'élaboration de phrases associée à un comportement adapté (intonation, gestes) tenant compte de l'interlocuteur, de la situation et du support proposé.
Matériel	<i>Travailler les fonctions exécutives</i> p.41-42-43 Article de journal ou tableau (<i>New Kids in the Neighborhood</i> ou <i>The Young Lady with a shiner</i> de Norman Rockwell) : Annexe 7 p.XXVII
Consigne	Jeux de rôle : <i>Travailler les fonctions exécutives</i> p.41-42-43 Lancer une discussion à partir d'un article de journal ou d'un tableau. Le patient doit apprendre à distinguer la description objective de la description subjective.
Progressions possibles	Progressivement, ne plus poser au patient les questions relatives à l'analyse de la situation de façon à ce qu'il s'organise seul (questionnement intérieur).

Travail à domicile :

Demander, par téléphone, les horaires d'ouverture à une pharmacie et connaître le fonctionnement des pharmacies de garde.

Séance 14	
Préalable	Point sur l'appel avec le patient et analyse des difficultés éventuelles rencontrées
Activité	Travail sur la prise de décision et la prise de position par rapport à un thème donné, dans une situation de débat avec un interlocuteur
Matériel	<i>Sur le bout de la langue</i> p.77 <i>En tout sens</i> p.81
Consigne	Pour chacune des situations proposées, le patient doit prendre une (ou plusieurs) décision(s) et justifier son choix : <i>Sur le bout de la langue</i> p.77 ("Que fait-on quand ...il y a une fuite d'eau ?") A partir d'un thème imposé au patient, ce dernier doit débattre avec son interlocuteur en donnant des arguments pour ou contre et tenir compte des arguments avancés par son interlocuteur : <i>En tout sens</i> p.81
Progressions possibles	Si la situation de débat ne lui pose pas de difficultés, faire en sorte d'imposer au patient de défendre un point de vue qui n'est pas le sien.

Travail à domicile :

- 3 thèmes pour lesquels le patient doit écrire des arguments pour ou contre : *En tout sens* p.81,
- Repérer, décrire et analyser quelles sont les situations de communication dans la vie quotidienne les plus invalidantes pour le patient.

Séance 15	
Préalable	<p>Correction de la fiche faite à domicile par le patient et analyse des difficultés éventuelles rencontrées</p> <p>Analyse des situations de communication les plus invalidantes pour le patient dans sa vie quotidienne. Celles-ci seront exploitées en priorité en séance.</p>
Activité	Préparation et réalisation d'une situation écologique avec utilisation du téléphone
Matériel	Téléphone, programme d'une (ou plusieurs) salle(s) de spectacle
Consigne	<p>Le patient doit se repérer dans le programme édité par la salle de spectacle, choisir un ou plusieurs spectacles en fonction de la date du jour puis appeler pour se renseigner sur la disponibilité des places, réserver plusieurs places pour différentes programmations et connaître les différents tarifs applicables à sa propre situation familiale (en couple, avec des enfants, tarif réduit éventuel...).</p> <p>Pour cette première situation, la tierce personne peut être un "faux" ou un vrai professionnel.</p>
Progressions possibles	<p>Si la tierce personne est un "faux" professionnel, elle rappelle le patient pour lui faire part d'une modification. Cela permet de voir la réaction du patient face à l'imprévu.</p> <p>Si le patient est peu à l'aise au téléphone, la prise de rendez-vous téléphonique peut être faite en séance plutôt qu'à domicile.</p>

Travail à domicile :

Prendre un rendez-vous par téléphone et dresser un bilan de cet appel (aspects positifs et difficultés rencontrées).

Séance 16	
Préalable	Analyse des difficultés éventuelles rencontrées par le patient dans sa prise de rendez-vous téléphonique à domicile
Activité	Se rendre à un guichet SNCF ou de gare routière pour obtenir des renseignements en fonction d'une situation établie par le thérapeute
Matériel	Guichet SNCF ou gare routière
Consigne	Le patient doit se renseigner sur les horaires de trajet aller-retour ainsi que sur les tarifs applicables à sa propre situation familiale (en couple, avec des enfants, statut éventuel de personne handicapée...). Pour cela, un certain nombre de contraintes lui sont préalablement fournies : dates et lieux de départ et d'arrivée, horaires de départ non modulables qui nécessitent une prise de décision par le patient. Ex. de contrainte : "Comme je finis mon travail vers 18h30, je ne peux pas être à la gare avant 19h" alors que le dernier train de la journée part à 18h44 et impose soit de demander à quitter son travail plus tôt ce soir là, soit de prendre un train le lendemain matin.
Progressions possibles	Le thérapeute peut se tenir à plus ou moins de distance du patient selon la sensibilité au stress de ce dernier et sa capacité d'adaptation à l'interlocuteur.

Travail à domicile :

- Remplir le questionnaire relatif aux modifications de comportement communicationnel constatées,
- Faire remplir par quelqu'un de son entourage (conjoint, parent, ami proche) le questionnaire similaire destiné à l'entourage.

ANNEXE 5 : Liste des connecteurs (séance 6)

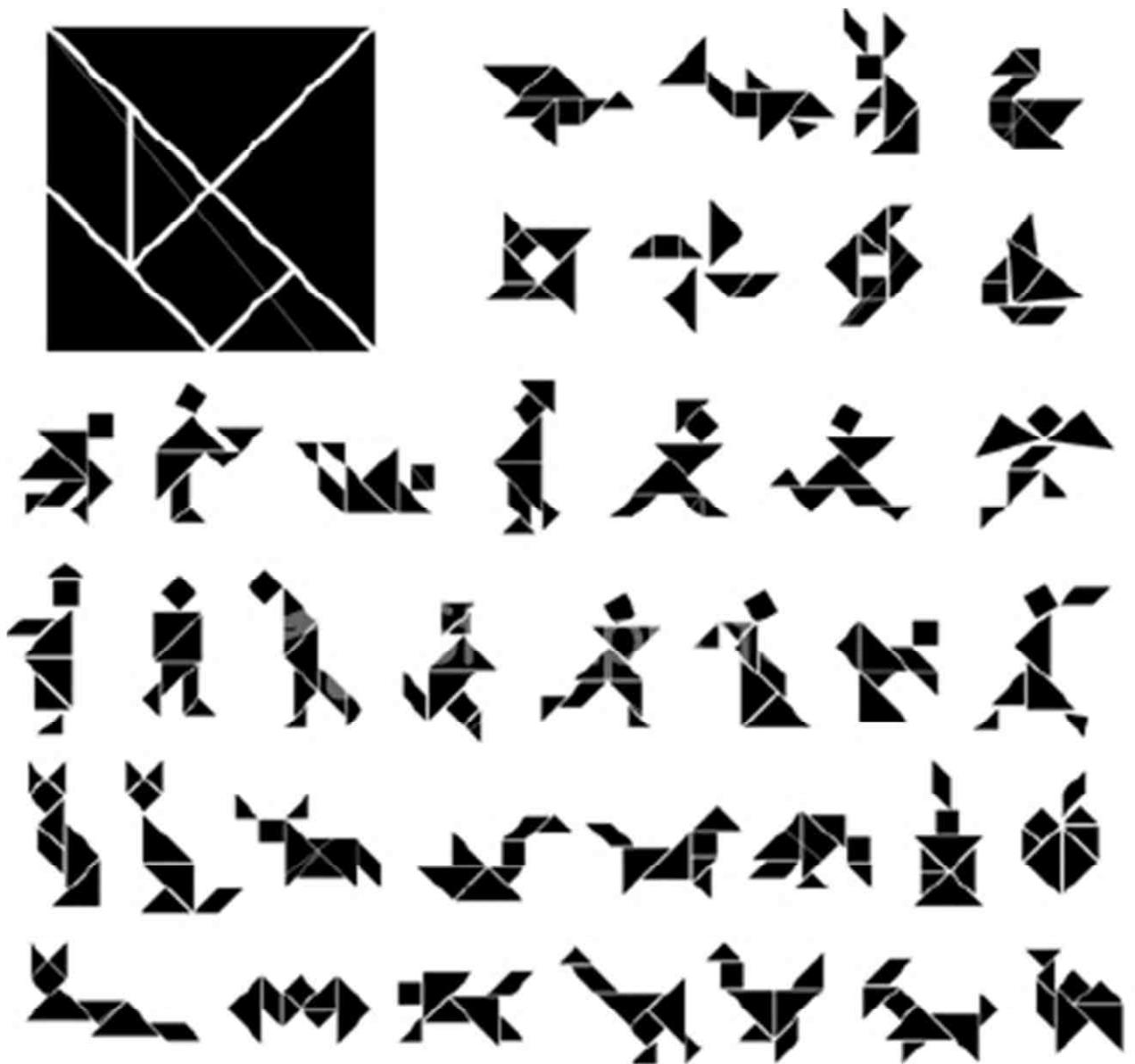
Classer les connecteurs suivants dans le tableau ci-dessous :

et	également
effectivement	en dépit de
en conséquence	en effet
parce que	eu égard à
à cause de	en outre
ainsi donc	en raison de
ainsi que	en revanche
alors	en sorte que
alors que	étant donné que
attendu que	grâce à
au contraire	mais
au lieu de	malgré
aussi	néanmoins
car	non seulement ... mais encore
cependant	or
c'est pourquoi	par
comme	par conséquent
conséquemment	par contre
dans la mesure où	par suite de
de façon que	partant
de manière que	pour sa part
de plus	pourtant
de sorte que	puis
de surcroît	puisque
donc	si bien que
d'où	sous prétexte que
du fait que	tandis que
d'un autre côté	tant et si bien que
d'une part... d'autre part	vu que

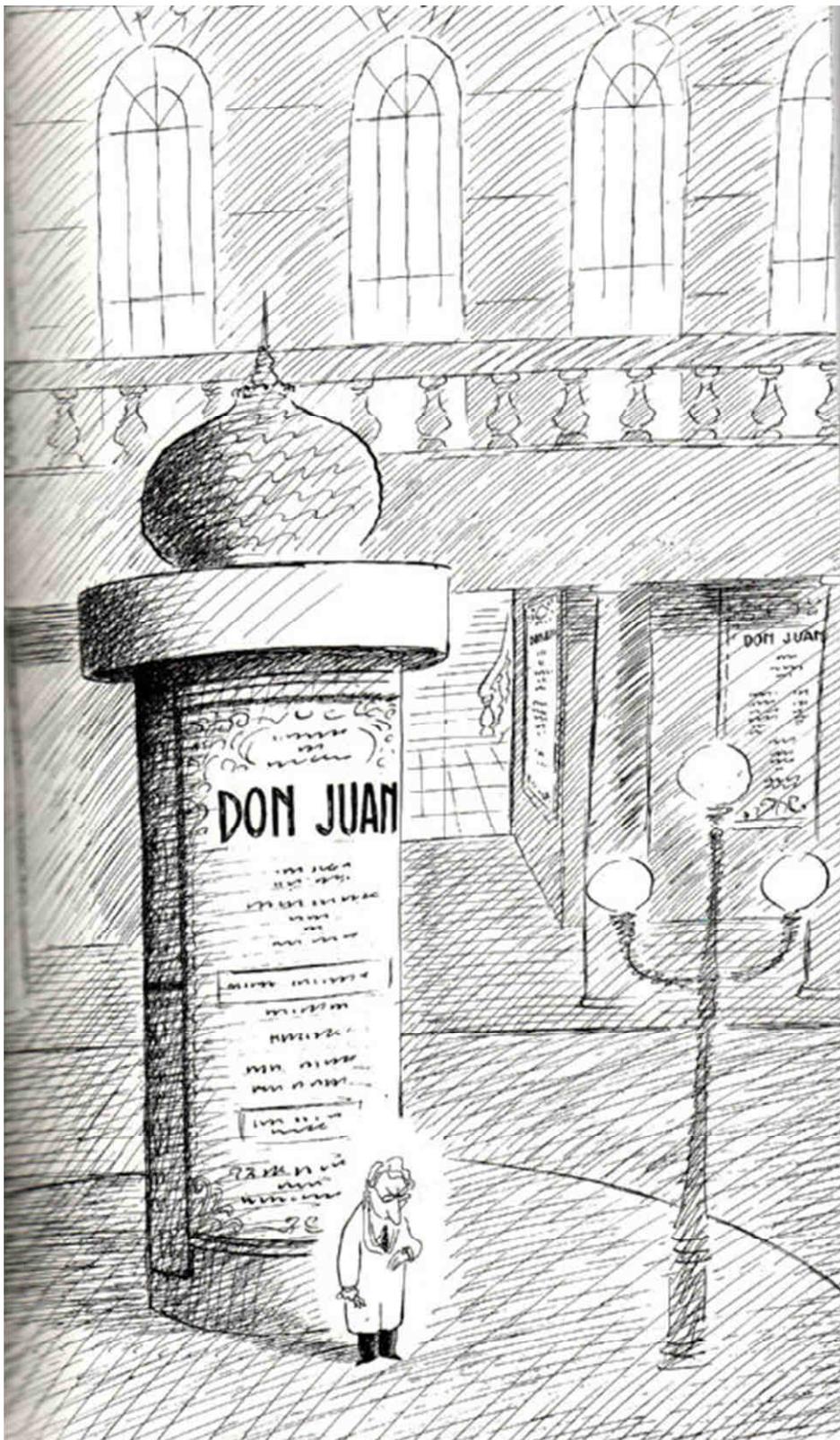
Addition	
Cause	
Conséquence	
Opposition	

Addition	et, de plus, puis, en outre, non seulement...mais encore, de surcroît, ainsi que, également
Cause	car, en effet, effectivement, comme, par, parce que, puisque, attendu que, vu que, étant donné que, grâce à, à cause de, par suite de, eu égard à, en raison de, du fait que, dans la mesure où, sous prétexte que
Conséquence	donc, aussi, partant, alors, ainsi, ainsi donc, par conséquent, si bien que, d'où, en conséquence, conséquemment, par suite, c'est pourquoi, de sorte que, en sorte que, de façon que, de manière que, si bien que, tant et si bien que
Opposition	mais, cependant, or, en revanche, alors que, pourtant, par contre, tandis que, néanmoins, au contraire, pour sa part, d'un autre côté, en dépit de, malgré, au lieu de, d'une part...d'autre part

ANNEXE 6 : Tangrams (séance 10)



ANNEXE 7 : Tableaux (séances 11 et 13)



Comme par hasard, Jean-Jacques Sempé (Denoël, 1981)



New Kids in the Neighborhood, Norman Rockwell (1967)



The Young Lady with a Shiner, Norman Rockwell (1953)

ANNEXE 8 : Questionnaire destiné à l'entourage

Depuis le début de la prise en charge orthophonique, avez-vous remarqué des changements dans la façon de communiquer de votre conjoint ? Pouvez-vous expliquer quels sont ces changements?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Diriez-vous que votre conjoint : (Entourez la réponse correspondante)

- | | | | |
|---|-----|-----|----------------------|
| - cherche moins ses mots | oui | non | je n'ai pas remarqué |
| - s'exprime de façon plus précise, plus claire (il utilise les bons mots ; il y a plus de liens entre ses phrases) | oui | non | je n'ai pas remarqué |
| - se répète moins (les thèmes abordés sont plus variés, une idée n'est pas exprimée de plusieurs manières différentes, le discours tourne moins en rond) | oui | non | je n'ai pas remarqué |
| - reste dans le thème de la conversation (il ne passe pas du coq à l'âne : il est plus facile de suivre le fil de ses idées, il fait plus de liens entre ses idées) | oui | non | je n'ai pas remarqué |
| - participe davantage aux conversations : | | | |
| - au sein de la famille | oui | non | je n'ai pas remarqué |
| - avec des amis | oui | non | je n'ai pas remarqué |
| - semble plus à l'aise : | | | |
| - pour répondre au téléphone | oui | non | je n'ai pas remarqué |
| - pour téléphoner afin d'obtenir un renseignement, un rendez-vous... | oui | non | je n'ai pas remarqué |

ANNEXE 9 : Questionnaire destiné au patient

Depuis le début de votre prise en charge orthophonique, avez-vous remarqué des changements dans votre façon de communiquer ? Pouvez-vous expliquer quels sont ces changements ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Diriez-vous que vous : (Entourez la réponse correspondante)

- | | | | |
|---|-----|-----|----------------------|
| - cherchez moins vos mots | oui | non | je n'ai pas remarqué |
| - vous exprimez de façon plus précise, plus claire | oui | non | je n'ai pas remarqué |
| - vous répétez moins | oui | non | je n'ai pas remarqué |
| - restez dans le thème de la conversation (vous perdez moins le fil de vos idées) | oui | non | je n'ai pas remarqué |
| - participez davantage aux conversations : | | | |
| - au sein de votre famille | oui | non | je n'ai pas remarqué |
| - avec vos amis | oui | non | je n'ai pas remarqué |
| - semblez plus à l'aise : | | | |
| - pour répondre au téléphone | oui | non | je n'ai pas remarqué |
| - pour téléphoner afin d'obtenir un renseignement, un rendez-vous... | oui | non | je n'ai pas remarqué |

ANNEXE 10 : Réponses obtenues aux questionnaires

Questionnaire		C.M.		R.S.	
		Patient	Entourage	Patient	Entourage
Cherche moins ses mots		oui		oui	oui
S'exprime de manière plus précise, plus claire		non		oui	oui
Se répète moins		oui		pas rem	oui
Reste dans le thème de la conversation		oui		pas rem	oui
Participe davantage aux conversations	au sein de la famille	oui		oui	oui
	avec des amis	non		oui	oui
Semble plus à l'aise	pour répondre au téléphone	non		pas rem	oui
	pour téléphoner	non		pas rem	oui

Questionnaire		C.G.		P.L.	
		Patient	Entourage	Patient	Entourage
Cherche moins ses mots		oui	oui	oui	
S'exprime de manière plus précise, plus claire		oui	pas rem	oui	
Se répète moins		pas rem	non	pas rem	
Reste dans le thème de la conversation		oui	oui	oui	
Participe davantage aux conversations	au sein de la famille	oui	oui	non	
	avec des amis	oui	oui	non	
Semble plus à l'aise	pour répondre au téléphone	oui	oui	oui	
	pour téléphoner	oui	oui	par rem	

Questionnaire		F.P.		J.M.	
		Patient	Entourage	Patient	Entourage
Cherche moins ses mots		pas rem	non	pas rem	non
S'exprime de manière plus précise, plus claire		oui	oui	oui	non
Se répète moins		pas rem	oui	pas rem	non
Reste dans le thème de la conversation		oui	oui	oui	non
Participe davantage aux conversations	au sein de la famille	oui	oui	pas rem	oui
	avec des amis	pas rem	non	pas rem	non
Semble plus à l'aise	pour répondre au téléphone	pas rem	pas rem	oui	oui
	pour téléphoner	oui	pas rem	non	oui

Questionnaire		D.M.		A.V.	
		Patient	Entourage	Patient	Entourage
Cherche moins ses mots		oui	pas rem	pas rem	non
S'exprime de manière plus précise, plus claire		oui	oui	pas rem	non
Se répète moins		oui	oui	oui	oui
Reste dans le thème de la conversation		oui	oui	oui	non
Participe davantage aux conversations	au sein de la famille	oui	oui	pas rem	pas rem
	avec des amis	oui	oui	oui	non
Semble plus à l'aise	pour répondre au téléphone	oui	oui	oui	oui
	pour téléphoner	oui	oui	oui	oui

Elaboration et évaluation d'un protocole de rééducation de l'informativité du discours du traumatisé crânien. Maud Charuel et Nathalie Bersoux Delmond – Ecole d'Orthophonie de Nantes – Année Universitaire 2011-2012.

Ce mémoire présente un protocole de rééducation de l'informativité du discours chez le patient traumatisé crânien. La littérature fait état de troubles pouvant se situer au niveau lexico-sémantique, phrastique, de la grammaire du récit et de la pragmatique. Nous avons choisi de regrouper l'ensemble de ces désordres sous le terme de troubles de l'informativité du discours. Or, peu d'ouvrages décrivent comment les rééduquer. L'objectif de ce mémoire est donc de proposer un protocole de rééducation qui donne aux orthophonistes les moyens de prendre en charge ce type de troubles chez le traumatisé crânien. Pour cela, nous avons procédé à l'évaluation des troubles de l'informativité du discours chez huit patients à l'aide de plusieurs épreuves issues du Protocole Montréal d'Evaluation de la Communication (MEC). Nous avons élaboré un protocole de rééducation se déroulant sur 8 semaines à raison de 2 séances hebdomadaires de 45 minutes chacune. Trois axes ont été travaillés : les axes lexico-sémantique, phrastique et discursif. Ils ont ensuite été prolongés par la mise en place de situations écologiques. A l'issue de notre expérimentation et pour en mesurer l'efficacité, nous avons évalué les patients une nouvelle fois. Nous avons constaté que cette prise en charge permet en effet une amélioration de l'informativité du discours pour l'ensemble de l'échantillon.

MOTS-CLES

Traumatisé crânien, Informativité, Discours, Protocole de rééducation, Evaluation.

ABSTRACT

This dissertation presents a re-education protocol of informativeness of speech in the brain-injured patient. The literature reports disorders that may be at the lexical semantics level, at the phrasal level, at the grammar level of narrative and at the pragmatic level. We chose to gather all of these disorders under the term of informativeness of speech. However, few books describe how to treat them. The objective of this thesis is to offer a re-education protocol providing means to take care of this type of disorder in the brain-injured patient to speech therapists. In order to do so, we assessed informativeness of speech disorders in eight patients by using several tests from the Protocole Montréal d'Evaluation de la Communication (MEC). We developed a rehabilitation protocol taking place over 8 weeks with two weekly sessions of 45 minutes each. We worked on three axes : the lexical-semantic, phrasal and discourse axes. Then, they were extended by setting up ecological situations. At the end of our experimentation and to measure its effectiveness, we evaluated the patients again. We found that this care can indeed improve the informativeness of speech for the whole sample.

KEY-WORDS

Brain-injured patient, Informativeness, Speech, Re-education protocol, Evaluation.