

Université de Nantes

Unité de Formation et de Recherche – « Médecine et Techniques Médicales »

Année Universitaire 2015/2016

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

Présenté par

Chloé GOUON

Née le 23/02/1992

**Etude de l'impact d'une prise en charge de groupe type  
PACE sur les capacités de communication de patients  
traumatisés crâniens graves : usage comparé d'épreuves de  
bilans et d'analyses de corpus conversationnels.**

**Présidente du Jury** : Madame FEREY Frédérique, Orthophoniste

**Directrice du Mémoire** : Madame CROLL Anne, Maître de conférence en linguistique

**Membre du Jury** : Madame LE GLOANNEC Laëtitia, Orthophoniste

## **REMERCIEMENTS**

Je remercie en premier lieu Mme Croll pour avoir accepté de diriger ce mémoire et pour ses précieux conseils tout au long de mes recherches.

Merci à Mme Férey, Présidente du jury, pour avoir su m'aiguiller dans le choix du sujet et pour avoir répondu à toutes mes interrogations.

Merci à Laëtitia, membre du jury et maître de stage, pour sa gentillesse et son soutien tout au long de l'année.

Un grand merci à Laureline mais également à Pauline et Audrey, orthophonistes à l'hôpital Saint-Jacques, pour leur présence et leur soutien depuis près d'un an. Leurs remarques et leur savoir-faire m'ont été indispensables.

Merci aux quatre patients qui ont permis de rendre cette étude possible en acceptant de faire partie de ce projet et en participant aux séances avec enthousiasme.

Je tenais également à remercier mes maîtres de stage qui, au cours de ces quatre années d'études, ont su me transmettre une part de leur expérience et leur passion pour le métier d'orthophoniste.

Enfin, merci à mes amis et à ma famille pour leur présence tout au long de mon cursus universitaire.

« 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

<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>PARTIE THEORIQUE</b> .....	3
1. La communication.....	3
1.1 Evolution des concepts.....	3
1.2 Apports de la pragmatique dans l'étude de la communication.....	12
1.3 Effets de la pragmatique sur les pratiques professionnelles.....	16
1.4 Les habiletés communicatives.....	18
2. Tableau clinique du sujet traumatisé crânien.....	22
2.1 Généralités sur le traumatisme crânien.....	22
2.2 Séquelles d'un traumatisme crânien.....	27
2.3 Troubles de la communication.....	31
3. Nécessité d'une évaluation des troubles de la communication.....	38
3.1 Répercussion des troubles dans l'environnement du patient.....	38
3.2 Les outils d'évaluation orthophoniques des troubles de la communication.....	41
3.3 De l'évaluation au projet de rééducation : un enjeu d'insertion.....	46
4. La rééducation orthophonique des troubles de la communication.....	49
4.1 Les différentes approches rééducatives.....	49
4.2 La méthode PACE.....	52
4.3 Les groupes thérapeutiques.....	57
<b>PARTIE PRATIQUE</b> .....	66
1. Problématique et hypothèses.....	66
1.1 Problématique.....	66
1.2 Objectifs.....	66
1.3 Hypothèses.....	67
2. Sujets et méthode.....	68
2.1 Population.....	68
2.2 Méthodologie.....	72
2.3 Outils d'évaluation.....	72
3. Protocole de rééducation.....	76
3.1 Objectifs thérapeutiques.....	77
3.2 Organisation des séances.....	80
3.3 Activités PACE proposées.....	80

3.4	Choix et construction du matériel .....	84
4.	Résultats et analyses .....	85
4.1	Organisation des résultats .....	85
4.2	Roger .....	88
4.3	Jordan .....	101
4.4	Daniel .....	114
4.5	Nolan .....	126
5.	Discussion .....	140
5.1	Synthèse de la recherche.....	140
5.2	Limites.....	145
5.3	Perspectives .....	147
<b>CONCLUSION.....</b>		<b>149</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>		<b>150</b>
<b>ANNEXES .....</b>		<b>156</b>
1.	Planning groupe.....	156
2.	Cartes inspirées de la méthode PACE .....	158
3.	Conventions de transcription des conversations .....	161
4.	Transcriptions des conversations .....	162
4.1	Transcriptions PRÉ-thérapeutiques.....	162
4.2	Transcriptions POST-thérapeutiques .....	167
5.	Résultats des patients.....	173
5.1	Roger .....	173
5.2	Jordan .....	174
5.3	Daniel .....	175
5.4	Nolan .....	176

# INTRODUCTION

La communication est un acte social qui permet d'être en relation avec les personnes qui nous entourent ; elle est un besoin essentiel permettant aux individus de s'inscrire dans la société. Elle ne se rapporte pas seulement au langage et à la forme que prend le message mais concerne également les relations qu'entretient l'émetteur avec le(s) récepteur(s). Elle dépend donc du contexte d'interaction.

Cette capacité à agir sur le monde, à transmettre des informations et des émotions en prenant en compte le contexte est malheureusement mise à mal lors de lésions cérébrales acquises. Le traumatisme crânien, considéré comme un problème majeur de santé publique, en est un exemple marquant : les patients, souvent jeunes, peuvent souffrir sur le long terme de troubles de la pragmatique (c'est-à-dire de troubles de l'usage du langage en conversation) qui entravent les liens familiaux et nuisent à la réinsertion sociale et professionnelle.

L'orthophoniste s'intéresse à la communication dans tous ses aspects en essayant d'évaluer précisément les composantes atteintes pour mettre en place une rééducation adaptée à chaque patient. L'objectif étant de rétablir une communication efficace – dite fonctionnelle – qui permettra à l'individu de comprendre et d'être compris pour accéder à la meilleure qualité de vie possible.

Les thérapeutes ont donc à cœur d'adapter leur prise en charge au plus près des besoins quotidiens de leurs patients. Or, les pistes de rééducation des troubles de la communication sont actuellement peu nombreuses, encore moins lorsqu'il s'agit de patients victimes de traumatisme crânien pour lesquels les aspects formels du langage (c'est-à-dire les compétences linguistiques) sont préservés.

Les études menées jusqu'ici démontrent l'intérêt des prises en charge en groupe de type fonctionnel qui visent la suppléance des limitations pour améliorer l'autonomie mais ne parlent pas d'outils concrets de rééducation. La méthode PACE (Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness) en est une approche efficace centrée sur la communication mais elle reste réservée à des patients aphasiques pour lesquels les troubles langagiers sont importants.

Ce mémoire de recherche a donc pour objectif l'étude de la mise en place d'un groupe thérapeutique basé sur des activités inspirées de la méthode PACE comme moyen de remédiation des troubles de la communication des patients traumatisés crâniens.

Dans une première partie, nous ferons un état des lieux des connaissances dans le domaine de la communication et des théories pragmatiques, puis nous dresserons le tableau clinique du traumatisme crânien et enfin nous aborderons les moyens d'évaluation et de rééducation des troubles de la communication à disposition des orthophonistes.

La seconde partie du mémoire traitera de la construction du protocole thérapeutique de groupe mené auprès de patients traumatisés crâniens graves au sein d'un service de rééducation fonctionnelle et proposera une évaluation de son efficacité au moyen d'épreuves de bilans et d'analyses de conversation de groupe.

# PARTIE THEORIQUE

## 1. La communication

La communication est un processus social faisant appel à de nombreuses compétences. Elle est un domaine vaste et difficile à définir puisqu'elle renvoie à un acte complexe.

Dans cette première partie, nous tenterons d'apporter un éclairage sur sa définition et sur les processus cognitifs en jeu dans les situations de communication.

### 1.1 Evolution des concepts

#### 1.1.1 Définition et historique

*Vers une définition de la communication :*

La communication correspond aux moyens verbaux et non verbaux utilisés par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments avec au moins un autre individu.

Elle se définit comme une action permettant de transmettre des informations, d'agir sur autrui et d'établir des relations (Dardier, 2004).

La communication ne se résume donc pas à un simple échange d'informations : elle permet la mise en place d'interactions sociales entre les participants de l'échange qui exercent alors une influence réciproque les uns sur les autres.

Ainsi, chez l'être humain, la communication revêt plusieurs modes : elle peut être *verbale* (langage oral et écrit), *para verbale* (prosodie) et *non verbale* (gestes) et les énoncés produits sont multicanaux (visuels, auditifs, kinesthésiques).

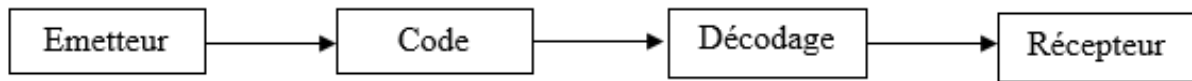
Les membres d'une même culture partagent un ensemble de règles qui codifient l'utilisation de leurs moyens de communication.

De nombreux théoriciens ont étudié la communication dans le but de conceptualiser ce processus complexe.

*Le schéma de communication de Shannon et Weaver (1948) :*

Shannon a modélisé la communication humaine à travers un schéma linéaire illustrant la communication entre les machines. Dans ce modèle, l'émetteur envoie un message à un récepteur grâce à un code spécifique. Le récepteur décode ce message pour percevoir sa signification.





**Schéma 1 : schéma de transmission de l'information par Shannon et Weaver (1948)**

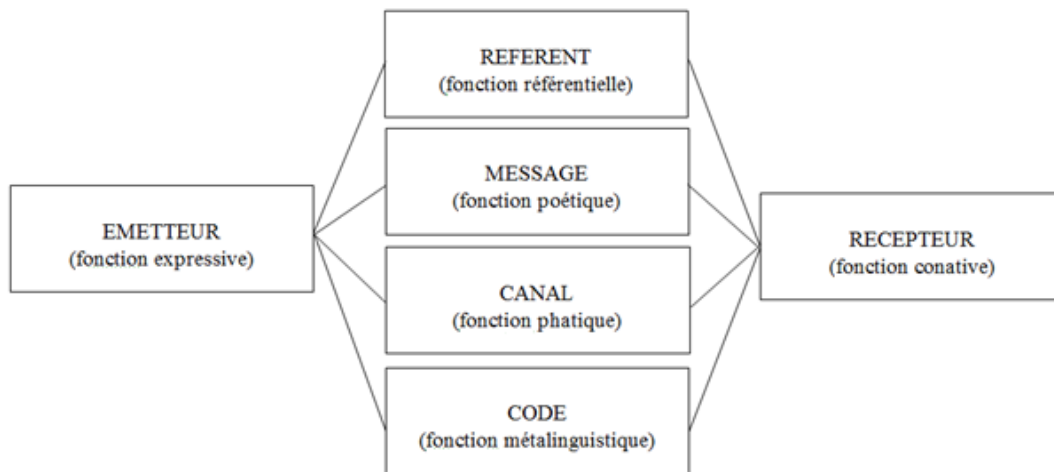
Aujourd'hui ce schéma est considéré comme faux car il ne prend pas en compte la possibilité d'une communication avec plusieurs récepteurs. De plus dans ce schéma le récepteur joue un rôle uniquement passif ce qui n'est pas le cas en réalité puisqu'il devient (inter)locuteur à son tour.

Le schéma de communication de Jakobson (1960) :

Jakobson conserve l'idée des anciennes théories selon laquelle la communication passe d'un émetteur à un récepteur via un canal de transmission utilisant une forme codée. Selon lui, le langage a six fonctions :

- **Une fonction référentielle** : le langage fait référence au monde qui nous entoure, il renvoie à l'objet dont il est question.
- **Une fonction expressive** : le langage permet au locuteur d'exprimer ses émotions.
- **Une fonction conative** : le langage agit sur le récepteur, il exerce une action (demande, injonction).
- **Une fonction métalinguistique** : le langage explicite des éléments du code, il est centré sur les signes qui supportent la communication.
- **Une fonction phatique** : le langage permet d'établir et de maintenir un contact entre les interlocuteurs.
- **Une fonction poétique** : le langage s'exprime au niveau de sa forme et de son organisation.

Jakobson dénombre six pôles indispensables à toute communication qui correspondent aux six fonctions de la communication : un *récepteur*, un *émetteur*, un *référent* (ce dont on parle), un *code* (ce qui permet la transmission), un *message* (ce qui est transmis) et un *canal* (ce par quoi le message passe).

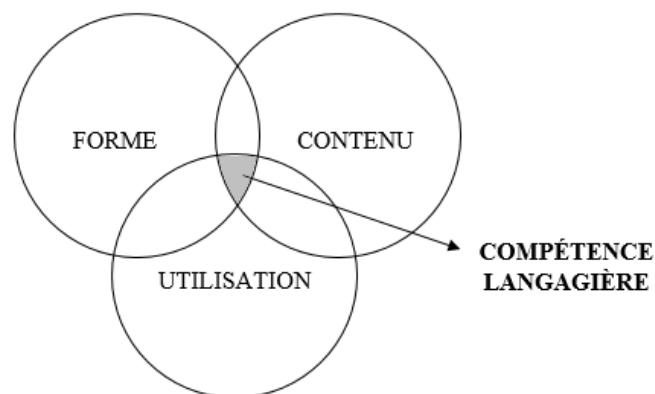


**Schéma 2 : schéma de communication de Jakobson (1960)**

Le modèle de Bloom et Lahey (1978) :

Bloom et Lahey ont élaboré un modèle tridimensionnel de la compétence langagière. Selon ces auteurs, trois composantes sont au cœur des conduites langagières en situation d'interaction :

- **La forme** : elle répond à la question « comment dire ? ». Le langage est un code utilisant des signaux verbaux (mots, phrases) et non verbaux (gestes, mimiques) pour transmettre des informations.
- **Le contenu** : il répond à la question « quoi dire ? ». Le langage permet d'exprimer des besoins, des opinions, des connaissances, des désirs et des sentiments.
- **L'utilisation** : elle répond à la question « pour quoi dire ? ». Le langage permet de communiquer des intentions en rapport avec le contexte.



**Schéma 3 : modèle tridimensionnel de Bloom et Lahey (1978)**

On distingue ainsi trois aspects appartenant à la communication : la communication verbale et le domaine du discours, la communication para verbale et enfin la communication non verbale. Cette communication peut être étudiée sous le versant de la pragmatique qui s'intéresse au contexte d'énonciation et aux utilisateurs du langage.

### 1.1.2 La communication verbale et le domaine du discours

Le langage est l'outil essentiel de communication chez l'être humain. Il permet d'exprimer et de communiquer des jugements, des croyances de manière claire et précise (Vanderveken, 2002).

Le discours est une unité de langage s'inscrivant dans un contexte social. Brin-Henry, Courier, Lederlé & Masy (2011) le définissent comme des suites d'énoncés nécessitant la présence de plusieurs 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.* » (p.81)

Le discours prend place dans une interaction, c'est un acte de la communication régi par certaines règles.

Peter-Favre (2002) détaille les deux règles essentielles au discours :

- **La cohésion discursive** : elle permet d'articuler les éléments du discours entre eux de façon à ce qu'ils soient reliés afin de lui donner un sens. Elle est constituée de marqueurs lexicaux (champs lexicaux, synonymes, antonymes) et, en plus des liaisons syntaxiques, de connecteurs logiques et de marqueurs discursifs et pragmatiques.
- **La cohérence discursive** : elle est fondamentale et liée à des genres de discours aux règles d'enchaînement spécifiques ; par exemple, elle donne un sens au discours en articulant les concepts du récit entre eux par des éléments de relation logique et causale. La cohérence est *locale* (liens établis par le lecteur entre les énoncés grâce à des marqueurs linguistiques) ou *globale* (organisation du plan et du thème général du discours).

Le discours est distinct selon des genres que nous présenterons ici :

#### Le discours narratif :

Le récit est une forme de discours dans lequel le narrateur évoque des événements anciens qui se sont déroulés avant le moment de l'énonciation. Il correspond à une suite d'énoncés

évoquant des évènements, des objets et des personnes absentes ou imaginaires. (Brin-Henry et al., 2011). Le discours narratif est indispensable dans la vie quotidienne car il permet de rendre compte des expériences vécues par un sujet.

#### Le discours procédural :

Le discours procédural renseigne sur la manière dont une action s'effectue. Les productions verbales effectuées sont à caractère prescriptif.

Il est utilisé pour expliquer une recette de cuisine, un mode d'emploi, une règle du jeu, etc.

Le discours procédural requiert chez le locuteur des capacités de planification puisque celui-ci doit se représenter les différentes étapes nécessaires à la réalisation d'un but (Kiefer, 2011).

#### Le discours conversationnel :

La conversation est définie comme tout type d'échange verbal entre au moins deux personnes. Elle est une interlocution provoquant une interdépendance des actes de langage. Ce type de discours, le plus utilisé au quotidien, nécessite une construction collective.

Kerbrat-Orecchioni (1998) parle de « discours dialogué » obéissant à des règles de fonctionnement internes. Elle distingue cinq compétences communicatives en conversation permettant de comprendre et produire des énoncés :

- **La compétence linguistique** : elle permet d'interpréter les énoncés grâce à la maîtrise de règles phonologiques, morphosyntaxiques et lexicales.
- **La compétence encyclopédique** : elle regroupe l'ensemble des connaissances que possède un individu sur le monde et sur son interlocuteur.
- **La compétence logique** : elle correspond à l'aptitude d'un sujet à déduire des liens causaux entre les idées.
- **La compétence rhétorico-pragmatique** : elle regroupe le savoir que possède un locuteur sur les règles qui régissent le discours.
- **La compétence sociale et culturelle** : elle concerne les informations sur les habitudes et les usages de l'endroit où les interlocuteurs se trouvent.

### **1.1.3 La communication non verbale**

Toute communication entre au minimum deux individus dispose d'un ensemble de signes non verbaux. Ces éléments permettent de renforcer et moduler la communication verbale (Amado & Guittet, 2012).

Coquet (2012) recense les signes non linguistiques possédant une valeur communicative :

### Le regard :

Le regard est le signe le plus important de la communication non verbale. Il permet de réguler l'interaction en apportant des informations à travers le mouvement des yeux et des paupières. Les yeux, en tant que « miroir de l'âme », renseignent sur les expressions et les émotions ressenties par l'individu (Barrier, 1996).

Le regard sert ainsi de feed-back en apportant des informations sur ce que le locuteur a perçu de l'énoncé transmis. Il permet également de réguler les échanges en donnant des indices sur la distribution des tours de parole.

### Les expressions faciales :

Ces expressions du visage permettent d'exprimer les émotions, les sentiments et les intentions des individus. La capacité de lire les expressions faciales est considérée comme un prérequis à la compréhension d'autrui et à la mise en place d'interactions sociales adaptées (Spikman et al., 2013).

En effet, les signes de la mimique expressive (orientation des lèvres, clin d'œil, froncement de sourcils) donnent de précieux indices sur les affects primaires (joie, colère, tristesse,...) et possèdent donc une grande valeur informative (Amado & Guittet, 2012).

### Les gestes :

Les gestes qui accompagnent le discours sont déterminés par un ensemble de codes sociaux et de règles. Ils ont une valeur référentielle, expressive ou régulatrice.

Cosnier et Vaysse (1997) distinguent trois types de gestes communicatifs selon leurs finalités :

- **Les gestes quasi-linguistiques** : ils correspondent à des gestes conventionnels propres à une culture pouvant remplacer la parole.
- **Les gestes syllinguistiques** : ils sont nécessairement associés à la parole du locuteur et peuvent être de plusieurs types :
  - o *Phonogènes* : ils correspondent aux mouvements des organes phonatoires.
  - o *Co-verbales* : ils servent à rythmer la parole (gestes *paraverbaux*), à donner du sens au discours (gestes *expressifs*) et à insister sur les caractéristiques de l'objet de la discussion (gestes *illustratifs*).
- **Les gestes synchronisateurs** : ils servent à réguler les échanges. Ils peuvent être *phatiques* (maintiennent le contact) ou *régulateurs* (effectués par le récepteur du message).

### La proxémie :

La proxémie représente la distance qui sépare l'émetteur du récepteur, elle est régulée par un certain nombre de paramètres (culture, contenu du message, individus, sentiments). La distance est un indicateur du degré d'intimité entre deux personnes. Hall (1971) distingue ainsi quatre niveaux :

- **La distance intime** : cette distance (entre 15 et 40 cm) est réservée aux personnes proches. Le contact physique y est possible car la confiance est réciproque, les traits du visage de l'interlocuteur apparaissent déformés et l'intensité de la voix est faible, décrite comme un murmure.
- **La distance personnelle** : cette distance est utilisée pour discuter avec une personne que l'on rencontre. Elle peut s'établir sur un mode *proche* (de 45 à 75 cm) ou *lointain* (de 75 à 125 cm). Un contact physique existe lorsque les personnes se saluent.
- **La distance sociale** : les personnes impliquées dans l'échange ne peuvent plus avoir une influence sur l'autre. Cette distance s'effectue sur un mode *proche* (de 1,20 à 2,10 m) ou *lointain* (de 2,10 à 2,40 m). Cette distance est généralement utilisée dans un cadre professionnel. Il n'y a pas de contact physique possible, les interlocuteurs se trouvant généralement séparés par un guichet ou un bureau.
- **La distance publique** : elle correspond à une distance de 3,60 à 7,50 m pour le mode proche et va au-delà pour le mode lointain. Elle est utilisée lors des réunions ou des discours. Le locuteur adopte un niveau de langage formel, l'intensité de la voix est forte.

La communication non verbale utilise donc les canaux visuel, olfactif, tactile et thermique. Son objectif est d'informer sur les intentions et les affects de l'émetteur (Amado & Guittet, 2012).

#### **1.1.4 La communication para verbale**

La communication para verbale est intégrée à la communication verbale. Elle concerne les éléments porteurs de signification : les éléments *vocaux* et *prosodiques*. (Coquet, 2012).

### La voix :

Estienne (1998) définit la voix comme « *un instrument corporel qui a pour intention de communiquer en se déployant vers un ou plusieurs auditeurs à travers un espace et un temps.* » (p.3)

Elle permet au locuteur de véhiculer :

- **Des intentions** : la voix s'adapte au contexte discursif. Elle prend une tonalité différente lorsqu'elle doit convaincre, séduire, demander ou au contraire exiger.
- **Des émotions** : la modification de certains paramètres vocaux renseigne sur l'état émotionnel du locuteur (joie, tristesse, colère).

La voix est unique et s'exprime par des caractéristiques de hauteur (voix aiguë ou grave), d'intensité (voix forte ou faible), de timbre, de modulation, de rythme et de débit.

#### La prosodie :

La prosodie permet de produire du sens en contexte et est nécessaire pour construire une communication efficace (Lacheret, 2011). Elle regroupe un ensemble d'aspects supra-segmentaux (aspects superposés aux sons de la chaîne parlée) comme l'intonation, l'accentuation, le rythme d'élocution et la mélodie.

Elle joue un rôle essentiel dans la production et la compréhension d'un message verbal (Brin-Henry et al., 2011) :

- **En réception** : la prosodie est considérée comme la « ponctuation de l'oral ». Elle permet de découper et repérer les unités de sens dans le flux sonore de la parole. Elle apporte également des informations supplémentaires sur les intentions du locuteur.
- **En expression** : elle permet au locuteur d'exprimer des intentions et des sentiments grâce à la variation de son intonation et de sa mélodie.

Ainsi, tous ces éléments transmis de façon acoustique et non acoustique sont des ressources expressives utilisées par le locuteur pour transmettre un message et utilisées par l'interlocuteur pour identifier et interpréter ce même message.

### **1.1.5 L'analyse pragmatique de la communication**

#### Définition de la pragmatique :

Le courant pragmatique est né de la philosophie du langage. Pour les uns, les mécanismes langagiers sont d'ordre cognitif alors que pour d'autres, le langage est redevable d'une approche sociale et culturelle et il appartient au phénomène plus large de la communication (Dardier, 2004).

Dans un premier temps, les philosophes du langage Austin et Searle ont considéré la parole comme une forme d'action puisqu'elle agit sur l'interlocuteur à qui l'on transmet des informations. Cette idée est la base du premier courant pragmatique dans sa version

linguistique. Les différents chercheurs en linguistique ont ensuite divergé sur la question du contexte. On peut ainsi opposer deux courants :

- Celui de Kerbrat-Orecchioni (2008) qui considère la pragmatique comme l'étude de l'usage de la langue au sein d'un contexte social.
- Celui de la pragmatique cognitive (Searle, Grice, Sperber et Wilson) qui étudie les règles et les conditions de l'interprétation du langage (ironie, métaphore, implicite) hors de tout contexte.

C'est en 1938 que Morris, philosophe américain, aborde pour la première fois dans un article scientifique la notion de pragmatique qu'il distingue de la syntaxe et de la sémantique dans le traitement du langage (Reboul & Moeschler, 1998). Depuis, la notion de pragmatique a beaucoup évolué en étant influencée par de nombreux auteurs.

Les linguistes considèrent le langage comme étant plus qu'un simple code linguistique : il ne suffit pas de maîtriser le lexique et la syntaxe pour traiter correctement la signification d'un énoncé. Il faut en faire une interprétation pragmatique : les concepts utilisés sont ceux d'intention et de pertinence, comme l'ont montré Reboul et Moeschler.

A côté de ces discussions théoriques et de façon consensuelle, la pragmatique, perçue et reprise par les psychologues et utilisée chez les orthophonistes, se centre sur la compétence pragmatique : il s'agit d'étudier les capacités des individus à comprendre et exprimer des intentions en lien avec le contexte de communication. Cela peut se faire en contexte, notamment au cours des interactions verbales.

#### La compétence pragmatique :

Il s'agit des capacités d'un sujet à utiliser le langage en s'adaptant au contexte et en exprimant des intentions de communication. Les auteurs ne sont pas tous d'accord sur la place qu'elle occupe au sein de la communication.

Pour Coquet (2005), la compétence pragmatique est une compétence nécessaire à la compétence communicative et qui se distingue de la compétence linguistique (définie comme la maîtrise du code de la langue). La compétence pragmatique prend en compte le contexte culturel, l'intonation du discours et la situation d'énonciation.

Croll (2010) considère la compétence pragmatique comme un terme générique. Elle est incluse dans la compétence linguistique et se compose de quatre aspects :

- **La compétence conversationnelle** co-organise la conversation. Elle s'occupe de la gestion de l'échange conversationnel grâce à l'application de règles telles que la régie des



tours de parole, l'apport de thèmes pertinents, la production et l'interprétation des actes de langage et l'expression des intentions de communication.

- **La compétence discursive** inscrit le sujet dans le discours en organisant ses productions selon des règles de cohérence (donner du sens) et de cohésion (articulation d'unités linguistiques).
- **La compétence intersubjective** reflète les capacités de prouver son existence et de nouer une relation avec son interlocuteur en témoignant de ses attentes et en manifestant de l'empathie.
- **La compétence sociale** permet d'adapter son comportement en fonction des règles, des rituels et du genre communicationnel de l'échange social.

Les habiletés pragmatiques représentent donc une partie des habiletés sociales. Elles sont nécessaires pour ajuster son message à l'interlocuteur en prenant en compte l'intention du message et le savoir commun partagé et pour comprendre le sens second des énoncés sarcastiques ou humoristiques et les actes de langage indirects.

Ainsi, en étudiant le rapport entre la signification d'un énoncé et son contexte d'émission, le courant pragmatique a permis d'aborder le langage sous un angle fonctionnel. L'étude de ses dysfonctionnements a permis de montrer que les troubles pragmatiques contribuent au handicap social puisqu'ils nuisent à la qualité de l'échange entre un individu et ses interlocuteurs.

## 1.2 Apports de la pragmatique dans l'étude de la communication

Le champ de la pragmatique comprend de nombreux auteurs ayant constitué divers apports :

### 1.2.1 La pragmatique philosophique

#### Les actes de langage :

La théorie des actes de langage (*speech acts*) a été élaborée par Austin (1962) et Searle (1969).

- **Austin** : ce philosophe anglais est considéré comme le pionnier de la pragmatique. Selon Austin (1970), le langage ne représente pas seulement les choses sous forme de concepts mais permet également d'accomplir des actions. Il propose alors la notion d'« énoncé performatif » pouvant être défini comme un énoncé qui accomplit l'acte qu'il dénomme. Austin élabore ensuite une véritable théorie des actes du langage. Selon lui, chaque énoncé

possède une valeur illocutoire, c'est-à-dire une valeur d'acte : la parole permet d'accomplir des actions. Il distingue trois types d'actes de langage :

- Les actes *locutoires* : ces actes permettent de dire quelque chose.
  - Les actes *illocutoires* : ils permettent de réaliser un acte en disant quelque chose.
  - Les actes *perlocutoires* : les actes produits provoquent des effets chez le locuteur lui-même ou chez les interlocuteurs.
- **Searle** : il a travaillé sur la classification des actes de langage qu'il distingue selon plusieurs critères. Searle et Vanderveken (1979) cités par Dardier (2004) distinguent ainsi cinq types d'actes illocutoires :
- Les *assertifs* : ces énoncés renseignent sur l'état du monde. Ils donnent un renseignement véridique sur l'objet de l'énoncé (« Je vous informe que... »).
  - Les *directifs* : ils ont pour but de faire effectuer une action au récepteur du message. Ils expriment le souhait ou le désir du locuteur (« Je vous suggère de... »).
  - Les *promissifs* : à l'inverse des directifs, ces actes sont tournés vers l'action que va réaliser le locuteur. Ils expriment une intention et ont valeur de promesse ou de menace (Je vous promets que... »).
  - Les *expressifs* : ils servent à exprimer l'état psychologique du locuteur en lien avec le monde. Ces actes sont utilisés lorsque l'on formule des excuses, des remerciements ou des félicitations (« Je vous félicite de... »).
  - Les *déclarations* : ils réalisent une action ayant des effets dans le monde. L'action accomplie peut être une ratification ou une bénédiction (« Je vous nomme... »).

#### Le principe de coopération et les maximes conversationnelles :

Le philosophe britannique Grice a travaillé sur les règles conversationnelles qui président à toute communication. Ainsi, au cours d'une conversation, on respecte certains principes :

- **Le principe de coopération** : selon Grice (1979) cité par Dardier (2004), la conversation est structurée et organisée par des règles témoignant de la spécificité des activités langagières. Le principe de coopération correspond à un effort commun réalisé par les partenaires de conversation. En effet, les participants reconnaissent un but commun permettant de faire avancer l'échange dans une même direction.
- **Les maximes conversationnelles** : le principe de coopération de Grice est développé en quatre maximes. Selon lui, la compréhension des énoncés par l'interlocuteur est possible si le locuteur respecte les maximes conversationnelles :

- La maxime de *quantité* : le locuteur doit fournir le bon nombre d'informations à son interlocuteur. Le fait de ne pas donner assez d'éléments ou au contraire en donner trop déroge à cette maxime.
- La maxime de *qualité* : les renseignements fournis doivent être véridiques. Le locuteur doit donc être certain de l'exactitude des informations qu'il souhaite transmettre.
- La maxime de *relation* : les informations transmises doivent être pertinentes, en rapport avec le thème de conversation défini préalablement.
- La maxime de *manière* : le locuteur doit transmettre son message de manière brève, claire et non ambiguë.

Ces maximes ont donc pour objectif de mettre en lumière les rôles des deux partenaires tout au long de l'échange conversationnel. Le bon déroulement de la conversation dépend du respect de ces règles.

### 1.2.2 La pragmatique interactionniste

L'approche interactionniste considère la pragmatique dans une dimension sociologique. Ce courant considère également que la parole est liée à la notion d'action et d'interaction mais, à la différence de la perspective classique vue précédemment, elle prend en compte le contexte de l'échange et considère les actes à l'intérieur d'une séquence discursive.

La pragmatique interactionniste s'intéresse donc aux influences que les participants à un échange communicatif exercent les uns sur les autres. Au cours d'une conversation, une relation se construit entre les individus et évolue tout au long de l'échange.

#### La théorie des faces :

Kerbrat-Orecchioni (2008) reprend les théories de Goffman (1974) et de Brown et Levinson (1987) pour définir la notion de « politesse linguistique ». Ces approches permettent d'étudier les règles culturelles qui s'imposent aux locuteurs voulant effectuer des actes de langage dans un contexte communicatif.

La théorie de Brown et Levinson repose sur l'idée que tous les individus ont pour but de préserver leur *territoire* et leur *face* :

- **Le territoire ou face *négative*** : c'est ce que possède un individu. Il peut être corporel, matériel, temporel ou spatial.
- **La face ou face *positive***: c'est vouloir être à son avantage dans l'interaction.

Cependant, la plupart des actes de langage produits au quotidien menacent l'intégrité des faces : une critique menace la face positive, une requête menace la face négative. Brown et Levinson appellent ces actes les FTA (Face Threatening Acts). Pour concilier le désir de protéger ses faces et de produire des actes de langage (qui sont potentiellement menaçants), tout individu utilise dans l'interaction des actes de politesse qui réalisent un « travail des faces » selon Goffman (1974).

La politesse a donc pour but de limiter les risques de confrontation entre deux individus au cours d'un échange. Des actes sont à opposer aux FTA, ils sont appelés FFA (Face Flattering Acts).

Cette théorie apporte un éclairage sur les répercussions des actes de langage chez les participants à l'échange.

### L'analyse conversationnelle :

Depuis Sachs et Schegloff, l'analyse conversationnelle est constituée en une discipline complexe. Traverso (2005) propose dans son ouvrage une analyse de l'interaction, c'est-à-dire de ce que l'on observe lorsque plusieurs personnes sont réunies. Cette analyse est fondée sur une méthode inductive : à partir de données transcrites en corpus, les auteurs dégagent des comportements interactionnels qui seront étudiés, catégorisés et généralisés.

Pour analyser une conversation, les données enregistrées sont donc transcrites sous une forme écrite. Les transcriptions doivent respecter des règles et des contraintes pour permettre une lecture précise et fidèle des données recueillies. Le système de transcription le plus souvent utilisé est celui de Jefferson, réunissant un ensemble de conventions.

Traverso analyse ainsi l'organisation des conversations en termes de :

- **Construction de l'interaction** : au niveau *local* (gestion des tours de parole) et *global* (selon les trois étapes de l'interaction : ouverture, corps et clôture).
- **Structuration des actions** : étude de la cohérence interne des échanges par l'analyse d'unités linguistiques hiérarchisées.
- **Cohérence thématique** : abordée sous l'angle de la *discontinuité* (clôture, rupture ou proposition de thème) ou de la *continuité* (ratification du thème choisi ou élaboration) montrant une véritable collaboration entre les participants de l'échange lors des changements de topic.
- **Continuité du discours** : ce point porte sur l'analyse des petits mots ponctuant l'interaction. Ils apportent des renseignements sur la structure de l'interaction (*alors, à propos*), ils témoignent d'une construction de l'interaction en collaboration avec

l'interlocuteur (*tu sais, n'est-ce pas*), ils organisent l'acte discursif (*et puis, enfin*) et ils articulent les énoncés entre eux (*donc, pourtant*).

Ainsi, la pragmatique est un domaine de recherche qui a porté des théories toujours très utilisées et qui a influencé de nombreuses disciplines et professions en modifiant la manière d'appréhender et d'étudier le langage.

### 1.3 Effets de la pragmatique sur les pratiques professionnelles

La pragmatique est un courant de recherche au carrefour de plusieurs domaines. Elle est née de la philosophie et a ensuite permis à plusieurs disciplines – comme la psychologie et l'orthophonie – d'évoluer.

#### 1.3.1 L'approche pragmatique en psychologie

Bernicot et Trognon (2002) se sont intéressés à l'évolution de l'étude des concepts de psychologie provoquée par le courant pragmatique.

En psychologie cognitive :

- **Le langage** : la pragmatique s'est intéressée à la manière dont un individu comprend le sens d'un énoncé en fonction du contexte par l'étude des inférences et des processus impliqués dans l'utilisation du langage. Selon les auteurs, c'est l'ensemble des connaissances et croyances partagées par les participants à l'échange qui permet une communication efficiente.
- **Les cognitions** : c'est dans ce domaine que la pragmatique a le plus bouleversé les idées admises. Elle a permis d'étudier les cognitions sous une perspective sociale, centrée sur les relations entre des individus partageant des croyances et des opinions. Ainsi, les cognitions surviennent dans les interactions et donc dans les conversations entre les sujets.

En psychologie du développement :

La pragmatique en psychologie du développement a apporté un éclairage sur l'acquisition du langage et de la communication.

Les recherches menées dans ce domaine ont en effet étudié les stratégies développées par un enfant pour faire le lien entre un énoncé et son contexte de communication. Pour cela, elles se sont intéressées à l'évolution des compétences conversationnelles au cours du développement de l'enfant en s'appuyant sur les théories des actes de langage de Searle et Vanderveken (1985) et les théories du développement de Vygotski (1997) et Bruner (1991). Ce cadre

théorique repose sur l'idée que les croyances et intentions partagées par les sujets prennent une place centrale dans la communication.

En psychologie sociale :

La parole est un moyen d'effectuer des « transactions sociales ». Elle a notamment été étudiée au travers l'analyse du discours et en particulier des situations de débat.

En psychopathologie :

La pragmatique en pathologie a permis d'enrichir les connaissances en matière de symptomatologie. En effet, elle a apporté un éclairage sur la dimension pragmatique de certaines pathologies en décrivant les processus cognitifs impliqués.

Elle s'est notamment intéressée aux pathologies neurologiques et aux compétences impliquées dans les situations naturelles de conversation. En effet, les difficultés pragmatiques ont des répercussions sur la vie quotidienne de ces malades et la pragmatique a permis de mieux comprendre ces troubles spécifiques de l'usage du langage.

Ainsi, l'arrivée de la pragmatique a permis d'étudier les disciplines de la psychologie sous un angle nouveau et de replacer les grands concepts étudiés (cognition, langage) au sein même des comportements humains et dans un contexte de vie quotidienne.

### **1.3.2 L'approche pragmatique en orthophonie**

Les travaux menés en pragmatique dans le domaine des pathologies du langage ont permis d'élargir le champ des recherches pour apporter de nouvelles connaissances essentielles à la pratique de l'orthophonie. La pragmatique a notamment permis de mettre en lumière le rôle primordial du langage : celui de communiquer.

Le développement et la prise en charge des capacités langagières :

De Weck (2005) rapporte que la pragmatique a apporté un éclairage nouveau sur le développement des capacités langagières de l'enfant et sur les processus mis en jeu en situation d'interaction. Cette approche a aidé à prendre conscience des dysfonctionnements présents dans la gestion de leurs conversations (tours de parole, thèmes, réparation des pannes conversationnelles, etc.).

Ces découvertes ont donc permis de repenser la rééducation orthophonique. En effet, la prise en charge se doit désormais d'intégrer un travail d'adaptation à son interlocuteur pour

favoriser un meilleur développement langagier en proposant des situations en groupe ou des jeux symboliques permettant de diversifier les activités langagières.

#### L'évaluation des capacités langagières :

Les études menées depuis plusieurs années ont permis de recenser les diverses compétences pragmatiques permettant d'utiliser le langage dans le but de communiquer avec autrui. Ces découvertes d'un intérêt majeur ont permis d'intégrer l'observation de conversations naturelles dans l'évaluation des troubles du langage. En effet, le bilan orthophonique se doit désormais d'évaluer le type de trouble et sa gravité au regard des répercussions dans l'environnement social et familial du patient (Coquet, 2005).

Ainsi, la pragmatique a permis d'enrichir la pratique de l'orthophonie en apportant une nouvelle approche évaluative et rééducative des capacités langagières centrée sur une communication totale.

### 1.4 Les habiletés communicatives

Selon Dardier (2004), les habiletés communicatives sont de l'ordre de l'expérience : *« le locuteur utilise des connaissances extra-linguistiques afin d'adapter son discours aux exigences des situations de communication auxquelles il est confronté. Ces connaissances sont issues des expériences que l'individu a pu connaître durant son existence ; elles concernent l'ensemble des règles et des conventions sociales qui régissent notre vie en collectivité. »* (p. 46). Il utilise aussi ses connaissances particulières sur les usages du langage. Les deux aspects sont complémentaires.

Quels sont donc les constituants principaux de cette fameuse habileté communicative, et quels sont les pré-requis qu'il faut concevoir pour expliquer la réussite d'une communication ? Nous allons les citer :

#### **1.4.1 L'intention communicative**

La communication intentionnelle est un prérequis essentiel au langage : on parle à quelqu'un « pour dire quelque chose ».

L'intentionnalité correspond au fait que la conscience est toujours dirigée vers un objet, vers un but. L'intention communicative correspond donc à l'effet attendu de l'acte de communication prononcé par un locuteur.

Les intentions communicatives du locuteur sont transmises grâce à la maîtrise d'actes de langage variés. Ils permettent ainsi au locuteur de raconter, décrire, convaincre, demander ou exiger.

Selon la théorie de la pertinence de Sperber et Wilson, le but central de la communication humaine est de reconnaître et d'interpréter l'intention *communicative* de l'interlocuteur. Cette reconnaissance nécessite une coopération entre les partenaires de l'échange et la mobilisation de l'attention du locuteur pour que celui-ci comprenne l'intention *informative* du locuteur, c'est-à-dire l'ensemble des informations qu'il souhaite transmettre (Reboul & Moeschler, 1998).

Le succès d'une communication entre deux personnes dépend donc de la capacité de l'interlocuteur à interpréter l'intention communicative du locuteur en récupérant l'intention informative globale.

#### 1.4.2 La gestion du thème

Mentis et Prutting (1991) cités par Peter-Favre (2002) définissent le thème comme « *une proposition ou une holophrase qui permet d'identifier ce dont il est question et qui donne une description globale du contenu d'une suite de propos* » (p. 284).

La gestion des thèmes conversationnels revêt plusieurs aspects selon la tournure de la conversation :

- **L'introduction d'un thème** : il s'agit de proposer un sujet (topic) qui permettra de construire l'échange conversationnel.
- **Le maintien ou la prolongation du thème** : il est nécessaire pour conserver la cohérence et la cohésion du discours. En effet, des changements de thème brusques et inopinés peuvent rendre le discours incohérent pour l'interlocuteur.
- **Le changement de thème** : le locuteur souhaitant changer de sujet de conversation doit être capable de négocier ce changement de manière implicite ou explicite et de proposer un nouveau thème en opérant une transition adaptée.
- **La clôture d'un thème** : elle s'effectue après épuisement du thème et se termine par une baisse de l'intonation.



### 1.4.3 L'alternance des tours de parole

Chaque interaction est organisée selon un partage plus ou moins équitable de la parole. L'alternance des tours de parole (*turn-taking*) s'effectue à partir d'un ensemble de règles implicites partagées par les partenaires de l'échange.

Selon Duncan et Fiske (1985) cités par Barrier (1996), les tours de parole sont régulés par un ensemble de signes non verbaux comme :

- **Le regard dirigé et maintenu vers l'interlocuteur** : il est le signe phatique le plus important dans la régulation des tours de parole. Il permet de contrôler les réactions du récepteur et de l'interpeller.
- **La variation de la voix du locuteur** : baisse de l'intensité vocale à la fin des énoncés.
- **Le rythme de l'inspiration**
- **Les subtils changements de posture**
- **Les légers mouvements du menton** : réalisés en direction de l'interlocuteur.

Le dialogue est construit sur le principe de coopération et de l'écoute mutuelle mais bien souvent cette règle peut être transgressée par chevauchements des énoncés des participants ou interruptions du discours de l'autre en cas de désaccord, d'impatience ou de maladresse. C'est souvent le cas en situation de débat où les échanges entre les membres peuvent être virulents.

### 1.4.4 Les réparations conversationnelles

Elles interviennent lorsque l'échange est perturbé par un incident linguistique ou un incident extérieur appelé « panne conversationnelle » (De Weck, 2004). Il en existe ainsi plusieurs sortes :

- La panne peut être provoquée par une mauvaise organisation des tours de parole (chevauchement ou interruption).
- La panne peut être due à une incompréhension de la part de l'interlocuteur.
- La panne peut être due à une information inadéquate donnée par le locuteur.

Il faudra tâcher de réparer ces pannes conversationnelles pour pouvoir assurer la continuité de l'échange. Le locuteur doit donc être capable de comprendre et d'interpréter les réparations de l'interlocuteur qui peuvent prendre plusieurs formes : demande de clarification, de répétition ou de confirmation, froncement de sourcils, etc.

### 1.4.5 La maîtrise des inférences

Une inférence correspond à une information présente de manière implicite dans un énoncé et devant être déduite par le récepteur à partir des connaissances générales qu'il possède sur le monde (Brin-Henry et al., 2011).

Selon Hupet (2006), ce calcul d'inférence est réalisé par la prise en compte de ce qui est dit explicitement (sur les personnes, les objets ou les événements dont on parle) mais également par la prise en compte du contexte et des représentations que les interlocuteurs s'en font (connaissances partagées).

La maîtrise des processus inférentiels permet donc de comprendre le langage non littéral ou figuré. Ces formes linguistiques particulières signifient autre chose que ce qu'elles disent. Elles nécessitent de percevoir le sens caché et indirect de leur formulation. Il existe différents types d'énoncés non littéraux :

- **L'ironie** : l'énoncé possède un sens figuré à l'opposé de son sens littéral, la signification transmise par le locuteur est donc en contradiction avec la signification formelle de l'énoncé. Pour interpréter un énoncé ironique, le récepteur doit prendre en compte les éléments fournis par le contexte de production de l'énoncé, l'intonation utilisée par le locuteur et ses connaissances sociales et culturelles.
- **Les formes idiomatiques** : elles correspondent à des expressions propres à une langue, non traduisibles dans une autre langue. Elles sont caractérisées par une polysémie ainsi qu'une flexibilité lexicale et sémantique de leurs propos. Le contexte et la familiarité attribuée à cette expression permettent d'interpréter l'énoncé comme une forme idiomatique.
- **Les métaphores** : les métaphores sont des figures de style utilisées pour désigner une chose en la comparant à une autre. Elles supposent la capacité à effectuer une similarité entre deux concepts pour accéder au sens.
- **Les demandes indirectes** : il existe un décalage entre la forme de l'énoncé et sa signification réelle. Par exemple, la demande « Puis-je avoir de l'eau ? » questionne sur la possibilité d'avoir de l'eau alors qu'il s'agit en réalité d'une demande d'avoir de l'eau. Cette forme particulière de demande suppose donc la capacité de l'interlocuteur d'inférer l'intention réelle du locuteur.

Ainsi, les énoncés non littéraires revêtent de nombreuses formes et sont présents dans de nombreuses conversations. La maîtrise des processus inférentiels est donc indispensable pour percevoir et comprendre un grand nombre de situations de la vie quotidienne.

En résumé, les relations sociales sont un besoin essentiel ressenti par tout être humain : l'homme aspire à appartenir à un groupe et à interagir avec ses pairs.

La communication est un acte total, complexe et indispensable qui nécessite des capacités cognitives efficaces, la connaissance de règles implicites et la maîtrise d'habiletés sociales.

Une pathologie d'origine développementale ou neurologique peut entraver cette capacité à communiquer et peut alors provoquer un véritable handicap social.

## 2. Tableau clinique du sujet traumatisé crânien

Le traumatisme crânien provoque des lésions cérébrales acquises endommageant de nombreuses fonctions gérées par le cerveau. Les accidents sont fréquents, les séquelles importantes et le handicap résiduel invalidant faisant du traumatisme crânien un enjeu majeur de santé publique.

Dans cette partie nous nous intéresserons à la définition du traumatisme et aux séquelles qu'il provoque, en particulier au niveau de la communication.

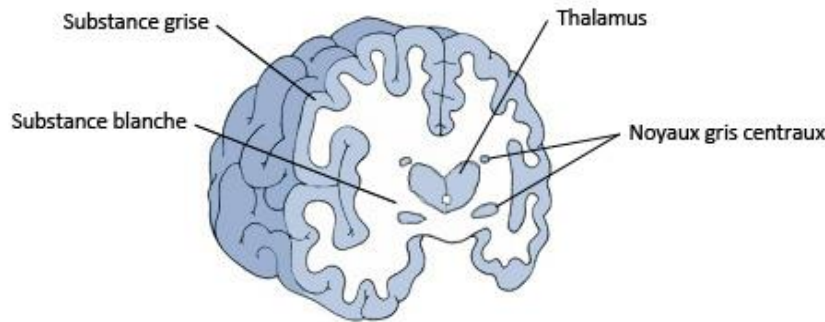
### 2.1 Généralités sur le traumatisme crânien

#### 2.1.1 Définition

Le traumatisme crânien (TC) ou traumatisme cranio-cérébral (TCC) peut être défini comme tout choc important reçu sur le crâne (Brin-Henry et al., 2011). Il est responsable d'un contact brusque entre le tissu cérébral et la boîte crânienne.

On distingue deux types de traumatisme :

- **La commotion** correspond à un ébranlement du cerveau. Elle provoque une perte de connaissance transitoire et des troubles fonctionnels isolés et réversibles.
- **La contusion** est plus sévère que la commotion. Elle peut provoquer un coma et des lésions hémorragiques pouvant atteindre l'ensemble du cortex (substance grise) et de la substance blanche.



**Schéma 4 : coupe frontale du cerveau**

Ce choc brutal et accidentel entraîne des lésions au niveau des vaisseaux sanguins, des axones et des cellules nerveuses. On distingue les traumatismes crâniens *fermés* des traumatismes crâniens *ouverts*, pour lesquels l'enveloppe de la dure-mère n'est plus intacte (dans le cas de plaies cranio-cérébrales ou de plaies pénétrantes par projectile).

Le traumatisme crânien est considéré comme un problème majeur de santé publique. Il est la première cause de mortalité et de handicap sévère physique et cognitif chez les sujets jeunes et se retrouve plus chez l'homme. En France, on dénombrerait 155 000 cas par an dont 8 000 décès et 4 000 comas (Mathé, Richard & Rome, 2005). Les accidents de la voie publique (AVP) représentent la première cause de traumatisme crânien (50-60%). Viennent ensuite les chutes (20-30%), les accidents de sport et de loisirs (10-20%) et les violences et agressions (10%) (Vinour, Srairi, Lubrano & Geeraets, 2013).

L'utilisation des techniques d'imagerie (TDM et IRM) comme examen complémentaire permet de visualiser les lésions cérébrales provoquées par le choc à la phase aiguë, subaiguë et chronique (Mazaux & Truelle, 2007).

- **La TDM** (tomodensitométrie) est effectuée à l'admission du patient et à la 24<sup>ème</sup> heure. Elle permet d'identifier en urgence la majorité des lésions cérébrales lors de la phase aiguë.
- **L'IRM** (imagerie par résonance magnétique) apporte des précisions sur l'évolution neurologique du patient. Elle permet notamment de rendre compte des lésions axonales diffuses et des lésions du tronc cérébral.

Un examen clinique approfondi (étude du niveau de conscience, examen des yeux et des fonctions motrices) complété d'une imagerie permet ainsi d'orienter la prise en charge au plus près des besoins de chaque patient et de surveiller l'évolution.

### 2.1.2 Mécanismes et physiopathologie

On distingue deux types de lésions intracrâniennes : les lésions *primaires* (au moment du choc de l'accident) et *secondaires* (venant aggraver le tableau clinique).

#### Lésions encéphaliques primaires :

Les lésions primaires se produisent au cours des 250 premières millisecondes (Cohadon et al., 1998). Elles sont directement liées aux circonstances mécaniques et à la force de l'accident : il peut s'agir d'un impact direct (mécanisme de contact) ou du résultat d'un phénomène d'accélération/décélération (mécanisme d'inertie).

- **Mécanisme de contact** : la tête heurte ou est heurtée par un objet. Les lésions sont alors essentiellement locales (sous le point d'impact et de profondeur variée) ou sont le résultat d'une irradiation à distance.
- **Mécanisme d'inertie** : l'accident produit une accélération et/ou une décélération brutale du cerveau. Les lésions sont alors diffuses et/ou multifocales, elles dépendent de la direction imposée à la tête et des caractéristiques physiques et mécaniques de l'énergie mise en jeu.

#### Lésions encéphaliques secondaires :

Elles se constituent quelques minutes à quelques heures après l'accident et sont liées à l'évolution des lésions initiales ou à des agressions nouvelles. Elles aggravent le pronostic vital et fonctionnel du patient. On distingue trois types de lésions secondaires :

- **Hématome intracrânien** : il peut être *extra-dural* (situé entre l'os du crâne et la dure-mère), *sous-dural aigu* (situé entre la dure-mère et l'arachnoïde) ou *intra-cérébelleux* (situé à l'intérieur du parenchyme cérébral).
- **Ischémie cérébrale** : elle correspond à une insuffisance de l'apport sanguin au cerveau provoquant une baisse de l'oxygénation du tissu cérébral.
- **Œdème cérébral** : la quantité d'eau présente dans le cerveau augmente provoquant une augmentation de son volume. Il peut être responsable d'une hypertension intracrânienne.

Les lésions intracrâniennes peuvent également être classées selon leur caractère focal ou diffus :

- **Les lésions focales** sont hémorragiques et sont le plus souvent situées dans les structures cérébrales superficielles. Il peut s'agir de contusions cérébrales (lésions hémorragiques au niveau des sillons corticaux cérébraux), d'hématome extra-dural, d'hématome sous-dural ou d'autres types d'hémorragies intracrâniennes.

- **Les lésions diffuses** touchent le tissu cérébral et sont situées dans les structures cérébrales plus profondes. Elles sont de plusieurs types : lésions axonales diffuses, ischémies ou œdèmes. Ces lésions engagent le pronostic vital et fonctionnel des patients.

### 2.1.3 Classification par gravité des traumatismes crâniens

Les échelles de classification utilisées actuellement prennent en compte la gravité globale du traumatisme crânien. Elles permettent d'orienter la prise en charge des patients accidentés en définissant des groupes présentant le même pronostic vital et fonctionnel (Cohadon et al., 1998).

Deux critères permettent de définir le degré de gravité du traumatisme : l'état de conscience du sujet (profondeur du coma) et la durée de l'amnésie post-traumatique (APT).

#### Le coma :

Il peut être défini comme un « état pathologique caractérisé par une perte de conscience et une absence de réaction aux stimuli externes et aux besoins internes » (Brin-Henry et al., 2011). Il est mesuré par l'échelle de coma de Glasgow et correspond à un score inférieur à 8.

Décrite en 1974 par Teasdale et Jennett, cette échelle mesure en réalité l'état de conscience du sujet et repose sur l'évaluation de trois réponses cliniques :

- L'ouverture des yeux (notée de 1 à 4)
- La réponse verbale (notée de 1 à 5)
- La réponse motrice (notée de 1 à 6)

Le total des trois notes définit le score de Glasgow (GCS) pouvant aller de 3 (coma profond, absence totale de réponse) à 15 (conscience normale, réponses adaptées).

#### L'amnésie post-traumatique (APT) :

Elle correspond au temps écoulé entre l'accident et le retour de la mémoire antérograde, c'est-à-dire d'une mémoire continue des événements quotidiens (Masson, 2000). Elle est un indicateur des séquelles et du devenir à long terme des patients.

Le test de GOAT (Galveston Orientation and Amnesia Test) rend compte de la durée de l'APT en mesurant la déficience mnésique des sujets. Une série de questions permet d'obtenir une note sur 100 points. Un score d'au moins 78 obtenu 3 fois de suite permet d'objectiver la sortie de la période d'APT.

On distingue ainsi trois degrés de gravité du traumatisme crânien :

TC léger	TC modéré	TC grave
Perte de connaissance de durée inférieure ou égale à 30 minutes	Perte de connaissance de durée comprise entre 1 heure et 7 jours	Durée de coma supérieure à 7 jours
GCS entre 13 et 15	GSC entre 9 et 12	GCS inférieur ou égal à 8
APT inférieure à 20/30 minutes	APT comprise entre 30 minutes/1 heure et 24 heures	APT supérieure à 24 heures

#### 2.1.4 Pronostic de récupération

Les données cliniques, biologiques et radiologiques permettent de décrire des marqueurs et facteurs de gravité déterminant le pronostic vital et fonctionnel du patient traumatisé crânien.

Le pronostic de récupération dépend ainsi de plusieurs facteurs :

- **L'importance des lésions** : directement liée à l'étendue, la topographie et la nature des lésions cérébrales (Cohadon et al., 1998). Ces lésions primaires ou secondaires sont évaluées par un scanner cérébral.
- **La durée du coma** permet de déterminer le niveau des séquelles et donc le devenir des patients. En effet, un faible score de Glasgow à la phase initiale est corrélé avec une mortalité et une morbidité élevée (Marshall et al., 1991 cités par Dailler, Di Roio & Artru, 2007)
- **L'âge du patient** : le pourcentage de récupération des déficits provoqués par le traumatisme est fonction de l'âge. En effet, la récupération fonctionnelle est plus importante chez un sujet jeune du fait d'une meilleure plasticité cérébrale.
- **La prise en charge** : le réentraînement systématique et constant est essentiel dans la réorganisation et la reconstruction des mécanismes altérés.

## 2.2 Séquelles d'un traumatisme crânien

### 2.2.1 Troubles moteurs

Les séquelles motrices après traumatisme crânien ont une meilleure chance de récupération qu'en cas d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et concernent moins de 50% des patients TC (Pradat-Diehl, Chevignard, Mazevet & Vassilev, 2002).

Selon De Morand (2010), les patients traumatisés crâniens peuvent souffrir de divers troubles moteurs qui dépendent de la localisation de la lésion cérébrale :

- **En cas d'atteinte pyramidale** : le blessé souffre d'une hémiparésie (paralysie complète ou incomplète d'un hémicorps) ou d'une hémiparésie (paralysie partielle).
- **En cas d'atteinte extrapyramidale** : le traumatisé crânien présente des dyskinésies (mouvements anormaux).
- **En cas d'atteinte cérébelleuse** : on retrouve chez le patient des troubles de l'équilibre (troubles de la statique) et des troubles de la coordination des mouvements (troubles cinétiques). Le syndrome cérébelleux est fréquent chez les patients et provoque des séquelles posturales importantes.

Ces déficits moteurs provoquent un handicap visible chez le sujet traumatisé crânien et retardent le retour à domicile.

### 2.2.2 Troubles cognitifs

Troubles mnésiques :

La mémoire est le processus cognitif le plus altéré après l'accident. Les troubles mnésiques sont la première source de plainte du traumatisé crânien grave et de sa famille. Selon Azouvi (2009), il faut distinguer deux formes différentes de troubles mnésiques :

- **L'amnésie post-traumatique** : elle correspond à la phase après l'accident ou après la période de coma pendant laquelle le patient est désorienté, incapable de se souvenir de faits anciens (amnésie rétrograde) et d'encoder de nouvelles informations (amnésie antérograde). La durée de l'APT est un facteur pronostic du devenir du patient accidenté.
- **Les déficits persistants de la mémoire** : touchent principalement la mémoire à long terme dans toutes ses modalités (verbale et visuelle ; encodage, stockage, récupération et consolidation)



### Troubles de la mémoire de travail :

La mémoire de travail (MDT) correspond à la capacité à maintenir une information en mémoire à court terme tout en effectuant des opérations cognitives sur cette information. Ce processus cognitif est à mi-chemin entre l'attention et les fonctions exécutives (Azouvi, 2009).

Le traumatisme crânien endommage le système de MDT et provoque des troubles variés qui se répercutent dans le quotidien des patients : difficultés à suivre une conversation, à effectuer des tâches de calcul mental, à réaliser des doubles tâches, etc. (Euverte et al., 2014).

### Troubles de l'attention :

L'attention est la capacité d'un individu à se concentrer sur quelque chose dans le but de récupérer des informations ou d'effectuer une tâche précise (Brin-Henry et al., 2011). Ce processus cognitif est indispensable pour réaliser un grand nombre d'activités intellectuelles.

La plupart des patients traumatisés crâniens souffrent d'un déficit de l'attention qui se manifeste par des difficultés pour suivre une conversation à plusieurs et pour réaliser deux actions simultanément, par un ralentissement du traitement de l'information cognitive et par une grande distractibilité (Cohadon et al., 2008).

C'est généralement l'attention divisée qui est la plus touchée. En effet, les patients éprouvent des difficultés à réaliser deux tâches complexes en même temps nécessitant un contrôle exécutif et/ou une participation importante de la mémoire de travail (Azouvi, 2009).

### Troubles des fonctions exécutives :

Les fonctions exécutives concernent l'ensemble des fonctions cognitives élaborées, dites de haut niveau. Elles visent la réalisation d'une tâche nouvelle et/ou complexe en élaborant des objectifs, des stratégies et des comportements (Meulemans, 2006). Les différentes fonctions exécutives atteintes se regroupent sous le terme « syndrome dysexécutif ». Le traumatisme crânien vient donc altérer plusieurs de ces fonctions :

- **La planification** : une réduction des capacités de planification provoque un défaut de prise d'initiative et des difficultés à formuler des buts pour atteindre un objectif.
- **L'inhibition** : des difficultés de contrôle provoquent une incapacité à empêcher la sortie de la réponse automatique non pertinente et la sortie des comportements inadaptés.
- **La flexibilité mentale** : une altération de la flexibilité mentale provoque des difficultés à changer de tâche ou à réaliser plusieurs tâches simultanément.

Une atteinte du fonctionnement exécutif peut ainsi provoquer une altération de la vitesse de traitement des informations cognitives. Ce ralentissement cognitif se retrouve dans les actes, la parole et la pensée du traumatisé crânien (Pradat-Diehl et al., 2002).

#### Troubles de la métacognition et de la cognition sociale :

La métacognition renvoie à la faculté d'un individu à estimer ses capacités cognitives. Le traumatisé crânien a tendance à surestimer ses propres capacités et donc à minimiser ses disfonctionnements. Cette difficulté à évaluer l'importance de ses troubles est un véritable frein à la rééducation.

Selon Allain, Aubin et Le Gall (2012), la cognition sociale correspond à « *l'ensemble des aptitudes et expériences émotionnelles et sociales régulant les relations entre les individus et permettant d'expliquer les comportements humains individuels ou en groupe.* » (p. 7). Les patients cérébrolésés présentent un déficit de la cognition sociale : ils éprouvent en effet des difficultés à attribuer des états mentaux à autrui (déficit de la théorie de l'esprit) et à traiter les émotions.

### **2.2.3 Troubles instrumentaux**

#### Troubles du langage :

L'aphasie fait rarement partie du tableau clinique du traumatisé crânien : 5 à 11% des patients TC seraient aphasiques selon les auteurs (Mazaux et al., 1997). On la retrouve chez des patients ayant subi un traumatisme focal hémisphérique gauche.

L'aphasie est le plus souvent fluente et se caractérise généralement par un manque du mot important et la présence de paraphrasies rendant l'expression hésitante et peu informative. La compréhension orale et écrite peut également être déficitaire.

Les patients atteints d'une aphasie non fluente souffrent d'un ralentissement et d'une réduction verbale importante : les phrases sont courtes, le débit est ralenti, les pauses sont nombreuses et trop longues, la prosodie est altérée.

Ainsi, chez la majorité des patients traumatisés crâniens, les aspects formels du langage - c'est-à-dire la phonologie, le lexique et la syntaxe - sont préservés.

#### Troubles de la voix et de la parole :

Les troubles vocaux s'expliquent par la pratique d'un geste médical lors de la prise en charge du TC à la phase aiguë (intubation ou trachéotomie) provoquant une atteinte organique des plis vocaux. Ces troubles se retrouvent sous la forme d'une dysphonie laryngée et rendent la

voix du patient inaudible. La dysphonie est provoquée le plus souvent par l'apparition d'un granulome des cordes vocales après une intubation prolongée (Cohadon et al., 1998).

La dysarthrie est un trouble de la parole qui provoque, chez le sujet cérébrolésé, une atteinte de la commande motrice des mouvements articulatoires. On la retrouve chez 30% des patients TC graves (François Guinaud, 2014). L'articulation est imprécise, le débit est ralenti ou saccadé et la coordination pneumo-phonique est altérée. La dysarthrie peut être de plusieurs types :

- **La dysarthrie cérébelleuse** : la voix est irrégulière et scandée.
- **La dysarthrie paralytique** : la voix est faible et sans modulation.
- **La dysarthrie extra-pyramidale** : le débit de parole est ralenti.

Les troubles de la voix (dysphonie) et de la parole (dysarthrie) nécessitent une prise en charge orthophonique souvent menée simultanément.

#### Troubles de la communication :

Les troubles de la communication, faisant l'objet de ce mémoire, seront décrits de manière détaillée dans la sous-partie suivante.

### **2.2.4 Troubles du comportement et de la personnalité**

Ces troubles sont présents chez 50 à 70% des TC sévères (Azouvi, 2009). Ils se manifestent sous différentes formes et évoluent dans le temps. En effet, l'équilibre psychologique du traumatisé crânien est fragile et les troubles sont donc très sensibles au contexte (événements vécus après l'accident, présence ou non d'un environnement familial solide).

Selon Truelle, Fayada et Montreuil (2005), les modifications du comportement et de la personnalité des patients TC peuvent apparaître sous différentes formes de symptômes :

- **Symptômes déficitaires** (versant de l'inhibition) : apragmatisme (incapacité de réaliser un projet), aboulie (absence de volonté), défaut d'initiative et de motivation, indifférence affective.
- **Symptômes productifs** (versant de la désinhibition) : impulsivité, agressivité, violence, intolérance aux contrariétés et aux frustrations, défaut de contrôle émotionnel.
- **Symptômes somatiques** : plaintes somatiques, troubles des conduites (addictions, boulimie, sexualité), troubles du sommeil, fatigue.
- **Symptômes affectifs** : dépression (à distance de l'accident, lors de la prise de conscience du handicap), anxiété, isolement, repli sur soi, inacceptation du handicap.

Ces modifications du comportement et des relations à autrui sont source de souffrances psychologiques pour le patient et son entourage et nécessitent bien souvent un accompagnement psychologique (Mazaux & Cazals, 2006).

Les modifications du caractère et du comportement sont fréquemment associées à une anosognosie. Elle correspond à une méconnaissance voire un déni par un patient de ses déficiences cognitives, perturbant pourtant gravement sa vie quotidienne. En effet, les patients sont conscients de leurs troubles moteurs et sensoriels mais ne reconnaissent pas leurs difficultés cognitives.

Ce manque de conscience des troubles se retrouve chez 50 à 70 % des patients traumatisés crâniens graves et perturbe la rééducation (Dromer & Azouvi, 2015). Il est donc important de lever rapidement l'anosognosie pour permettre une meilleure adhésion du patient à sa prise en charge.

## 2.3 Troubles de la communication

A l'inverse des patients devenus aphasiques suite à un accident vasculaire cérébral gauche, Wiig et al. (1988) cités par Jagot et al. (2001) disent des patients traumatisés crâniens qu'ils « parlent mieux qu'ils ne communiquent. »

### 2.3.1 Rôle des structures cérébrales dans le langage et la communication

L'étude de patients cérébrolésés souffrant de troubles langagiers à partir d'observations anatomo-cliniques et de techniques d'imagerie a permis de déterminer les régions cérébrales impliquées dans le processus du langage. Aujourd'hui, les modèles considèrent le fonctionnement du langage en réseaux neuronaux intégrant les structures corticales et sous-corticales.

L'intégrité des deux hémisphères cérébraux est nécessaire à une communication opérante.

#### Hémisphère gauche et langage :

Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, les premières recherches réalisées se sont focalisées sur le rôle central de l'hémisphère gauche dans le traitement du langage. Ces études anatomo-cliniques ont notamment identifié les aires du langage de Broca et Wernicke.

L'aire de Broca correspond à l'aire motrice du langage. Elle est située au niveau du lobe frontal inférieur gauche et permet les mouvements phonatoires et articulatoires.

L'aire de Wernicke est située au niveau du lobe temporal postérieur gauche et gère la compréhension du langage.

Ces deux aires du langage communiquent entre elles par un important réseau de fibres appelé faisceau arqué.

#### Hémisphère droit et pragmatique :

Bien que l'hémisphère gauche soit l'hémisphère dominant dans le traitement du langage, l'hémisphère droit joue également un rôle important. En effet, un grand nombre de patients cérébrolésés droits présentent des troubles des performances langagières. L'hémisphère droit est le siège des aspects linguistiques et contextuels du langage, il contribue à la gestion des comportements de communication. Il permet notamment de traiter les composantes pragmatiques et discursives du langage (Joannette, 2004).

Ainsi, les patients cérébrolésés droits présentent des difficultés à adapter leur langage au contexte : difficultés dans la gestion des inférences, de la prosodie et dans la cohésion du discours (Dardier, 2004).

#### Lobe frontal et fonctions exécutives :

Le lobe frontal a un rôle très important dans le fonctionnement cérébral puisqu'il occupe plus d'un tiers de la surface corticale. Il est notamment responsable du comportement élaboré.

La zone préfrontale intervient dans les fonctions exécutives (programmation, planification, contrôle et exécution des activités mentales finalisées), la mémoire de travail et l'initiation motrice du langage (Chomel-Guillaume, Leloup & Bernard, 2010).

Ces fonctions dites supérieures sont nécessaires à la situation conversationnelle puisqu'elles permettent « *une organisation des contenus et un ajustement permanent aux propos de l'interlocuteur.* » (Dardier, Fayada & Dubois, 2006, p. 136).

Ainsi, les patients lésés frontaux peuvent présenter des troubles de l'usage du langage appelés également troubles du langage non aphasiques.

### **2.3.2 Troubles de la communication verbale et troubles discursifs**

#### Troubles lexico-sémantiques :

Les troubles lexico-sémantiques correspondent aux difficultés, chez les patients cérébrolésés, à traiter le sens des mots. Ces difficultés se retrouvent en modalité orale et écrite.

Au niveau de la compréhension, les patients présentent des difficultés de catégorisation, d'appariement et de jugement lors de tâches sémantiques basées sur des caractéristiques communes.

Au niveau de la production, les perturbations se retrouvent lors de la réalisation de tâches de dénomination, d'évocation lexicale ou en situation de langage spontané. Ce trouble se manifeste par la production de *paraphasies sémantiques* (vélo pour voiture), de *paraphasies verbales* (chapeau pour table) ou encore de *néologismes* (mots inexistantes). Les patients peuvent pallier le manque du mot par l'utilisation de *périphrases* (« c'est pour couper la viande ») ou de *mots valises* (truc, machin).

Cette difficulté à trouver les mots appropriés provoque un manque de fluence et de clarté dans le discours du sujet traumatisé crânien (Marsh & Knight, 1991 cités par Rousseaux et al., 2007).

#### Troubles discursifs :

La littérature distingue trois types de discours altérés chez le sujet traumatisé crânien :

- **Le discours narratif** : ce type de discours reflète les capacités d'un sujet à raconter une histoire. Hartley et Jensen (1992) cités par Rousseaux et al. (2007) ont repéré trois grands types de discours pathologiques dans le récit de sujets traumatisés crâniens :
  - *Discours confus* : production de réponses étranges, utilisation de pronoms ambigus et non référencés, énoncés inutiles ou inappropriés, changements de thème non justifiés, digressions (productions sans lien avec le thème).
  - *Discours appauvri* : réduction à la fois quantitative et qualitative des énoncés produits par omissions d'éléments importants.
  - *Discours inefficace* : discours logorrhéique, commentaires peu précis, nombreuses hésitations et interruptions du discours ou répétitions d'informations.
- **Le discours procédural** : il consiste à décrire une procédure comme par exemple une règle du jeu ou l'utilisation d'un objet en particulier. Le Dice Game est un outil créé pour évaluer ce type de discours, le sujet a pour consigne d'expliquer les règles d'un jeu simple à un sujet « naïf ». Il permet ainsi de mettre en évidence les difficultés des sujets TC à sélectionner et organiser logiquement leur discours ainsi qu'à fournir une quantité suffisante d'informations (Jagot et al., 2001). Ces difficultés laissent chez l'interlocuteur une impression de confusion, de désorganisation et de manque de clarté.
- **Le discours conversationnel** : Peter-Favre (2002) a recensé les troubles que peuvent éprouver les traumatisés crâniens en situation de conversation :

- *En expression* : les patients TC rencontrent des difficultés dans la gestion des thèmes de conversation : les changements de thème sont inappropriés, il n'y a pas de lien logique entre les énoncés, la conversation est difficilement nourrie lorsqu'elle porte sur un sujet abstrait. De plus, ces topics concernent souvent des savoirs non partagés, comportent des digressions et des répétitions d'idées. Enfin, les informations apportées sont peu précises et parfois sans intérêt.
- *En compréhension* : les études ont porté sur la compréhension des requêtes indirectes, de l'ironie et des sarcasmes. Elles montrent un niveau plus faible de compréhension de ces actes par rapport aux sujets non TC témoignant d'un déficit des processus inférentiels.

Ainsi, le discours produit par les sujets traumatisés crâniens présente des troubles au niveau de la cohésion, du respect de la chronologie et de la cohérence. Peter-Favre (2002) explique ces perturbations par l'association de troubles linguistiques modérés (manque du mot), troubles pragmatiques et troubles des fonctions exécutives.

### **2.3.3 Troubles de la communication para verbale**

La communication para verbale correspond aux éléments suprasegmentaux de la parole. On y retrouve les éléments se rapportant à la voix et à la prosodie. Ces troubles ne doivent pas être négligés par le thérapeute car ils participent au handicap communicationnel (Mazaux et al., 1997).

#### La voix et la parole :

On observe chez les sujets traumatisés crâniens des perturbations au niveau de l'intensité vocale, du débit et du rythme de la parole.

Le volume vocal peut être inadapté au contexte discursif : la voix apparaît alors trop basse ou trop élevée.

Le rythme de la parole est également perturbé avec un allongement des temps de pause rendant le discours trop lent ou au contraire un débit de parole trop rapide altérant la compréhension de l'interlocuteur.

#### La prosodie :

On distingue deux types de prosodie : la prosodie *linguistique* (expression des différentes modalités de la phrase comme l'interrogation ou l'exclamation) et la prosodie *émotionnelle* (expression de l'état affectif du sujet comme la joie ou la tristesse).

Les traumatisés crâniens peuvent présenter des troubles du traitement de la prosodie au niveau de l'expression et de la compréhension.

- **En production**, on retrouve principalement une réduction de la prosodie linguistique dans les énoncés interrogatifs et une perturbation de la prosodie émotionnelle. Les énoncés produits par le patient peuvent être monotones ou, au contraire, peuvent utiliser une prosodie inadaptée au contexte.
- **En compréhension**, les patients peuvent éprouver des difficultés à prendre en compte les indices prosodiques et donc à interpréter les émotions ressenties par leurs interlocuteurs.

Cette dysprosodie prive le sujet d'informations permettant une meilleure appréhension du contenu de l'échange verbal. Le traumatisme crânien provoque donc des difficultés à interpréter les éléments non linguistiques.

### 2.3.4 Troubles de la communication non verbale

Les paramètres non verbaux influent sur la qualité de l'interaction entre deux individus. En effet, la posture, le regard et la mimogestualité ont une véritable valeur communicative et participent de manière dynamique aux échanges verbaux (Coquet, 2012).

Dans leur étude, Aubert et al. (2004) rapportent une difficulté chez les patients traumatisés crâniens graves pour « *planifier et ajuster leur comportement non verbal à la communication* » (p. 140). Selon ces auteurs, les troubles de la communication non verbale prennent plusieurs aspects :

#### Troubles des expressions faciales et mimiques :

Les expressions faciales permettent de transmettre les états émotionnels du locuteur.

L'utilisation des expressions faciales et des mimiques ainsi que leur compréhension sont perturbées chez le traumatisé crânien.

- **En production** : les mimiques sont rares, le visage est figé et transmet peu d'informations sur les émotions ressenties.
- **En compréhension** : selon Spikman et al. (2013), les patients présentant un traumatisme crânien modéré à grave rencontrent des difficultés à interpréter les émotions sur le visage d'autrui, en particulier lorsque l'émotion présentée est négative (tristesse, colère).

#### Troubles du regard :

Le regard permet de réguler l'échange et de s'investir pleinement dans l'interaction.



Le regard du sujet traumatisé crânien peut être jugé inadéquat ou absent. En effet, soit le patient éprouve des difficultés à regarder son partenaire de conversation lorsque celui-ci est locuteur, soit il le regarde fixement créant alors un sentiment de malaise pour l'émetteur (Saison, Barat & Aguert, 2014).

Ces perturbations rendent difficile l'alternance des tours de parole et diminuent la qualité de l'échange.

#### Troubles de la gestualité :

Chez les traumatisés crâniens, l'utilisation adéquate des gestes co-verbaux est perturbée. Ces gestes sont pourtant essentiels puisqu'ils permettent la structuration interne des idées en accompagnant le message verbal.

Aubert et al. (2004) constatent la réduction d'utilisation des gestes co-verbaux et notamment des gestes illustreurs qui servent à faire référence au discours produit.

### **2.3.5 Troubles de la pragmatique**

Le sujet traumatisé crânien présente un trouble des habiletés pragmatiques sur les versants de la compréhension et de l'expression.

#### Déficit des habiletés pragmatiques en compréhension :

Le patient peut éprouver des difficultés pour aller au-delà du sens littéral d'un énoncé et donc pour comprendre l'implicite, les demandes indirectes, les métaphores, l'humour, le sarcasme ou encore les messages commerciaux (Bosco & Angeleri, 2012). En effet, le sujet TC à tendance à interpréter les informations de ces énoncés de manière immédiate et concrète (McDonald, 2001).

On observe également des difficultés pour suivre une conversation à plusieurs ou encore pour prendre en compte le savoir partagé (informations contextuelles, savoir encyclopédique, informations sur l'interlocuteur).

#### Déficit des habiletés pragmatiques en production :

On observe une incitation verbale réduite ou excessive, des difficultés à s'adapter à l'interlocuteur (excès de familiarité ou distance excessive) et au registre de langage utilisé (utilisation d'un vocabulaire familier voire grossier), de nombreuses digressions et un non-respect de l'alternance des tours de parole.

### 2.3.6 Mécanisme des troubles

#### Syndrome dysexécutif et troubles de la communication :

Selon de nombreux auteurs, les troubles de la communication, c'est-à-dire de l'utilisation du langage en contexte, seraient en lien avec un dysfonctionnement exécutif. En effet, les lobes frontaux contrôlent, activent ou inhibent les autres fonctions neurologiques. Ils organisent notamment la manière dont un individu interagit avec le monde extérieur (Pradat-Diehl, 2002).

Les fonctions exécutives permettent donc de s'exprimer de manière claire et cohérente en utilisant les mots adéquats, en coordonnant plusieurs idées et en interprétant le discours de l'interlocuteur. Selon Peter-Favre (2001), elles jouent « *un rôle possible dans la maîtrise de la pragmatique qui nécessite l'intégration de compétences multiples de haut niveau, en particulier langagières et sociales.* » (p. 9)

Un fonctionnement exécutif efficace est donc nécessaire pour mettre en place une communication adaptée et efficace. Or, le syndrome dysexécutif provoque, entre autres, des difficultés à traiter l'information, à résoudre des problèmes, à synthétiser les informations et à réguler son comportement. Ces déficits provoquent donc des troubles des compétences sociales en situation de communication.

Concrètement, selon Rousseaux et al. (2007), un déficit de l'inhibition ou de la planification conduiraient à une difficulté à structurer le discours se traduisant par un comportement verbal automatisé.

#### Théorie de l'esprit et troubles de l'interaction sociale :

Le concept de Théorie De l'Esprit (TDE) peut être défini comme la capacité à se représenter les états mentaux d'autrui (leurs pensées, leurs émotions, leurs croyances) et donc à réaliser des inférences.

La TDE est indispensable à l'interprétation d'un énoncé puisqu'elle permet de prendre en compte et comprendre le locuteur, le contexte et les connaissances partagées au moment de l'énonciation. C'est cette capacité qui permet la compréhension des intentions de communication du partenaire de conversation (Champagne-Lavau & Joannette, 2009).

Un déficit de la TDE peut donc expliquer les troubles pragmatiques des sujets traumatisés crâniens qui ne parviennent pas à ajuster leur comportement dans la communication.

En conclusion, la majorité des patients traumatisés crâniens subissent des lésions diffuses touchant de manière prédominante le système fronto-temporal. Cette atteinte est responsable d'altérations cognitives et psycho-affectives.

Dans le domaine du langage, les patients TC présentent rarement une aphasie mais les séquelles les plus invalidantes concernent les troubles de la communication qui provoquent une altération des compétences sociales. Ces difficultés ont des répercussions psychologiques et doivent impérativement être repérées pour une meilleure prise en charge. En effet, ce défaut de communication peut isoler le patient rentré à son domicile.

### 3. Nécessité d'une évaluation des troubles de la communication

Masqués par les troubles moteurs ou mnésiques et par l'anosognosie, les troubles de la communication des cérébrolésés passent très souvent inaperçus dans un premier temps et sont donc mal repérés. Pourtant, nous verrons que leurs répercussions dans le quotidien des patients sont importantes et que l'orthophoniste dispose désormais de nombreux outils pour les évaluer.

#### 3.1 Répercussion des troubles dans l'environnement du patient

Bien souvent les troubles du patient traumatisé crânien ne se voient pas : le blessé se déplace, parle mais ses difficultés de raisonnement, de mémoire, de comportement et de communication forment un véritable handicap invisible qui entrave le lien social.

Les séquelles cognitives et comportementales concernent deux tiers des patients traumatisés crâniens (Brooks, 1991 cité par Kozlowski et al., 2002). Ces troubles, provoqués par l'accident, sont un véritable frein à la réinsertion familiale, sociale et professionnelle.

##### 3.1.1 L'environnement familial

Le traumatisme crânien et les troubles qui lui sont dus bouleversent considérablement l'environnement familial dans lequel évolue le patient.

Suite à l'accident, son rapport aux autres peut se modifier et ce changement de comportement est souvent vécu douloureusement par l'entourage proche : le patient souffre de douleurs et se plaint beaucoup, il se fatigue vite et ne supporte pas le bruit autour de lui, il peut devenir grincheux, violent et agressif ou parfois se mettre en retrait et fuir tout contact (Ferrey, 1995).

Les rôles de parent et de conjoint sont mis à mal par les séquelles du traumatisme :

- Les difficultés à se décentrer, à attribuer des pensées et des affects et le manque de flexibilité mentale empêchent le patient de comprendre et répondre aux besoins de ses enfants. Le parent sain porte alors toute la responsabilité de l'éducation des enfants et peut avoir l'impression que son conjoint devient une personne supplémentaire à charge (Destailats et al., 2007).
- Les séquelles cognitives interfèrent dans la réalisation d'activités élaborées : le traumatisé crânien se trouve alors incapable de gérer des tâches telles que la gestion du budget, le déplacement en transports en commun, la prise de rendez-vous, etc.
- Les troubles de la mémoire antérograde empêchent le patient de se construire des nouveaux souvenirs avec sa famille.
- Les modifications du comportement sont les séquelles les plus difficiles à surmonter pour les familles vivant au quotidien avec une personne traumatisée crânienne. Ce sont elles qui mettent le plus les familles en souffrance lorsqu'elles concernent l'agressivité et la violence (Mazaux & Cazals, 2006).

En résumé, Ferrey (1995) relève un certain nombre de difficultés provoquées par le traumatisme crânien qui peuvent perturber la sphère familiale du patient :

- L'arrêt de l'activité professionnelle ou les difficultés à reprendre celle-ci.
- Les problèmes financiers.
- Une éventuelle mise en cause juridique liée à l'accident.
- Les souffrances physiques et psychiques causées par l'accident et non soulagées par les prises en charge thérapeutiques.
- Les changements de la personnalité et de l'humeur perturbant la communication avec l'entourage.

Un soutien familial par des professionnels est souvent nécessaire pour maintenir un équilibre au sein de la famille et permettre à chaque membre de trouver sa place et de s'adapter aux nombreux bouleversements de leur vie quotidienne.

### **3.1.2 L'environnement social**

Un appauvrissement des relations sociales et des loisirs est fréquemment observé après un traumatisme crânien. En effet, les patients éprouvent des difficultés à reprendre les activités

qu'ils menaient avant leur accident. Cette diminution des centres d'intérêt et des activités sociales provoque un isolement progressif des sujets.

Les difficultés de réinsertion sociale s'expliquent également par le comportement du patient jugé étrange et non adapté par l'entourage.

Selon une étude menée par Joly-Puttoz, Desrichard et Carbonnel (2001), le comportement inadapté des traumatisés crâniens dans des situations d'interactions sociales serait dû en partie à une mauvaise gestion des normes sociales. En effet, selon eux, ces patients éprouveraient des difficultés à percevoir les attentes implicites de leurs interlocuteurs et adapteraient donc mal leur comportement à ces situations.

### **3.1.3 L'environnement professionnel**

La réinsertion professionnelle est un objectif essentiel de la prise en charge de cette population, majoritairement jeune et insérée dans le monde du travail avant la survenue de l'accident.

Les séquelles du traumatisme réduisent les possibilités de retour au travail. Une étude de Jourdan et al. (2013) citée par Ruet et Bercovici (2015) montre que seulement 42% des patients TC graves ont pu retourner au travail un an après leur accident. De plus, les personnes ayant retrouvé une activité professionnelle se retrouvent bien souvent face à des difficultés.

Selon Crépeau et Scherzer (1993) cités par Ruet et Bercovici (2015), la réinsertion professionnelle des patients traumatisés crâniens dépend de facteurs *prédictifs* et de facteurs *indicateurs* :

#### Les facteurs prédictifs :

Ils concernent l'état du sujet et sont liés :

- Aux caractéristiques antérieures au TC : éléments personnels et socio-démographiques.
- Aux caractéristiques liées au TC : sévérité initiale du traumatisme calculée par le score du coma (score de Glasgow), la durée du coma et par la durée de l'amnésie post-traumatique.

#### Les facteurs indicateurs :

Ils évaluent à un instant précis les capacités ou incapacités à reprendre une activité professionnelle.

**Les séquelles cognitives** apparaissent comme des variables importantes influençant la reprise du travail. En effet, la mémoire verbale et la vitesse de traitement de l'information seraient les deux meilleurs indicateurs de réinsertion. Selon une étude réalisée par Vallat-Azouvi et al. (2007), les patients éprouvent plusieurs difficultés entravant l'exercice de leur profession : lenteur (65%), fatigabilité (70%), difficultés de concentration (50%) et difficultés pour effectuer deux tâches simultanément (55%) sont source de plainte pour la majorité des blessés.

**Les modifications du comportement** jouent également un rôle non négligeable dans les possibilités de reprise du travail. L'agressivité, le comportement déplacé, le manque d'initiative et de motivation freineraient voire empêcheraient le retour au travail.

Lorsque le patient exerçait une activité professionnelle avant la survenue de son accident, une reprise progressive du travail peut être organisée dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique si les séquelles ne sont pas trop invalidantes (Pradat-Diehl et al., 2002).

Les dispositifs UEROS (Unités d'Évaluation, de Réentraînement et d'Orientation Sociale et professionnelle) ont été créés pour les personnes présentant une lésion cérébrale acquise dans le but de les accompagner vers une réinsertion sociale et professionnelle. Ces unités ont pour mission d'évaluer les séquelles cognitives, de définir une nouvelle orientation professionnelle et d'élaborer un programme de réentraînement à la vie active (Hamonet-Torny et al., 2013).

En conclusion, les troubles cognitifs et comportementaux rencontrés par le patient traumatisé crânien rendent difficile le retour à domicile et la réinsertion sociale et professionnelle.

Les troubles de la communication, handicap invisible, sont responsables d'un sentiment de malaise dans l'entourage du blessé et provoquent un isolement du malade et une rupture du lien social. Le rôle de l'orthophoniste est donc d'objectiver ces troubles de manière à pouvoir les comprendre et adapter sa rééducation au plus près des besoins du patient. Il existe, pour faire cette évaluation, des outils en langue française étalonnés et destinés à cette population.

### 3.2 Les outils d'évaluation orthophoniques des troubles de la communication

Il s'agit ici de présenter les outils en langue française évaluant les troubles de la communication des patients traumatisés crâniens adultes. Actuellement, seuls le Test Lillois de Communication (TLC) et le protocole Montréal d'Évaluation de la Communication (MEC)

sont diffusés à une large population d'orthophonistes. Les autres tests, basés sur l'analyse de conversations filmées, sont peu utilisés en pratique.

### 3.2.1 Le TLC

Publié en 2001 par Rousseaux, Delacourt, Wyrzykowski et Lefevre, le Test Lillois de Communication est un bilan de communication qui s'adresse aux patients présentant diverses pathologies (lésions cérébrales, démences, surdités).

Il est composé de trois situations d'évaluation :

- **Un entretien dirigé** : il évalue l'informativité du discours dans un cadre naturel de conversation.
- **Une discussion** : sur un thème apportant des avis divergents, elle évalue la pertinence du discours argumentatif.
- **Une épreuve type PACE** : à partir d'échanges de cartes en double exemplaire, cette épreuve évalue la compréhension et l'utilisation d'une communication non verbale (mime, geste, dessin).

La passation des différentes situations permet de remplir trois grilles d'évaluation qui renseignent sur : *l'attention et la motivation à la communication* (implication du sujet dans l'interaction), la *communication verbale* (au niveau de la parole et du discours) et la *communication non verbale* (fréquence d'utilisation des gestes, expressivité et informativité). Après-coup, le thérapeute attribue une note allant de 0 à 2 pour chaque item observé. Ce test nécessite donc de bonnes capacités d'observation et une bonne connaissance de la grille.

### 3.2.2 Le protocole MEC

Le Protocole Montréal d'Évaluation de la Communication a été élaboré par Joannette, Ska et Côté en 2004. À l'origine, cet outil fut créé pour évaluer les troubles acquis de communication verbale de patients cérébrolésés droits (CLD) mais, selon les auteurs, il peut être utilisé comme outil d'évaluation après de patients présentant d'autres types de lésions cérébrales (suite à un traumatisme crânien, une tumeur cérébrale ou une maladie neuro-dégénérative).

Le protocole MEC évalue quatre composantes nécessaires à une communication efficiente : *prosodique, lexico-sémantique, discursive et pragmatique*.

Il est composé de deux questionnaires (un destiné à la famille et un destiné au patient pour mesurer la conscience des troubles), d'une grille d'observation du discours conversationnel évaluant les habiletés de communication et de treize autres tâches évaluant les composantes vues précédemment.

Pour répondre à certaines critiques, Ferré et son équipe publièrent en 2011 la **version de poche du protocole MEC**. De passation plus courte (environ trente minutes), le protocole MEC de poche évalue les mêmes composantes que le protocole initial (prosodique, lexico-sémantique, discursive et pragmatique) et permet d'établir un profil de communication du patient.

Il comporte dix épreuves dont sept en commun avec le protocole MEC mais comprenant moins de stimuli. En effet, seuls les items les plus pertinents assurant une distinction entre les individus cérébrolésés et la population test ont été conservés permettant une évaluation fine et rapide des troubles.

### 3.2.3 Le Protocole Pragmatique

Prutting et Kirshner (1987) ont élaboré un protocole évaluant trente paramètres pragmatiques à partir d'une conversation filmée de quinze minutes entre un patient et son interlocuteur.

Les paramètres observés sont répartis en trois groupes : aspects *verbaux* (actes de langage, thèmes de conversation, tours de parole, etc.), aspects *paralinguistiques* (intelligibilité, qualité et intensité vocale, prosodie, fluence) et aspects *non verbaux* (proximité physique, posture corporelle, gestes, expressions faciales, direction du regard, etc.).

Le Protocole Pragmatique évalue les comportements langagiers et non langagiers du patient en termes de caractères :

- **Appropriés** : facilitent la communication au sein de l'interaction ou ne la modifient pas.
- **Inappropriés** : diminuent la communication au sein de l'interaction et pénalisent les individus.
- **Non appréciables** : pas assez d'informations à disposition pour juger du caractère approprié ou inapproprié.

Selon Hupet (2006) ce protocole possède quelques désavantages qui limitent son utilisation par les orthophonistes. En effet, le risque de subjectivité du thérapeute est important lors de



l'évaluation des paramètres observés. De plus, ce protocole ne précise par la gravité du comportement inapproprié et n'apporte donc pas assez d'informations sur le trouble.

### **3.2.4 Le PFIC**

Publié en 1996 par Linscott, Knight et Godfrey, le « Profile of Functional Impairment in Communication » évalue les troubles de la pragmatique conversationnelle de patients traumatisés crâniens sous la forme d'une grille d'évaluation comportementale.

Cette procédure consiste à filmer et évaluer une conversation libre sans thème défini entre un patient et un partenaire institutionnel pendant une dizaine de minutes.

Le PFIC s'est élaboré autour des théories de Grice (maximes conversationnelles) permettant aux auteurs de développer dix règles de communication. Chaque règle est composée d'indicateurs comportementaux spécifiques (84 indicateurs au total) qui renseignent sur la sévérité de l'atteinte des dix domaines étudiés (Bischof, 2010).

Rault et Saint-Pé (2013) ont cherché à analyser les raisons de la faible utilisation du PFIC par les orthophonistes et ont relevé plusieurs limites : manque de connaissances sur le fonctionnement de l'outil, procédure inadaptée à la pratique orthophonique (trop longue et trop contraignante) et diffusion de l'outil non satisfaisante.

### **3.2.5 La GALI**

La GALI (Grille d'Analyse Linguistique d'Interaction Libre) a pour objectif d'analyser de manière qualitative et quantitative les habiletés conversationnelles verbales et non verbales qui entrent en jeu dans la communication des traumatisés crâniens (Saison, Barat & Aguert, 2014).

Cette grille, élaborée par Saison et son équipe, évalue les comportements de communication déficitaires en situation filmée de conversation libre entre un patient et son interlocuteur.

La GALI est structurée en trois niveaux de conversation : le niveau de l'*énoncé* (prosodie, débit, articulation, rythme, etc.), le niveau de l'*énonciation* (clarté du discours, idées, geste, regard, posture) et le niveau *pragma-interactionnel* (pauses, comportement, tours de parole, thèmes de conversation, etc.). Chaque niveau est composé d'items cotés de 0 à 5 (0 symbolisant l'absence de déficit et 5 la présence d'un déficit très sévère).

La GALI est donc un outil détaillé qui permet d'observer les composantes verbales et non verbales de la communication ainsi que les stratégies de compensation déployées par l'interlocuteur. Cependant, elle est difficilement utilisable par les orthophonistes car elle nécessite une grande maîtrise et connaissance de la grille et ne permet donc pas un repérage rapide des troubles (Chérel, 2014).

### **3.2.6 L'intérêt de l'évaluation du discours conversationnel**

Selon Peter-Favre (2002), l'étude du discours conversationnel est indispensable car les rapports sociaux entre les individus se construisent par les échanges verbaux. Cette analyse conversationnelle doit permettre d'évaluer et de comprendre les capacités et les dysfonctionnements dans la communication et d'élaborer un projet thérapeutique adapté à chaque patient.

L'investigation par des outils cliniques étalonnés s'appuie sur une approche comparative permettant de montrer les similitudes et les différences de compétences entre une population normale et pathologique ainsi que les variabilités chez un même patient des divers domaines explorés par le bilan (Nadel, 1994 cité par Dardier, 2004). Cependant, elle se limite parfois à l'évaluation de quelques compétences pragmatiques telles que la compréhension des métaphores, de l'implicite ou des actes de langage indirects et ne suffit pas à objectiver un trouble pragmatique en situation de conversation.

Les grilles d'analyse conversationnelle, utilisées dans des situations naturelles, sont un bon moyen d'étayer et d'enrichir les données relevées par les batteries standardisées utilisées dans le bureau de l'orthophoniste et permettent de développer des pistes de remédiations de ces troubles. Il en existe de nombreuses sortes comme celles vues précédemment mais elles s'intéressent seulement au comportement d'un seul individu en situation de conversation.

En conclusion, les orthophonistes disposent de plusieurs outils d'évaluation validés et normés en langue française permettant d'objectiver les troubles de la communication des patients traumatisés crâniens. Cependant, la passation de ces outils s'exécute en situation duelle très structurée avec un thérapeute ou un interlocuteur privilégié pouvant alors masquer les déficits de ces patients en contexte plus naturel de communication. Côté, Moix et Giroux (2004)

soulignent donc la pertinence d'observer des patients cérébrolésés présentant des troubles de la communication en situation de groupe.

La construction du projet thérapeutique ne peut se faire sans une vue globale et complète du tableau clinique du patient et l'utilisation seule d'un bilan d'évaluation en situation duelle thérapeute – patient ne suffira pas à l'appréciation de la communication au sens large.

### 3.3 De l'évaluation au projet de rééducation : un enjeu d'insertion

L'évaluation est déterminante dans le travail de l'orthophoniste puisqu'elle va permettre de cerner l'origine des troubles observés afin d'élaborer un projet thérapeutique. L'objectif majeur est de permettre au patient la meilleure réinsertion familiale, sociale et professionnelle possible. Il est important de garder à l'esprit que la passation des tests d'évaluation précédemment cités s'exécute dans des situations assez éloignées de la vie quotidienne : dans un bureau, en conversation duelle et avec parfois la présence d'une caméra.

#### 3.3.1 Troubles de la communication et handicap social

La Classification Internationale du Fonctionnement (CIF), du Handicap et de la Santé a été créée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) en 2001. Elle permet de définir le handicap du point de vue individuel mais également environnemental en prenant en compte les activités des individus en interaction avec leur environnement.

*« Considérer le traumatisme crânien sous l'angle du handicap, c'est analyser les déficits persistant à long terme qui en résultent et réduisent l'autonomie, la réinsertion socio-professionnelle et la qualité de vie. »* (Mazaux et al., 2015, p. 227).

Selon la CIF, le traumatisme crânien provoque un handicap communicationnel d'origine cognitive qui nuit gravement à la réinsertion socio-professionnelle. Il est donc du devoir de l'orthophoniste de prendre en charge les patients souffrant de ce handicap.

Cependant, les troubles de la communication sont souvent masqués à la phase initiale de l'accident par les troubles moteurs et il n'y a donc pas de prise en charge immédiate. C'est généralement lors du retour à domicile que la famille constate des modifications du comportement social de leur proche. En effet, les aspects formels du langage sont souvent préservés (phonologie, lexique et syntaxe) cachant un temps les troubles de la pragmatique.

Ces troubles, invisibles pour l'entourage, donnent l'impression que quelque chose est anormal lors des situations de conversation et provoquent un sentiment de malaise chez l'interlocuteur (Cohadon et al., 1998). Pour les repérer il faut donc observer et étudier le comportement du traumatisé crânien en situation naturelle de conversation (au cours d'échanges verbaux routiniers) et non pas lors d'un test pour analyser de manière précise et objective les difficultés rencontrées par le patient au cours de l'échange.

### **3.3.2 La prise en charge orthophonique**

Les besoins du patient traumatisé crânien sont différents à chaque phase du traumatisme et la prise en charge orthophonique s'adapte et évolue en fonction des besoins spécifiques :

#### Période d'éveil :

La phase d'éveil chez le traumatisé crânien est une période qui s'étend de l'ouverture des yeux à la récupération de la conscience de soi (Cohadon et al., 1998). L'objectif de la rééducation à cette phase est d'entrer en contact avec le patient et de lui fournir des repères.

Pour cela, chaque action effectuée par le thérapeute devra être verbalisée, l'équipe présente devra constamment répondre aux besoins du patient et la chambre du blessé sera personnalisée pour créer un environnement psycho-affectif riche en stimulations afin de s'ancrer dans le présent (Egon, Isambert & Filipetti, 2009).

L'orthophoniste, présent au sein d'une équipe transdisciplinaire, utilise des techniques de stimulation sensorielle pour favoriser la reprise de conscience après une période plus ou moins longue de coma. Les stimuli sensoriels envoyés au patient permettent d'engendrer des réponses pour lui faire progressivement prendre conscience de son existence.

Au cours de cette phase, le patient peut observer un état de mutisme malgré de bonnes capacités de compréhension ou présenter un discours incompréhensible et incohérent. Le rôle de l'orthophoniste sera de stimuler l'expression orale du patient par des stimulations verbales affectives, des mises en situation de communication automatique, des ateliers en groupe et des exercices de motricité bucco-faciale.

Le patient va progressivement prendre conscience des événements passés et de ses déficits moteurs. Cette phase peut alors s'accompagner d'un comportement agressif.

### Période de rééducation :

A partir des bilans effectués par les différents professionnels, un tableau clinique du patient va se dresser prenant en compte l'ensemble des déficits. Un projet de rééducation s'élabore en partenariat avec le patient, sa famille et les thérapeutes. Cependant, au début de cette période, le patient traumatisé crânien minimise ses troubles et a tendance à refuser les prises en charge qu'il considère non adaptées.

En séance individuelle comme en séance de groupe, l'orthophoniste va travailler sur les différentes difficultés du patient :

- **La dysphonie laryngée** provoquée par une intubation prolongée. Le travail orthophonique porte sur le souffle et la déglutition.
- **La dysarthrie** : la rééducation est axée sur la coordination pneumo-phonique, l'articulation et le rythme.
- **Les troubles langagiers** : le travail porte sur les aspects lexicaux et communicatifs en lien avec l'environnement socio-professionnel du malade. C'est le contenu qui est mis en avant plus que la forme de la production (Cohadon et al., 1998).
- **Les troubles des compétences de communication** : cette prise en charge nécessite de s'intéresser aux habitudes de communication antérieures du patient. C'est donc à cette période que l'orthophoniste évalue les capacités pragmatiques et discursives du patient.

### Période de réadaptation :

Cette période est marquée par une stabilisation de l'état du patient. Celui-ci conserve alors des difficultés qu'il ressent au quotidien. La prise en charge va stagner et les progrès vont se faire plus rares. C'est donc à ce moment que l'équipe pluridisciplinaire devra mettre en place des adaptations pour pallier le handicap résiduel en collaboration avec le patient et son entourage. En orthophonie, les activités proposées seront des temps de discussion, de débat, de mises en situation, etc. Il sera alors nécessaire d'aider le patient à prendre conscience de ses changements de comportement grâce à l'utilisation de la vidéo au cours des temps de prise en charge.

La rééducation des troubles pragmatiques et discursifs pourra donc s'effectuer en groupe avec des situations concrètes centrées sur des activités de la vie quotidienne (transmettre des informations, demander des renseignements, faire ses courses, discuter avec des amis,...).

### Période de réinsertion :

Cette phase précède le départ définitif du patient de la structure de rééducation et de réadaptation. Elle le prépare donc au milieu extérieur dans lequel il se retrouvera et vise une autonomie maximum.

Le suivi se déroule ainsi sur du long terme en gardant contact avec le blessé grâce à des consultations médicales régulières.

La prise en charge orthophonique se poursuivra en cabinet libéral si nécessaire. Les transmissions entre les deux professionnels se feront via conversation téléphonique et/ou transfert du bilan orthophonique. Les retours plus fréquents au domicile pourront mettre en avant les répercussions des troubles pragmatiques dans la vie quotidienne du patient. La rééducation spécifique des capacités pragmatiques, si nécessaire, s'intensifiera donc à cette période.

En conclusion, les troubles de la communication ont des répercussions importantes et influencent la qualité de vie des traumatisés crâniens.

L'orthophoniste accompagne son patient à chaque étape de son parcours institutionnel et s'adapte à ses besoins et son projet de vie.

Les troubles de la communication doivent être objectivés et pris en charge pour que la réinsertion familiale, sociale et professionnelle se passe le mieux possible.

## 4. La rééducation orthophonique des troubles de la communication

La pragmatique et la communication sont au cœur du travail de l'orthophoniste puisqu'elles reflètent la manière d'être d'un sujet. Le travail rééducatif axé sur ces troubles s'effectuera au départ dans un centre de rééducation fonctionnelle au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Elle nécessite en effet la coordination de plusieurs professionnels.

### 4.1 Les différentes approches rééducatives

#### **4.1.1 Approche cognitiviste**

L'approche cognitiviste vise la réhabilitation et l'amélioration des performances des patients en ciblant les composantes déficitaires. Elle est destinée aux malades présentant des déficits cognitifs spécifiques et modérés (Mazaux & Delhair, 2014).

Cette approche s'appuie sur les modèles empiriques. Elle nécessite de repérer précisément les fonctions perturbées chez un individu (langage, mémoire ou fonctions exécutives par exemple).

Cette approche est dite « restaurative » car elle est fondée sur un principe de réentraînement intensif des disfonctionnements (Euverte et al., 2014). Elle s'articule autour de deux axes : la *réparation* et la *compensation* :

- **La réparation** : la rééducation s'effectue en travaillant isolément la fonction altérée. Les exercices sont des tâches papier-crayon ou réalisées sur l'ordinateur. Il s'agira par exemple de travailler spécifiquement le lexique avec des tâches de dénomination ou la syntaxe avec des exercices de description d'images.
- **La compensation** : son but est de contourner les déficits des patients en leur donnant de nouvelles stratégies. Pour compenser un trouble d'accès au lexique qui perturbe l'informativité du discours, les professionnels pourront apprendre au patient à définir ce mot par l'usage : si par exemple le patient ne retrouve pas le mot « agenda », il pourra se faire comprendre en disant : « le carnet dans lequel on note des rendez-vous ».

Aujourd'hui, la rééducation cognitive prend une place importante dans le processus rééducatif des patients cérébrolésés. Cependant, elle connaît quelques limites puisqu'elle ne s'appuie pas sur les difficultés ressenties au quotidien par les patients et ne favorise donc pas un transfert des acquis. Son utilisation est désormais complétée par des méthodes dites « substitutives ».

#### 4.1.2 Approche holistique

L'approche holistique est définie comme une approche globale prenant autant en compte les aspects cognitifs que les aspects biographiques, émotionnels et psychologiques (Euverte et al., 2014). Elle s'appuie sur une dynamique de groupe qui vise le développement de l'estime de soi et la meilleure réinsertion sociale et familiale possible en s'orientant sur les troubles de la pragmatique du langage.

L'approche holistique est basée sur un programme intensif (en moyenne cinq heures de travail par jour pendant six mois) au cours duquel les situations de communication travaillées, proches des centres d'intérêt du patient, s'effectuent en séance individuelle ou de groupe.

La particularité de cette approche repose sur l'idée qu'elle doit être totalement adaptée au malade et à ses besoins. North (2007) recense les étapes de ce programme visant la réinsertion sociale :

- **La prise de conscience** : au cours de cette étape, le patient devient conscient de ses déficits, de leurs répercussions dans son quotidien et de l'intérêt de les compenser. Cela passe par l'acceptation des bouleversements du style de vie antérieur.
- **La malléabilité** : cette étape correspond à la modification des comportements non adaptés du patient.
- **La compensation** : cette étape importante vise l'apprentissage de stratégies nouvelles transférables à des situations du quotidien pour pallier les déficits et favoriser l'autonomie.
- **L'acceptance** : les étapes précédentes et la maîtrise progressive des stratégies de compensation permettent au patient de reprendre goût à la vie et de se lancer dans de nouveaux projets.
- **L'identité** : lors de cette dernière étape, le patient tient compte de ses déficits et de ses capacités résiduelles pour se construire une nouvelle identité.

Cette approche, centrée sur la personne, se base sur la réalité du patient après son accident, ses facultés résiduelles et ses projets futurs plutôt que sur ses difficultés et incapacités. Une alliance thérapeutique va alors se créer entre le patient, sa famille et le thérapeute dans le but d'élaborer un nouveau projet de vie.

#### **4.1.3 Approche écologique ou fonctionnelle**

Appelée également approche pragmatique car elle s'intéresse aux activités quotidiennes du patient et à la manière dont la rééducation peut améliorer la réalisation de ces activités.

Son but est donc de développer l'autonomie dans la vie quotidienne du patient en travaillant sur les activités de base, de vie domestique et de vie sociale (Mazaux & Delair, 2014).

Cette méthode s'appuie principalement sur des mises en situation en groupe pour travailler au cœur des besoins des patients. Les thématiques sont concrètes et variées : gestion financière et administrative, déplacements en transports en commun, conduite automobile, relations sociales, loisirs, etc.

L'approche R.E.A.L (Rehabilitation for Everyday Adaptive Living) mise au point par Snow et Ponsford en 1995 illustre parfaitement le principe de la rééducation écologique. Ce programme de réadaptation, destiné à une population de traumatisés crâniens, s'appuie sur des



situations de communication pertinentes pour chaque patient travaillées en séance individuelle ou en groupe.

Bony et Rouyres (2012) relèvent les principes fondamentaux de cette approche :

- Le travail s'effectue au sein d'une équipe pluridisciplinaire en intégrant au maximum le patient et sa famille dans le processus de réhabilitation.
- Le patient est considéré dans son contexte de vie et la thérapie s'appuie sur des besoins concrets du quotidien.
- L'objectif est de pallier les difficultés résiduelles en apprenant à contourner les limites.
- L'intervention s'adapte également au mode de vie antérieur du patient et aux besoins qu'il pourra ressentir à long terme.

Bony et Rouyres (2012) ont travaillé sur un matériel de réhabilitation écologique de la communication destiné à des patients traumatisés crâniens. Il est composé de fiches d'éducation destinées aux patients et à leurs aidants expliquant les différents troubles et leurs répercussions ainsi que d'exercices basés sur des situations de vie quotidienne. Ce travail a été enrichi par la suite par d'autres étudiants et ouvert à une population plus large de patients cérébrolésés.

En conclusion, il est possible de distinguer trois types d'approches rééducatives en orthophonie : une approche *cognitive* centrée sur les déficiences, une approche *holistique* centrée sur les personnes et une approche *fonctionnelle* centrée sur les limitations d'activités. Le choix des techniques rééducatives s'effectuera au regard des bilans montrant les fonctions altérées et préservées, de l'évolution de la prise en charge et du projet thérapeutique du malade et de sa famille.

L'approche fonctionnelle est aujourd'hui celle qui semble le plus prendre en considération les besoins réels des patients en travaillant sur les activités nécessaires à leur future réinsertion. La PACE (Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness) est une méthode illustrant cette approche.

## 4.2 La méthode PACE

### 4.2.1 Présentation de la méthode

La PACE (Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness) est une méthode de rééducation globale et fonctionnelle qui s'inscrit dans le courant de la pragmatique.

Elle a été mise au point par Davis et Wilcox en 1981 avec pour objectif l'amélioration des capacités communicatives des patients aphasiques. Le but est de placer le patient dans une situation naturelle de communication (conversation duelle) afin de développer chez lui des stratégies de communication efficaces et reproductibles dans la vie quotidienne. C'est l'informativité du discours qui est mise en avant dans cette méthode pour permettre une communication efficace malgré les difficultés des patients.

Cette méthode consiste à communiquer à son interlocuteur des informations nouvelles autour d'un référent commun. La situation PACE proposée par Davis et Wilcox est la suivante : patient et thérapeute sont assis face à face, une pile de cartes est posée face cachée au milieu de la table. L'informateur (patient ou thérapeute) tire une carte et tente de l'expliquer au devineur en utilisant les moyens de communication de son choix (verbaux ou non verbaux). La situation s'arrête lorsque le devineur possède assez d'informations pour se faire une représentation précise de la carte et les rôles sont échangés au tour suivant.

La méthode PACE repose sur quatre principes fondamentaux :

- **L'échange d'informations nouvelles** : ce principe est essentiel pour respecter les règles d'une conversation naturelle. Dans la vie quotidienne, les informations que nous échangeons ne sont pas connues de notre interlocuteur. Le matériel utilisé doit donc être varié pour permettre au thérapeute de ne pas connaître à l'avance l'information que le patient tente de transmettre.
- **L'alternance des tours de rôle et la participation équivalente** : patient et thérapeute incarnent tour à tour le rôle d'informateur et de devineur. Il n'y a pas de notion de hiérarchie et la coopération entre les deux acteurs est essentielle.
- **Le libre choix du canal de communication** : le patient choisit librement le moyen de communication qu'il souhaite utiliser (langage oral, geste, dessin, écriture) dans le but de délivrer son message le plus efficacement possible.
- **Le feed-back fonctionnel** : le feed-back apporté par le thérapeute repose sur la compréhension ou non de l'information communiquée par le patient et non sur la justesse de sa production linguistique. Il se concentre donc sur le fond de l'information transmise et non sur sa forme.

Cette méthode doit être appliquée, du moins en début de prise en charge, en parallèle d'une thérapie cognitive qui se concentre sur les processus mentaux sous-tendant les activités langagières (Davis, 2005).

Ainsi, en plaçant les patients aphasiques dans une situation recréant les aspects naturels de la communication (absence de hiérarchie, alternance des tours de parole, transmission d'informations, multicanalité), la PACE leur permet de découvrir l'étendue de leurs capacités expressives et les décentre de leurs difficultés en langage oral. Elle permet aux patients de retrouver confiance en leurs capacités et stimule leur appétence à la communication.

#### 4.2.2 Adaptations possibles

La situation d'origine d'explication avec une carte unique proposée par Davis et Wilcox a été critiquée par plusieurs auteurs (Clerebaut, Coyette, Feyereisen & Seron, 1984 ; Dessy et al., 1989 ; Pulvermüller & Roth, 1991). En effet, puisqu'il s'agit d'une carte unique, le patient en position de devineur (donc « passive ») ne possède aucun référent sous les yeux et il est alors difficile d'estimer s'il comprend réellement le message fourni par le thérapeute.

Pour pallier ce problème, Clerebaut et al. (1984) ont imaginé des adaptations possibles de la méthode d'origine :

**Jeux avec images en double** : le patient et le thérapeute disposent d'un jeu identique composé de six à dix images. Chaque joueur place ses cartes sur un socle en bois à l'abri des regards de l'interlocuteur. A partir de cette disposition, deux situations sont possibles :

- Situation d'explication : l'informateur choisit une image de son jeu et la décrit au devineur qui doit trouver la paire correspondante. Les rôles sont inversés à chaque tour pour que le patient occupe aussi bien le rôle d'informateur que celui de devineur.
- Situation de devinette : l'informateur choisit une image de son jeu et le devineur pose des questions en se basant sur les cartes qu'il a devant lui pour découvrir celle choisie. Les rôles sont également échangés à chaque tour jusqu'à épuisement de la série.

**Situation de dictée** : elle s'effectue à partir d'une carte unique connue seulement d'un des participants (dessin, formes géométriques). L'informateur va décrire précisément la carte à son interlocuteur afin que celui-ci puisse la reproduire le plus fidèlement possible. La carte et la production du devineur sont ensuite confrontées pour apprécier la réussite ou l'échec de l'échange d'informations.

Pulvermüller et Roth (1991) ont également imaginé un jeu de langage inspiré de la PACE basé sur l'utilisation de référents communs : le jeu de marchandage. Cinq cartes représentant des actions (réalisables par le patient) sont placées au centre de la table, entre les deux participants. Le but est de négocier les actions que l'autre joueur va devoir réaliser. Ce jeu

travaille l'élaboration de divers actes de langage : négocier, argumenter, rejeter une action, etc.

La PACE est donc une méthode pratique et concrète qui offre aux thérapeutes la possibilité de créer un matériel basé sur l'usage de référents communs (cartes) servant de support à la communication. Elle permet ainsi au patient et au thérapeute de produire des échanges verbaux articulés autour d'un thème donné par les cartes de la PACE.

#### **4.2.3 Matériel utilisé**

Le matériel utilisé pour la PACE est constitué d'un grand nombre d'images, de dessins, de photographies, de mots écrits pour respecter le principe d'échange d'informations nouvelles. Ces cartes peuvent représenter des actions, des paysages, des objets du quotidien, des formes etc.

Le choix du matériel est motivé par le niveau socio-culturel et les centres d'intérêt des patients ainsi que par les points spécifiques que le thérapeute souhaite travailler (favoriser l'accès au lexique, renforcer les compétences sémantiques en travaillant sur une catégorie précise, améliorer l'informativité en stimulant l'utilisation du vocabulaire topologique, etc.). Cette diversité permet ainsi de travailler de différentes manières les capacités pragmatiques et discursives (informativité, tours de parole, prise en compte du savoir partagé, etc.).

Les cartes sélectionnées font varier la difficulté de l'exercice. En effet, Dessy et al. (1989) considèrent que les cartes représentant des actions sont plus faciles à décrire que les cartes morphologiquement proches qui nécessitent de comparer les différents référents pour relever l'information pertinente.

Face au manque de matériel existant, Renard et Rousseau (2009) ont créé des séries de cartes doubles qui permettent de travailler spécifiquement certains canaux de communication. Ces cartes ont été élaborées pour une population de patients aphasiques non fluents.

#### **4.2.4 Résultats et perspectives**

En 1984, Clerebaut et al. ont élaboré une grille d'évaluation des conduites de communication déployées dans la PACE qui renseigne sur les capacités de compréhension et d'expression de

chaque patient ainsi que sur l'évolution de leurs performances. Cette grille a pour objectif de tester l'efficacité de la méthode PACE en mesurant les progrès du patient.

Elle permet de répertorier les différents canaux de communication utilisés lorsque le patient est en position d'informateur ainsi que les feed-back qu'il transmet lorsqu'il est en position de devineur.

Cette grille, testée par l'équipe de Dessy (1989), permet de rendre compte globalement de l'évolution du patient en situation d'échanges.

Ces auteurs attestent de l'efficacité de la PACE en situation de communication fonctionnelle par une diminution du temps de transmission de l'information et du nombre de tours de parole nécessaire à l'échange. La méthode PACE permet ainsi d'améliorer l'informativité du discours : avec l'entraînement les patients parviennent à transmettre plus rapidement et donc plus efficacement des informations.

Bertoumieux (2002) a étudié l'impact d'une rééducation utilisant la méthode PACE sur les compétences communicatives de patients aphasiques au moyen du Test Lillois de Communication (TLC). La thérapie PACE était appliquée en séance individuelle à deux patients en complément d'une thérapie classique.

Bertoumieux a montré que la thérapie PACE a participé à l'amélioration des compétences de communication des patients de l'étude visible au travers une augmentation du score global du TLC et une diversification d'utilisation des canaux de communication (dessin, gestes) permettant ainsi une meilleure informativité du discours.

Bien que créée à l'origine pour une population de patients aphasiques non fluents, la méthode PACE s'adresse plus globalement aux patients présentant des troubles de la communication (dus à un accident vasculaire cérébrale, une maladie neurodégénérative, un traumatisme crânien, etc.). Cependant, peu de recherches ont étudié les effets de la méthode PACE auprès d'une population non aphasique.

Malgré cela, nous pouvons aisément imaginer que le principe de la PACE, basée sur une tâche de communication référentielle, peut être adaptable et efficace auprès de nombreuses pathologies altérant la communication.

Aujourd'hui, la méthode PACE est citée dans de nombreux ouvrages de référence de rééducation de l'aphasie (Mazaux, Pradat-Diehl & Brun, 2007 ; Chomel-Guillaume, Leloup &

Bernard, 2010). Elle est considérée comme la première méthode de rééducation fonctionnelle inscrite dans une démarche pragmatique.

La méthode PACE peut être adaptée de multiples façons et peut être menée en thérapie individuelle comme au sein de groupes thérapeutiques. En orthophonie, les groupes sont un moyen de prise en charge efficace des troubles de la communication en entraînant les patients au sein d'un cadre thérapeutique rassurant.

### 4.3 Les groupes thérapeutiques

La rééducation en groupe, menée en parallèle d'une thérapie individuelle, est essentielle lorsque l'on souhaite prendre en charge les troubles de la communication des traumatisés crâniens puisqu'elle permet au patient d'entraîner ses habiletés communicatives auprès de plusieurs interlocuteurs et ainsi d'être confronté à des situations d'interlocution proches de la vie réelle.

Mucchielli (2012) définit le groupe comme un agrégat de personnes formant une unité et partageant :

- **Des interactions** : chaque participant agit et réagit en fonction d'un ou des membres du groupe. Les membres du groupe influencent les conduites, les comportements et les opinions émises par les autres.
- **Des règles de conduite** : le groupe possède des valeurs et des normes qui lui sont propres.
- **Des objectifs collectifs** : les membres partagent des buts communs permettant une cohésion au sein du groupe.
- **Des affects** : les situations partagées par les membres du groupe engendrent des émotions et des sentiments collectifs.

En orthophonie, il existe différents types de groupe et leur organisation doit être réfléchi en fonction des patients, des pathologies et des objectifs thérapeutiques.

#### 4.3.1 Historique

La thérapie de groupe est née de la psychologie aux Etats-Unis au début du XX<sup>ème</sup> siècle d'un objectif de réadaptation sociale et de modification de la structure de la personnalité. En 1920,

Green créé des groupes thérapeutiques pour prendre en charge le bégaiement ; en 1934, Slavson instaure des groupes de jeux avec des jeunes patients déficients intellectuels (Mucchielli, 2012). Il va s'en suivre un véritable essor des pratiques psychanalytiques de groupe après la Seconde Guerre Mondiale.

En orthophonie, les premières thérapies de groupe semblent dater de la seconde moitié du XX<sup>ème</sup> siècle auprès d'une population d'aphasiques. La création de ces groupes a eu pour but de replacer les patients dans un véritable contexte de communication pour dynamiser leurs compétences langagières.

#### Les groupes en aphasiologie :

Les thérapies de groupe en aphasiologie sont très présentes dans les centres de rééducation fonctionnelle et existent sous de nombreuses formes. Elles concernent le plus souvent des patients aphasiques des suites d'une lésion vasculaire. L'entourage familial peut également prendre part à ce type de prise en charge.

La construction de ces groupes s'élabore en prenant en compte la symptomatologie des patients, le temps écoulé depuis l'accident, l'âge ou les objectifs individuels fixés. Ainsi, on réunira par exemple des patients mutiques pour mettre en place des moyens de compensation de l'expression dans un contexte plus écologique qu'une thérapie individuelle.

Buttet Sovilla (1999) relève les principaux objectifs d'une rééducation orthophonique en groupe :

- **La communication** : elle est l'objectif principal de la rééducation, travaillée aussi bien dans ses aspects verbaux que non verbaux via des mises en situation, des conversations, des débats, etc.
- **Les aspects psychologiques** : le groupe peut être l'occasion de travailler la confiance en soi fragilisée par la maladie et de favoriser l'acceptation du handicap.
- **L'orientation socio-thérapeutique** : l'objectif est de travailler sur les comportements non adaptés des patients pour favoriser une réinsertion dans leur vie quotidienne.
- **La pédagogie** : ce dernier objectif s'adapte en fonction du groupe et des besoins de chacun. Il s'agit de transmettre un apprentissage, un savoir aux patients.

#### Expériences de groupes auprès de patients traumatisés crâniens :

**En 2006, Mercat, Renouf, Kozlowski et Rousseaux** cherchent à évaluer l'efficacité d'une prise en charge globale et en groupe des troubles de la communication du patient TC grave en période post-hospitalière. L'objectif de leur intervention est de sensibiliser le patient et sa

famille aux difficultés de communication et de définir des objectifs précis et personnalisés de rééducation. Pour cela, ils mettent en place une prise en charge de groupe de six mois auprès de quatre patients à distance d'au moins un an de leur accident. Deux ateliers sont mis en place dans le cadre de ce protocole (un atelier d'expression orale et un atelier de resocialisation) proposant des activités de type : mimes, ateliers d'écriture, exercices d'évocation lexicale, activités mnésiques et de planification, jeux de rôle, etc. Les résultats, évalués au moyen du TLC et de l'Echelle de Communication Verbale de Bordeaux, suggèrent une évolution globalement positive des performances au niveau du débit de parole, de l'informativité du discours et de l'utilisation de gestes expressifs.

**En 2012, Vanberten et Sonrier** mettent en place un groupe thérapeutique auprès de patients cérébrolésés dans le but de réduire leurs difficultés de « cognition sociale », correspondant au comportement en situation d'interaction. Lors de ce groupe (une heure par semaine pendant environ six mois), une thématique est abordée à chaque séance (émotions, communication, comportement ou implicite) et adaptée en fonction des difficultés spécifiques de chaque patient. Les résultats obtenus objectivent une amélioration des performances chez 50 à 60% des patients aux épreuves d'évaluation des émotions, de jugement de situations sociales et des fonctions exécutives comportementales. Cette prise en charge a permis également à certains patients de prendre conscience de leurs propres difficultés.

**En 2015, Clavel** élabore un protocole de rééducation de la communication non verbale (CNV) destiné à quatre patients adultes traumatisés crâniens. Ce protocole rééducatif se divise en treize séances de rééducation réparties sur quatre mois. Quatre thématiques différentes permettent aux patients de travailler les différentes composantes de la CNV au fil des séances (regard, proxémie et salutations, expressions faciales et gestes). Les versants expressif et réceptif de la communication sont abordés à chaque séance. Elle démontre l'efficacité de son travail par l'amélioration des performances des patients au TLC et par l'augmentation et la diversification des gestes produits par les patients. Elle constate ainsi de l'efficacité de la situation de groupe qui a permis aux patients d'évoluer dans un contexte plus écologique que lors des séances individuelles et de bénéficier d'une dynamique de groupe favorisant l'écoute et l'entraide (resocialisation, création de liens d'amitié et étayage lors des exercices par les patients les plus performants).



### 4.3.2 Classification

Nous présenterons ici la classification apportée par Buttet Sovilla (1997) qui distingue les groupes selon leurs aspects thérapeutiques.

Il est important de préciser que cette classification est purement théorique et que la mise en pratique de ces groupes inclut le plus souvent un regroupement des différentes approches.

#### Groupe à visée éducationnelle ou thérapeutique :

Il permet un apprentissage direct en se focalisant sur un processus spécifique à transmettre aux patients. L'entraînement se fait sous la forme stimulus-réponse.

Au sein d'un groupe restreint, il est possible de tenir compte des besoins de chaque patient en structurant les activités proposées.

Cette approche se centre donc sur les activités langagières en proposant des tâches visant par exemple le réentraînement de la syntaxe, de l'évocation lexicale, du langage écrit, etc.

#### Groupe axé sur la communication :

Appelé également groupe socio-linguistique, sa construction se base sur le courant théorique pragmatique. Son but est de stimuler toutes les formes d'expression pour permettre une communication la plus efficace possible. La création de ce type de groupe vient pallier les limites des groupes à visée thérapeutique très structurés qui restreignent les types d'interactions possibles entre les participants.

La communication verbale et non verbale est donc stimulée aux moyens d'activités de type : jeux de mimes, jeux de rôle, activités PACE, activités à média artistique, débats, conversations,... Ces activités, replaçant la communication au cœur du groupe, permettent d'entraîner les habiletés pragmatiques comme par exemple le turn-taking, la coopération à la conversation, la construction de l'information ou encore le respect des règles de politesse.

#### Groupe psycho-socio-thérapeutique :

Ce type de groupe a pour objectif de préparer les patients à leur retour à domicile en travaillant sur les comportements sociaux pour permettre une réadaptation à la vie en communauté. Travailler en petit groupe est propice à un transfert des apprentissages en agissant dans un cadre sécurisant et orienté vers les éventuels obstacles du monde extérieur.

C'est dans ce type de groupe que l'on retrouvera les activités menées par des thérapeutes en dehors de l'établissement de soins (sorties en centre-ville par exemple) ainsi que les séances menées en présence des familles des patients (groupes d'échanges et de soutien).

### 4.3.3 Organisation

Selon Anzieu (1984), le dispositif thérapeutique doit être réfléchi et élaboré autour de trois unités de base, identiques aux règles de la tragédie classique :

- **L'unité de temps** : le nombre de séances est fixé à l'avance. Ces séances ont lieu à heure fixe et nécessitent une assiduité de la part des participants.
- **L'unité de lieu** : les séances se déroulent dans un local fixe affecté spécifiquement au groupe. Les autres types de prise en charge doivent avoir lieu dans un endroit différent.
- **L'unité d'action** : une tâche précise est demandée aux participants du groupe.

Aux règles de bases émises par Anzieu s'ajoutent des éléments d'organisation spécifiques au travail de groupe en orthophonie :

#### La fréquence et la durée :

- **Durée d'une séance** : les séances menées en groupe durent en moyenne entre une et deux heures (Buttet Sovilla, 1997). Le temps des séances dépend du nombre de patients et de leurs difficultés. Une séance de rééducation demande beaucoup d'attention et de concentration, il faudra donc être vigilant à la fatigabilité des patients.
- **Fréquence des séances** : elle est dépendante des objectifs thérapeutiques. Un groupe peut être mené sur une courte période (quelques semaines ou quelques mois) mais de manière intensive (plusieurs fois par semaine) pour travailler un objectif en particulier ou sur une plus longue période avec des séances espacées (groupes incluant les conjoints par exemple).

#### Les participants :

Le nombre de participants dans un groupe est en partie déterminé par les objectifs thérapeutiques suivis et les activités proposées. Le groupe se compose de quatre patients pour un thérapeute au maximum (Brin-Henry et al., 2011).

Un groupe homogène incluant des patients présentant le même type de pathologie et le même profil de difficultés permet de meilleurs bénéfices thérapeutiques.

#### Le rôle de l'orthophoniste :

- **Garantir le cadre des activités** : le rôle de l'orthophoniste est d'organiser et construire les séances de groupe en fonction d'objectifs thérapeutiques.
- **Etayer la participation des patients** : l'orthophoniste dynamise les échanges pour favoriser la communication.

- **Apporter des feed-back correctifs** : les productions du thérapeute peuvent informer le patient de son comportement et lui apporter un modèle correct qu'il pourra s'approprier et reproduire.

Anzieu (1984) résume la position du thérapeute ainsi : « *le moniteur interprétant fait connaître de tous son statut en même temps qu'il formule les consignes. Il s'abstient jusqu'à la fin de toute autre conduite que de garantir les règles, de permettre au transfert de se développer sur lui et sur le groupe et de communiquer à tous ce qu'il a compris.* » (p.14)

#### Thérapie individuelle vs thérapie en groupe :

En 2007, la Haute Autorité de Santé (HAS) émet des recommandations concernant la rééducation des troubles non aphasiques du langage et de la communication dans le cadre de pathologies neurologiques. Ainsi, selon l'HAS, mener une thérapie de groupe parallèlement à la prise en charge individuelle serait un complément situant le patient dans un « contexte psychosocial ». Ce type de prise en charge permet en effet au blessé d'être confronté à d'autres patients présentant les mêmes types de troubles, de prendre la parole et d'interagir avec plusieurs interlocuteurs.

Les bénéfices sont donc multiples : rééducation plus dynamique permettant de travailler les fonctions langagières atteintes différemment des séances individuelles, prise de conscience des troubles pour les patients anosognosiques, étayage entre les participants, nombreuses situations conversationnelles permettant le travail des compétences pragmatiques, etc.

A la phase initiale de l'accident, il sera donc nécessaire de combiner la thérapie en groupe à une thérapie individuelle. A la phase chronique, la prise en charge en groupe pourra se substituer à la prise en charge individuelle et devenir un moyen de rééducation alternatif.

#### **4.3.4 Intérêts et objectifs**

La prise en charge en groupe centrée sur la communication présente des intérêts spécifiques que l'on ne retrouve pas dans une prise en charge individuelle :

- **Les patients sont plus sensibles aux remarques apportées par leurs pairs qu'à celles des thérapeutes** : ce type de prise en charge permet donc une prise de conscience plus rapide des difficultés renvoyées par les autres patients et donc une modification plus efficace des comportements déficients. Cet effet de feed-back est particulièrement bénéfique lorsque les remarques renvoyées par les pairs sont effectuées avec bienveillance.

- **Le groupe permet aux patients d’être sur un même pied d’égalité dans l’interaction** : selon Togher (2000) cité par Dardier, Fayada et Dubois (2006), le statut accordé par autrui dans l’interaction influence la qualité du discours des patients cérébrolésés. En effet, une prise en charge en groupe permet aux patients de ne pas se trouver en situation d’infériorité ce qui améliore leurs performances communicationnelles.
- **Ce mode de prise en charge permet l’installation d’une cohésion de groupe**. Cette cohésion peut être définie comme l’ensemble des forces créant un lien de coopération entre les membres et permettant d’atteindre les objectifs fixés (Marc & Bonnal, 2014). En effet, les liens qui s’instaurent entre les membres du groupe rendent compte de l’installation d’une véritable dynamique de groupe (Mucchielli, 2012). Cette influence exercée par le groupe va permettre aux patients d’évoluer et de progresser en se stimulant les uns les autres.
- **Elle permet une communication « authentique » entre les membres du groupe** grâce aux relations affectives qui se tissent entre les membres (Marc & Bonnal, 2014). Le soutien et l’entraide qui existent entre les membres est spécifique aux thérapies de groupe.

Ainsi, le groupe apporte des éléments spécifiques que l’on ne peut obtenir en séance individuelle. Estienne (1983) cité par Maugin Ameloot (2011) insiste notamment sur la notion de plaisir partagé : les patients vont prendre du plaisir à se côtoyer, à évoluer et travailler ensemble sur des activités langagières qui pourtant mettent en avant les difficultés de communication ressenties depuis leur accident.

Les objectifs thérapeutiques vont donc être établis en prenant en compte les intérêts et les avantages spécifiques de ce type de prise en charge :

*Rétablir des contacts sociaux :*

Nous avons vu précédemment que le traumatisme crânien était responsable d’un déclin des relations sociales et d’un isolement progressif du patient.

Le groupe offre alors l’opportunité d’interagir socialement avec des personnes autres que le personnel soignant en fournissant des situations proches de la vie quotidienne. Il a pour vocation de stimuler leur appétence à la communication et de leur donner envie de tisser de nouvelles relations sociales.

La multiplicité des partenaires permet une diversité langagière et relationnelle : les patients ont donc l’opportunité d’adapter leur discours et leur comportement en fonction de leurs interlocuteurs (Barblan, 2000).

Prendre conscience de ses difficultés :

Le groupe permet aux patients anosognosiques de prendre peu à peu conscience de leurs troubles. Les difficultés rencontrées par les autres patients ou leurs propres difficultés relevées par les participants permettent une prise de conscience.

*« La présence de ses partenaires constitue autant de formes d'étayage par les feed-back correctifs, les ajustages et les accordages communicationnels nécessaires pour garantir une communication aussi réussie que possible. Un sujet parlant va se développer à la fois par l'imitation d'autrui et la construction personnelle de ses énoncés. »* (Barblan, 2000, p. 4)

Modifier les comportements déficients :

En fonction des objectifs thérapeutiques, les séances en groupe travailleront sur le rétablissement de comportements langagiers particuliers. Les patients seront soumis à leurs propres difficultés mais également aux difficultés de leurs pairs.

Chaque patient devra donc adapter son comportement en mettant en place des stratégies pour s'adapter aux difficultés rencontrées par les autres mais également modifier son comportement inadéquat en fonction des feed-back apportés par ses pairs.

Favoriser la réinsertion sociale, familiale et professionnelle :

L'objectif principal de la prise en charge en groupe est de permettre un transfert des acquis dans la vie quotidienne des patients.

La situation de communication en groupe est celle qui se rapproche le plus d'une communication naturelle : les échanges se font entre plusieurs personnes se situant sur un même niveau (pas de relation asymétrique patient – thérapeute comme en séance individuelle).

En conclusion, les approches rééducatives centrées sur la communication sont nombreuses et les possibilités d'adaptation multiples. Le choix d'une méthode par l'orthophoniste devra être guidé par les souhaits du patient et son projet de vie futur.

Le thérapeute ne devra jamais perdre de vue que sa rééducation sert de base à une réinsertion sociale et qu'elle doit se rapprocher au plus près des besoins.

Dans une perspective pragmatique, la partie théorique de ce mémoire a mis en évidence les troubles de la communication dont peuvent souffrir les patients traumatisés crâniens et leurs importantes répercussions au quotidien.

L'orthophoniste est en mesure de repérer les troubles de l'usage du langage en conversation pour les évaluer objectivement et ainsi y remédier. Pour cela, il dispose de divers outils d'évaluation permettant de définir précisément les habiletés atteintes.

Cependant, les pistes de remédiations auprès de cette population spécifique et pour de tels troubles sont encore rares et les études sur le sujet peu nombreuses.

Après avoir montré l'intérêt de la méthode PACE sur la communication d'une population aphasique ainsi que les multiples bénéfices d'une prise en charge orthophonique menée en groupe, nous nous sommes demandée si une rééducation en groupe utilisant les principes de la méthode PACE qui place la communication au cœur de sa démarche pourra entraîner et améliorer les habiletés communicatives des traumatisés crâniens.

C'est donc à partir de ce questionnement que nous avons bâti la deuxième partie de ce mémoire de recherche.

# PARTIE PRATIQUE

## 1. Problématique et hypothèses

### 1.1 Problématique

La première partie de ce mémoire a permis de mettre en lumière les différents troubles de la communication auxquels peut être confronté un patient victime d'un traumatisme crânien et les répercussions importantes que ces troubles entraînent dans sa vie quotidienne.

L'orthophoniste, spécialiste du langage et de la communication, se doit de prendre en charge ces troubles - pour lesquels il dispose désormais d'outils d'évaluation - en travaillant sur les capacités discursives et interactionnelles de ces patients.

La pratique de l'orthophoniste évolue sans cesse et aujourd'hui les techniques rééducatives s'orientent vers un accompagnement centré sur les déficits affectant l'environnement social du patient.

Cependant, il n'existe pas ou peu d'outils concrets de rééducation destinés aux traumatisés crâniens. La plupart des ouvrages font état de techniques et de grands principes de rééducation (efficacité de la prise en charge en groupe, intérêt de l'approche rééducative écologique et fonctionnelle) sans donner de matériel précis.

Partant de ce constat, nous avons souhaité adapter une méthode de rééducation proposée habituellement à des patients aphasiques non fluents – la méthode PACE – dans le but de créer un matériel directement adressé aux difficultés des patients traumatisés crâniens. Nous avons souhaité utiliser ce matériel en situation de groupe pour renforcer les capacités pragmatiques dans des conditions de communication proches de la vie réelle.

La problématique de ce mémoire de recherche est donc la suivante : **dans quelle mesure des activités type PACE menées en groupe permettent-elles d'améliorer les capacités de communication de patients traumatisés crâniens ?**

### 1.2 Objectifs

Ce mémoire vise donc la réalisation de plusieurs objectifs en lien avec la problématique de recherche :

- La mise en place d'un groupe thérapeutique axé sur la communication avec des patients traumatisés crâniens au sein d'un service de rééducation fonctionnelle.
- La création d'un matériel inspiré de la méthode PACE directement adapté aux troubles spécifiques de communication de cette population pour travailler l'informativité, la multicanalité et les compétences pragmatiques.
- L'évaluation fine des capacités de communication de chaque patient avant et après la passation du protocole de rééducation pour tester l'efficacité de cette prise en charge.

### 1.3 Hypothèses

Hypothèse théorique : le travail rééducatif proposé en groupe va avoir un effet bénéfique sur les habiletés communicatives des patients traumatisés crâniens.

Nous pensons en effet que ce type de prise en charge axé sur la communication avec une orientation socio-thérapeutique va permettre aux patients de développer leurs compétences verbales et non verbales en expression comme en réception.

La situation de travail en groupe permet la réintégration et la resocialisation des patients dans un cadre sécurisant. Elle va stimuler leur appétence à la communication et leur manière de s'adapter à différents interlocuteurs.

Le support PACE va favoriser les échanges et va multiplier les situations interactives en mobilisant diverses compétences langagières et pragmatiques.

Hypothèse opérationnelle : le travail rééducatif va permettre une amélioration des performances entre l'évaluation initiale et l'évaluation finale :

**1. Amélioration des scores obtenus au protocole MEC de poche aux items suivants :**

**1.1 Amélioration du profil lexico-sémantique** visible au travers les tâches de discours conversationnel, d'évocation lexicale et de jugement sémantique.

**1.2 Amélioration du profil pragmatique** visible sur l'épreuve d'analyse des actes de langage, des métaphores et du discours conversationnel avec notamment une amélioration de la gestion des tours de parole et de la gestion du thème de conversation.

**1.3 Amélioration du profil discursif** visible par une augmentation des résultats obtenus aux épreuves de discours conversationnel et narratif.



2. Meilleure performance à la tâche de description d'image du BDAE (Boston Diagnostic Aphasia Examination) : augmentation de l'informativité se traduisant par une meilleure cohésion et cohérence du discours descriptif :

- **Augmentation du nombre de connecteurs logiques** : permettant une meilleure cohésion en articulant les éléments du discours entre eux.
- **Augmentation du nombre d'informations nouvelles et pertinentes** : l'articulation de ces idées permet une bonne cohérence du discours.
- **Diminution du nombre de mots inadaptés**

3. Amélioration du profil conversationnel de chaque patient évalué par les analyses conversationnelles effectuées en début et en fin de protocole :

- Développement de l'incitation verbale : participation à la conversation, initiation de l'échange et gestion de sa continuité.
- Diversification des actes de langage produits et adéquation entre les actes.
- Meilleur respect des tours de parole : diminution du nombre de télescopages, production de régulateurs.
- Augmentation du nombre de réparations conversationnelles en cas de pannes lors de l'échange, respect des règles de l'échange.
- Utilisation d'une communication multimodale : verbale, non verbale (augmentation des gestes illustratifs) et para verbale (utilisation d'une prosodie adaptée).

## 2. Sujets et méthode

### 2.1 Population

#### 2.1.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

Le choix de la population intégrée à l'étude s'est effectué selon la disponibilité des patients et selon des critères directement liés à leur accident.

Critères d'inclusion :

- Patients francophones
- Traumatisme crânien grave

- Patients hospitalisés à temps complet au sein du service de rééducation fonctionnelle de l'hôpital Saint-Jacques
- Patients présentant des troubles de la communication verbale et non verbale : objectivés par le protocole MEC de poche.

Critères d'exclusion :

- Troubles phasiques sévères : écartés lors de la passation d'un bilan de langage (MT-86 ou BDAE)
- Troubles du comportement et de la personnalité entravant les possibilités de se trouver en groupe

### **2.1.2 Présentation des sujets de l'étude**

Cette recherche a pu être menée grâce à la participation de quatre patients traumatisés crâniens graves hospitalisés au centre de médecine physique et de réadaptation de l'Hôpital Saint-Jacques à Nantes.

Roger :

Roger, âgé de 57 ans, est hospitalisé suite à un AVP survenu en juin 2015 responsable d'un traumatisme crânien grave avec hématome extra-dural occipital gauche et hémorragie sous-arachnoïdienne fronto-temporale gauche par contrecoup ayant occasionné un coma.

A son arrivée dans le service, Roger présente une anosognosie majeure : il n'exprime aucune plainte ou difficulté. Le bilan orthophonique révèle des difficultés sur les deux versants du langage :

- Au niveau expressif : Roger présente une aphasie fluente caractérisée par des troubles sémantiques, des difficultés d'accès au lexique pour les substantifs abstraits et peu fréquents. Le bilan montre la présence de paraphasies verbales et sémantiques, de néologismes et des persévérations.
- Au niveau réceptif : les difficultés observées en compréhension s'expliquent par les troubles sémantiques. On observe également des troubles de la conceptualisation.

Le bilan montre également la présence d'un syndrome dysexécutif majeur avec troubles de l'inhibition et de la flexibilité mentale, une atteinte des processus attentionnels et des troubles de la mémoire de travail. Les capacités mnésiques sont perturbées avec une atteinte des capacités d'encodage, de stockage et de récupération en mémoire épisodique antérograde.

Roger est suivi deux fois par semaine au moment du protocole thérapeutique. La rééducation porte sur un travail cognitif et attentionnel global avec amélioration de l'informativité et prise de conscience des difficultés.

Jordan :

Jordan est âgé de 19 ans au moment de son hospitalisation. Il intègre le service de médecine physique et de réadaptation suite à un AVP survenu en mai 2015.

Au niveau encéphalique, l'imagerie montre une hémorragie méningée de faible abondance dans la vallée sylvienne droite frontale et pariétale gauche, des pétéchies (microlésions vasculaires) et une hémorragie intraventriculaire de faible abondance. Au niveau ORL, l'accident a provoqué une fracture des parois latérales du sinus maxillaire droit.

Le bilan orthophonique d'entrée met en évidence une expression fluente mais une intelligibilité perturbée par une paralysie faciale droite associée à une dysarthrie. La prise en charge individuelle, à raison de trois séances individuelles par semaine, est donc axée sur l'articulation, la paralysie faciale et le langage élaboré.

Un bilan neuropsychologique est également réalisé et met en avant des troubles mnésiques et dysexécutifs.

Daniel :

Daniel est âgé de 56 ans au moment de son hospitalisation à la suite d'un traumatisme crânien grave provoqué par une probable chute survenue en mai 2015.

L'imagerie met en évidence un hématome sous-dural gauche aigu sur un hématome sous-dural chronique sous-jacent, une hémorragie sous-arachnoïdienne frontale gauche de la vallée sylvienne gauche et temporale bilatérale et une fracture extra-labyrinthique temporale gauche. L'accident de Daniel survient dans un contexte psychologique compliqué avec contexte d'alcoolisation chronique, syndrome dépressif et troubles bipolaires.

Le bilan orthophonique d'entrée met en avant des difficultés langagières sur les deux versants :

- En expression : le patient présente un manque du mot, des paraphasies sémantiques et des difficultés d'évocation lexicale phonologique et sémantique.
- En compréhension : malgré une compréhension littérale du langage préservée, le patient éprouve des difficultés à comprendre les phrases complexes.

La prise en charge orthophonique porte donc sur la compréhension et l'expression du langage élaboré ainsi que sur les connaissances sémantiques.

Le bilan neuropsychologique montre des difficultés massives touchant la sphère mnésique avec troubles du stockage, de l'encodage et de la récupération en mémoire épisodique antérograde.

Nolan :

Nolan, âgé de 21 ans, est hospitalisé suite à un AVP responsable d'un traumatisme crânien grave survenu en décembre 2015. A l'étage encéphalique, le choc a provoqué des contusions cérébrales, une hémorragie intraventriculaire et des pétéchies intra-parenchymateuses cérébrales (microlésions vasculaires).

Au moment de la passation du protocole, le patient se trouve toujours en période d'amnésie post-traumatique. Il est autonome pour les activités quotidiennes de la vie courante mais est désorienté dans le temps et dans l'espace. Il présente également une anosognosie et des troubles mnésiques importants. Par ailleurs, l'expression est fluente et ne comporte pas de paraphasies ou de néologismes et la compréhension semble préservée.

La rééducation orthophonique, à raison de quatre séances individuelles par semaine, porte en priorité sur l'orientation temporelle et spatiale, l'amélioration des capacités attentionnelles et la prise de conscience des difficultés.

Jacques :

*Jacques est un patient qui a peu participé aux séances de groupe (arrêt précipité de la prise en charge). Il a donc été exclu de l'étude mais son prénom apparaît dans le corpus conversationnel servant d'évaluation pré-thérapeutique. Nous avons donc choisi de présenter son parcours ici.*

Jacques, 65 ans, est hospitalisé dans le service de rééducation fonctionnelle de l'hôpital Saint-Jacques pour la prise en charge rééducative d'un traumatisme crânien grave après une chute survenue en août 2015.

L'imagerie met en évidence un hématome sous dural aigu hémisphérique bilatéral prédominant à gauche, une hémorragie sous arachnoïdienne, des bulles de pneumocéphalie dans la vallée sylvienne droite, un hématome intra-parenchymateux temporal gauche d'environ 20 mm avec un effet de masse hémisphérique gauche modéré sans signe d'engagement.

Le bilan de langage réalisé met en avant des troubles sur les versants expressif (discours fluent voire logorrhéique, manque du mot, paraphasies) et réceptif (difficultés de compréhension) majorés par des troubles attentionnels.

### Récapitulatif du profil des patients :

<b>Sujet</b>	<b>Age</b>	<b>Nombre d'années d'études</b>	<b>Date de survenue du TC</b>
Roger	57	CAP (< 11 ans)	Juin 2015 (7 mois)
Daniel	56	BTS (> 11 ans)	Mai 2015 (8 mois)
Nolan	21	CAP (< 11 ans)	Décembre 2015 (1 mois ½)
Jordan	19	CAP (< 11 ans)	Mai 2015 (8 mois)
<i>Jacques</i>	65	< 9 ans	<i>Août 2015 (5 mois)</i>

## 2.2 Méthodologie

La méthode retenue pour répondre à la problématique de ce mémoire est la stratégie explicative qui consiste à vérifier une relation de causalité entre deux variables.

Il s'agit donc ici d'une pré-expérimentation permettant de démontrer ou non l'existence d'une relation entre le protocole de groupe (variable indépendante) et l'amélioration des capacités de communication des patients de l'étude (variable dépendante).

Nous avons choisi d'appliquer la méthode du cas unique avec plan AB : une première évaluation est réalisée avant la mise en place du groupe thérapeutique servant de niveau de base à l'étude puis une seconde évaluation est réalisée à la fin du protocole. La comparaison de ces deux évaluations permet de mesurer objectivement les effets du protocole de rééducation.

## 2.3 Outils d'évaluation

Les évaluations se sont effectuées sur deux séances de trente minutes. Elles ont eu lieu en décembre avant le début du protocole et en mars après les séances de rééducation.

Pour évaluer les troubles de la communication, nous avons choisi de dresser un profil de communication de chaque patient réalisé au moyen de plusieurs outils :

- **Le protocole MEC de poche** : pour une évaluation objective des troubles de la communication.
- **La description d'une scène imagée** : pour évaluer la cohérence et la cohésion du discours descriptif.

- **L'analyse conversationnelle** : pour enrichir les données mises en lumière par les précédentes épreuves en situation naturelle de conversation avec plusieurs interlocuteurs.

### 2.3.1 Le protocole MEC de Poche

Les épreuves utilisées :

#### Discours conversationnel :

Le protocole MEC de poche contient une grille d'observation du discours conversationnel qui permet d'évaluer les capacités expressives et réceptives des patients dans un contexte de communication duelle le plus naturel possible.

Il s'agit de discuter avec le patient pendant quatre minutes et d'aborder deux thèmes de conversation (travail, loisirs, etc.). Durant ce temps, le thérapeute insère des commentaires humoristiques et des variations prosodiques pour observer la réaction du patient.

Quatre grands domaines sont observés : l'expression, la compréhension, les comportements non verbaux et la prosodie linguistique et émotionnelle. Chaque domaine contient des items notés de 0 (comportement observé deux fois et plus) à 2 (comportement toujours absent) par le thérapeute.

#### Tâche d'interprétation des métaphores :

Cette tâche permet d'évaluer la capacité d'un sujet à interpréter le sens figuré des phrases. Elle comprend trois métaphores nouvelles (« *cet exercice de mathématiques est une torture.* ») et trois métaphores idiomatiques (« *nous avons enterré la hache de guerre.* »).

Dans un premier temps, le patient explique oralement la signification de la métaphore lue par le thérapeute et, dans un second temps, il doit choisir parmi trois propositions l'explication correcte de cette même métaphore.

#### Tâche d'évocation lexicale libre :

Cette tâche permet d'évaluer les possibilités d'accès au stock lexical du patient et d'observer ses stratégies d'exploration sémantique.

Le patient doit nommer librement le plus de mots possibles en deux minutes et trente secondes en gardant les yeux fermés.

#### Tâche de jugement sémantique :

Cette épreuve évalue la capacité d'un sujet à identifier des liens sémantiques entre les mots et à les expliquer.

Six paires de mots sont ainsi présentées au patient. Ces mots peuvent avoir un lien catégoriel ou sémantique (cheval/veau ; évier/poêle) ou ne pas avoir de lien (veau/soie). Si le patient juge qu'il y a un lien de sens entre les deux mots il doit justifier sa réponse.

Tâches sur un discours narratif oral :

- **Rappel de l'histoire paragraphe par paragraphe** : il évalue les capacités de rétention et de compréhension d'informations verbales complexes ainsi que la qualité et la quantité d'explications données par le patient. Le thérapeute lit à haute voix trois paragraphes comprenant des idées principales à rappeler.
- **Evaluation de la compréhension du texte** : elle apprécie la compréhension globale de l'histoire, la capacité à synthétiser ses idées et à inférer des informations. Cette deuxième tâche comprend un rappel de l'histoire en entier, l'élaboration d'un titre et un bref questionnaire.

Tâche d'interprétation d'actes de langage indirects :

Cette épreuve comprend six situations : trois situations avec un acte de langage indirect et trois situations avec un acte de langage direct. Elle évalue la capacité d'un individu à comprendre et interpréter des situations en tenant compte du contexte.

Comme pour la tâche d'interprétation de métaphores, le patient explique ce qu'il comprend de la situation puis choisit entre deux propositions celle qui convient le mieux à la situation.

Ces épreuves permettent ainsi d'établir le profil de communication de chaque patient :

<b>Profil LEXICO-SEMANTIQUE</b>	<p>Discours conversationnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Exprime ses idées de façon peu précise</li> <li>- Cherche ses mots ou se trompe de mots</li> <li>- Change de sujet, diverge</li> <li>- Fait des commentaires inappropriés ou inattendus</li> <li>- Comprend mal notre discours</li> </ul> <p>Interprétation de métaphores</p> <p>Evocation lexicale libre</p> <p>Jugement sémantique</p>
---------------------------------	---

<p style="text-align: center;"><b>Profil PRAGMATIQUE</b></p>	<p>Discours conversationnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque d'initiative verbale</li> <li>- Parle trop</li> <li>- Change de sujet, diverge</li> <li>- Coupe la parole</li> <li>- Fait des commentaires inappropriés ou inattendus</li> <li>- Perd le fil de la conversation</li> <li>- Reste indifférent aux commentaires de type blague</li> </ul> <p>Interprétation de métaphores Interprétation d'actes de langage</p>
<p style="text-align: center;"><b>Profil DISCURSIF</b></p>	<p>Discours conversationnel Discours narratif</p>

### 2.3.2 Epreuve de description d'image

La description d'une scène imagée permet d'évaluer la capacité d'un individu à élaborer un discours descriptif. Elle permet d'évaluer l'informativité en calculant le nombre d'informations nouvelles et pertinentes apportées par le sujet.

Pour cette épreuve nous avons choisi d'utiliser la scène des cookies du BDAE (Boston Diagnostic Aphasia Examination).

Il est demandé au patient de décrire cette image en donnant le plus de détails possibles sans limite de temps.

Pour analyser les données, nous avons suivi la méthodologie de recherche utilisée par Teyssier et Vibert (2009). La production du patient est donc retranscrite à l'écrit par le thérapeute et analysée comme suit :

- **Pour évaluer la cohésion du discours** : nombre de connecteurs, c'est-à-dire nombre de mots qui établissent une correspondance entre deux propositions autonomes.
- **Pour évaluer l'informativité du discours** :
  - o Nombre de clauses informatives, c'est-à-dire les clauses apportant une information nouvelle.



- Nombre d'éléments non appropriés à la situation, c'est-à-dire les mots ou expressions familières qui ne sont pas adaptés au cadre de la passation de l'épreuve. Ces mots nuisent à l'informativité du discours.

### **2.3.3 Analyse conversationnelle**

Pour terminer l'évaluation des performances communicationnelles de chaque patient, nous avons souhaité inclure une analyse de leurs habiletés lors de conversations à plusieurs (au minimum trois participants). Cette dernière évaluation permet ainsi d'observer et d'analyser la manière dont chaque patient communique au sein d'un groupe.

Pour cela, nous avons filmé les séances puis retranscrit le plus fidèlement possible les échanges qui ont eu lieu lors des premières et dernières séances de groupe. Ces échanges sont issus de temps de conversation inclus dans le protocole thérapeutique (détaillé dans la partie suivante). Le thème de la conversation était soit fourni par les thérapeutes soit à l'initiative des patients eux-mêmes.

Les transcriptions rassemblent les éléments verbaux, paraverbaux et non verbaux du discours des patients.

Cette analyse des conversations permet ainsi, pour chaque patient, d'apprécier leurs capacités à prendre part à l'échange, à coopérer à la conversation, à diversifier les actes de langage produits, à apporter des informations pertinentes, à utiliser une communication multimodale et à respecter les règles et rituels de l'échange.

## **3. Protocole de rééducation**

Le protocole thérapeutique s'est déroulé sur six semaines de début janvier à mi-février à raison de deux séances de groupe par semaine (le mardi et le vendredi après-midi), soit un total de douze séances de rééducation.

Tous les patients ont donné leur accord pour participer à ce groupe et pour être filmés lors des séances.

### 3.1 Objectifs thérapeutiques

L'intérêt majeur du groupe est de permettre un travail collaboratif autour d'un but commun : communiquer de manière fonctionnelle. Cette notion d'entraide a été rappelée à chaque début de séance : il s'agit d'aider tous les patients à s'améliorer en faisant part des difficultés et incompréhensions pour les corriger.

Chaque séance aborde un objectif thérapeutique expliqué aux patients en début du groupe. Les trois objectifs de rééducation principaux sont travaillés sur plusieurs séances de manière alternée.

#### 1.1.1 Objectifs principaux

##### Augmenter l'informativité :

Il s'agit de l'objectif thérapeutique principal de ce protocole travaillé sur six séances car c'est dans ce domaine que les patients présentent le plus de difficultés.

Il est expliqué aux patients que le traumatisme crânien a provoqué chez eux des difficultés pour s'exprimer de manière claire et concise ; ces troubles étant liés à des difficultés pour trouver le mot précis et/ou pour articuler leurs idées de manière logique.

La construction d'un discours clair et cohérent passe d'abord par la maîtrise d'éléments plus petits : le mot et la phrase. Le travail de l'informativité est donc réalisé en fonction de ces trois axes :

- **Travail lexico-sémantique** : il a pour but d'améliorer la précision lexicale en travaillant sur le lexique et les catégories sémantiques.
- **Travail phrastique** : le travail est centré sur l'élaboration de phrases précises et concises respectant les maximes de quantité et de qualité de Grice.
- **Travail discursif** : les activités ont pour but d'aider les patients à construire un discours prenant en compte le contexte.

##### Prendre en compte le savoir partagé :

L'objectif est d'entraîner le patient à gérer la quantité et la qualité des informations qu'il doit fournir en fonction des connaissances de son ou ses interlocuteurs.

Il est expliqué au patient que le traumatisme crânien provoque des difficultés à attribuer des savoirs aux interlocuteurs, c'est-à-dire à prendre en compte les éléments que les autres participants connaissent ou ne connaissent pas d'une situation.

L'objectif s'effectue sur quatre séances en séparant deux axes de travail :

- **Travail sur le savoir encyclopédique** : il porte sur le savoir culturel, les connaissances que possède un individu sur le monde.
- **Travail sur le savoir contextuel** : il s'agit d'élaborer un discours pertinent en fonction du matériel que chaque participant a ou n'a pas sous les yeux.

Améliorer la prosodie et les expressions faciales :

Le travail de la prosodie et des mimiques s'effectue sur deux séances consécutives, sur les versants réceptif et expressif.

Il est expliqué aux patients l'importance de la prosodie et des expressions faciales dans la transmission et la compréhension de l'état émotionnel d'un sujet. Il leur est également rappelé que leur accident a diminué leurs capacités à prendre en compte les émotions d'autrui et à transmettre les leurs (faciès figé, ton monotone).

- **Travail des expressions faciales** : l'objectif est d'entraîner les patients à interpréter les mimiques du visage et à leur attribuer une émotion.
- **Travail de la prosodie linguistique** : il s'agit de transmettre et comprendre les intonations linguistiques (interrogation et exclamation).
- **Travail de la prosodie émotionnelle** : il a pour but une meilleure expression et compréhension des états émotionnels de base comme la joie, la colère, la tristesse ou la surprise.

Objectifs abordés à chaque séance :

<b>Séance 1</b>	Informativité du discours	<b>Séance 7</b>	Prosodie et mimiques
<b>Séance 2</b>	Informativité du discours	<b>Séance 8</b>	Prosodie et mimiques
<b>Séance 3</b>	Informativité du discours	<b>Séance 9</b>	Savoir partagé
<b>Séance 4</b>	Savoir partagé	<b>Séance 10</b>	Savoir partagé
<b>Séance 5</b>	Savoir partagé	<b>Séance 11</b>	Informativité du discours
<b>Séance 6</b>	Informativité du discours	<b>Séance 12</b>	Informativité du discours

### 1.1.2 Objectifs transversaux

Les différents objectifs thérapeutiques qui vont suivre ne font pas fait l'objet d'activités PACE spécifiques puisqu'ils sont travaillés de manière implicite à chaque séance de groupe.

Respecter l'alternance des tours de parole :

Toutes les activités s'effectuent à tour de rôle permettant une participation équivalente de chacun des participants. Cette égale répartition aide à faire respecter les tours de parole sans notion de hiérarchie entre les membres du groupe.

La PACE permet donc à chacun d'endosser le rôle de récepteur et de locuteur pour travailler chaque objectif principal sur les versants expressif et réceptif.

Utiliser des actes de langage variés :

Les différentes activités PACE permettent aux patients de produire de nombreux actes de langage. En effet, la situation de devinette permet aux devineurs de produire des actes directifs (demandes) tandis que la situation d'explication fournit à l'informateur un contexte propice aux actes assertifs (affirmations).

Les temps de discussion sont source de production d'actes de langage variés en fonction du thème de conversation, de l'implication des membres du groupe dans cet échange, de leur coopération ou non coopération, etc.

Suivre une conversation à plusieurs :

La thérapie de groupe se veut plus écologique qu'une rééducation individuelle puisqu'elle se rapproche des situations du quotidien dans lesquelles un locuteur est fréquemment amené à échanger avec plusieurs personnes en même temps.

Ce travail en groupe permet donc à chaque patient d'entraîner plusieurs capacités essentielles : s'insérer dans une conversation déjà entamée par deux interlocuteurs, suivre une conversation sans perdre le fil même lorsque le patient n'est pas directement concerné par l'échange en cours, porter attention aux différents partenaires en s'adaptant à la personnalité et aux éventuelles difficultés de chacun, etc.

Développer l'appétence à la communication :

La situation de groupe donne l'opportunité aux patients de rencontrer de nouvelles personnes, de reprendre confiance en leurs capacités de communication et d'améliorer leur prise d'initiative verbale.

Nous supposons également que le groupe est propice à des échanges humoristiques et implicites et qu'il permet aux patients de mieux interpréter et comprendre ces énoncés non littéraux.

Respecter les convenances sociales :

Le travail en groupe nécessite de respecter chaque membre.

Cette situation implique la capacité d'inférer des états mentaux aux participants pour comprendre leurs attentes et leurs ressentis et de s'adapter à chaque personne (on ne s'adressera pas de la même manière à un thérapeute, à un patient que l'on connaît ou à un patient que l'on rencontre pour la première fois par exemple).

Le groupe a donc pour objectif de permettre aux patients de réguler leur comportement social.

### 3.2 Organisation des séances

Les séances sont toutes structurées de la même manière et comme suit :

- Accueil des patients
- Discussion sur leur humeur, rappel des prénoms si besoin et de l'intérêt du travail en groupe (**environ 5 minutes**)
- Explication de l'objectif de la séance et rappel des conséquences de l'accident sur leurs capacités de communication en fonction de cet objectif (**environ 5 minutes**)
- Première activité PACE (**environ 20 minutes**)
- Discussion sur un thème de conversation proposé ou non par les thérapeutes (**environ 15 minutes**)
- Deuxième activité PACE (**environ 15 minutes**)
- Conclusion de la séance : difficultés ou non rencontrées par les patients, stratégies mises en place pour réussir les activités (**environ 5 minutes**)

### 3.3 Activités PACE proposées

Les activités proposées dans le cadre de ce protocole se sont inspirées de la méthode PACE mise au point par Davis et Wilcox en 1981 et des adaptations de Clerebaut et al en 1984.

Chaque activité se fait en lien avec un matériel référentiel qui sert de support à la communication des participants.

### Récapitulatif des différentes activités PACE :

	<b>CARTES DOUBLES</b>	<b>CARTES UNIQUES</b>
	<i>Des paires de cartes sont réparties entre les participants.</i>	<i>Différentes cartes sont posées au centre de la table, face cachée.</i>
<b>EXPLICATION</b>	Un patient choisit une carte de son jeu et l'explique aux autres joueurs pour que ceux-ci puissent retrouver la carte dont il est question.	Un patient pioche une carte et l'explique aux autres joueurs pour que ceux-ci puissent deviner la carte dont il est question.
<b>DEVINETTE</b>	Un patient choisit une carte de son jeu. Tour à tour, les autres joueurs vont lui poser des questions fermées pour retrouver la carte dont il est question.	Un patient pioche une carte. Tour à tour, les autres joueurs vont lui poser des questions fermées pour deviner la carte dont il est question.
<b>DICTÉE</b>	Un patient pioche une carte et la décrit de manière précise et exhaustive aux autres joueurs qui doivent la reproduire grâce aux seules indications orales fournies.	

Le planning des activités se trouve en annexe de ce mémoire, nous détaillerons ici les activités proposées en fonction des objectifs thérapeutiques :

#### **3.3.1 Informativité du discours**

##### Travail lexico-sémantique et phrastique :

**En explication** : le locuteur va travailler au niveau de la phrase en produisant un énoncé en rapport avec la carte qu'il possède sous les yeux. Les autres participants vont travailler au niveau du lexique pour deviner la carte choisie.

- Situation PACE avec des cartes doubles :
  - Expliquer une carte en une seule phrase avec structure imposée :
    - Définition par l'usage : « ça sert à »
    - Description d'actions simples : « sur la photo la jeune fille... »
  - Décrire des images en une phrase en utilisant un lexique topologique précis
  - Expliquer une image ou un mot parmi plusieurs catégories possibles

- Expliquer un concept : amour, paix, expérience,...
- Situation PACE avec des cartes uniques :
  - Définir des mots polysémiques : faire deviner le mot présent sur la carte en expliquant les différents sens de ce mot.
  - Expliquer des mots appartenant à une seule catégorie : les métiers.
  - Expliquer des images ou des mots parmi plusieurs catégories possibles.
  - Expliquer un mot sans prononcer certains mots : adaptation du jeu du Taboo.

**En devinette** : le travail s'effectue principalement au niveau de la phrase pour les participants qui devront élaborer des questions fermées pertinentes pour deviner la carte choisie ou piochée par l'informateur. Le patient qui a pioché la carte devra se faire une représentation précise de l'objet et de ses caractéristiques sémantiques pour répondre correctement aux questions.

- Situation PACE avec des cartes doubles : catégorie unique (les sports) ou différentes catégories.
- Situation PACE avec des cartes uniques : catégorie unique (les animaux) ou différentes catégories déjà connues des participants.

Travail discursif :

Pour travailler l'élaboration du discours, l'activité PACE s'effectue toujours avec des cartes en double exemplaire en situation d'explication.

Les cartes se ressemblent beaucoup et contiennent de nombreux détails nécessitant un discours descriptif précis et rigoureux de la part de l'informateur : série de photographies de paysages (mer, montagne et forêt), série de photographies de chapeaux.

### 3.3.2 Prise en compte du savoir partagé

Travail sur le savoir encyclopédique :

Situation PACE en explication :

- **Cartes doubles** : photographies de personnages célèbres réels ou fictifs. L'informateur doit dégager l'élément pertinent permettant de faire deviner la carte choisie (nationalité, profession).

- **Cartes uniques** : noms de pays écrits. Le locuteur doit s'appuyer sur les connaissances possédées par tous les participants sur le pays à faire deviner (situation géographique, villes et monuments célèbres, spécialités).

#### Travail sur le savoir contextuel :

Situation de dictée :

- **Formes géométriques** : chaque patient possède devant lui des formes géométriques de différentes tailles et différentes couleurs qu'il doit placer correctement en fonction des informations transmises par l'informateur. Le locuteur doit donc décrire de manière exhaustive sa carte en prenant en compte les feed-back renvoyés par les participants et le temps d'exécution des indications qu'il transmet.
- **Mobilier de salon** : les patients ont devant eux le plan d'un salon et différents meubles (canapé, table, chaises, télévision, lampes, plantes...). Le locuteur décrit le plan d'un salon avec la disposition de tous les meubles et les autres participants doivent placer ces meubles en fonction de l'explication donnée.

### 3.3.3 Prosodie et mimiques

#### Mimiques :

Ce travail s'effectue en situation d'explication avec des cartes en double exemplaire. Le matériel est composé de portraits de personnes ressentant diverses émotions (joie, colère, peur, tristesse,...). L'émetteur doit décrire l'émotion de la carte choisie en s'appuyant sur les mimiques du visage pour faire deviner la carte aux autres joueurs.

#### Prosodie linguistique :

- Cartes doubles en explication : tour à tour les patients prononcent des phrases avec la bonne intonation. Par exemple : « j'ai gagné la partie. » ; « j'ai gagné la partie ! » ; « j'ai gagné la partie ? ».
- Carte unique à partir du matériel « Mais qu'est-ce qu'ils disent ? » (Ortho Edition). Un des participants prononce une phrase avec la prosodie adaptée et les autres joueurs doivent trouver le personnage sur l'image susceptible de la prononcer.

#### Prosodie émotionnelle :

Elle est travaillée en situation d'explication avec des cartes uniques : un des patients pioche une phrase neutre (par exemple : ma mère viendra demain ; c'est l'heure de partir) et une image représentant une émotion (colère, joie, surprise ou tristesse). Le patient doit donc



prononcer la phrase avec la prosodie adaptée et les autres patients doivent déterminer l'émotion exprimée.

### 3.4 Choix et construction du matériel

La très grande majorité du matériel a été conçue spécialement pour ce groupe. Chaque séance propose des cartes inédites pour respecter le principe d'échange d'informations nouvelles de Davis et Wilcox.

Chaque activité PACE utilise des cartes provenant de catégories sémantiques différentes (sports, professions, moyens de transport, outils, etc.) afin d'ouvrir au maximum le champ lexical des patients et de stimuler leurs capacités sémantiques (jugement de catégories, traits sémantiques, évocation lexicale).

Les cartes ont été conçues selon un critère de clarté pour éviter une quelconque ambiguïté qui gênerait à tort la réalisation d'une activité :

- **Pour les images** : nous avons choisi des objets prototypiques en noir sur fond blanc sans détail superflu.
- **Pour les photographies** : elles ont été choisies sans distracteur extérieur et réalisées en couleur afin d'être les plus accessibles possibles (par exemple la série des actions ne comporte qu'un certain nombre d'objets bien définis).
- **Pour les mots** : ils ont été dactylographiés. La police, la taille des caractères et la mise en page sont restées les mêmes.

En ce qui concerne le nombre de cartes données à chaque patient, nous avons choisi de respecter la quantité préconisée par Clerebaut et al (1984) : entre six et dix cartes par participant.

Les séries de cartes doubles destinées à des situations d'explication comportent vingt paires de cartes soit dix cartes par participant. Cette quantité nous a paru adéquate car elle permet aux patients d'être quatre à cinq fois informateur par activité sans pour autant les surcharger d'informations (les troubles mnésiques de certains patients peuvent apporter des difficultés dans la gestion des cartes déjà jouées).

Les séries de cartes destinées à des situations de devinette comportent un nombre moins important de paires (seize paires soit huit cartes par participant) car cette activité nécessite un temps plus long que la précédente.

Le matériel et les exercices utilisés pour chaque objectif ont été choisis de façon à proposer une progression dans la difficulté des activités :

- Images ou photographies puis mots écrits concrets et enfin mots écrits abstraits.
- Situations PACE avec des cartes en double exemplaire puis des cartes uniques.

### 3.5 Temps de discussion

Les temps de discussion entre les deux activités PACE sont l'occasion d'échanger de manière plus naturelle sur un thème du quotidien : fêtes de Noël, loisirs, métiers, etc. Ces thèmes sont apportés par le thérapeute ou proposés par les patients.

Les avantages de ces temps d'échange sont nombreux :

- Ils permettent aux patients de développer des compétences communicationnelles pragmatiques telles que l'adaptation à plusieurs interlocuteurs, la maîtrise de stratégies de réparation, la cohérence et l'enchaînement des thèmes de conversation, etc.
- Ces temps sont l'occasion pour les patients de connaître de nouvelles personnes, de tisser des liens à l'intérieur de l'hôpital et de partager des expériences vécues depuis leur accident (difficultés, handicap, etc.).
- Ils permettent également aux thérapeutes d'observer le retentissement des troubles communicationnels en situation quasi naturelle et donc d'affiner leur perception des mécanismes altérés pour ajuster leur prise en charge.

## 4. Résultats et analyses

### 4.1 Organisation des résultats

Les résultats de chaque patient sont présentés en termes de profil de communication pré et post thérapeutique. Cette organisation permet ainsi de faire une comparaison avant/après pour objectiver les potentiels bénéfiques du groupe thérapeutique.

#### 4.1.1 Le protocole MEC de poche

Les scores obtenus par chaque patient aux différentes épreuves du protocole MEC de poche sont synthétisés dans des graphiques.

Chaque épreuve renseigne sur les capacités du patient dans un domaine de la communication (lexico-sémantique, pragmatique et discursif) :

<b>Lexico-sémantique</b>	Discours conversationnel : items évaluant le profil lexico-sémantique (/10) Interprétation de métaphores (/12) Evocation lexicale libre Jugement sémantique (/6)
<b>Pragmatique</b>	Discours conversationnel : items évaluant le profil pragmatique (/22) Interprétation de métaphores (/12) Interprétation d'actes de langage (/12)
<b>Discursif</b>	Discours conversationnel (/44) Discours narratif : - rappel de l'histoire paragraphe par paragraphe (/11) - évaluation de la compréhension du texte (/16)

Le score obtenu à la tâche de discours conversationnel a été attribué et réfléchi avec les orthophonistes des patients pour permettre une meilleure objectivité du résultat.

Les résultats obtenus aux items de cette grille évaluant les profils lexico-sémantique et pragmatique n'ont pas été étalonnés et ne peuvent donc pas être comparés à une norme. Ces scores permettent donc d'apprécier l'évolution des performances du patient avant et après la mise en place du protocole.

Les analyses des résultats s'effectuent au regard de l'écart-type (ET) et du 10<sup>ème</sup> rang percentile (P10). Les auteurs considèrent que tout score inférieur à 1,5 écart-type indique un trouble de la communication.

#### 4.1.2 La description d'une scène imagée

Les productions obtenues de chaque patient sont découpées en clauses. Les clauses correspondent à des propositions contenant un élément verbal fléchi ou non fléchi. Nous avons choisi ce mode de segmentation pour faciliter l'analyse puisqu'une clause correspond à une idée.

Les productions ainsi découpées sont ensuite analysées selon trois aspects :

- **La cohérence du discours** : elle est reflétée par le nombre de connecteurs utilisés au regard du nombre total de mots. Elle renseigne sur la capacité d'un individu à articuler les énoncés produits entre eux de manière logique.
- **L'informativité** : le taux d'informativité est calculé par le nombre de clauses apportant des informations nouvelles et pertinentes divisé par le nombre total de clauses. Elle permet donc d'apporter un éclairage sur la capacité d'un sujet à synthétiser ses idées en produisant seulement les informations pertinentes.
- **La présence d'éléments inadaptés** : ces mots ou expressions familières nuisent à la qualité et à la pertinence du discours descriptif et génèrent chez l'interlocuteur un sentiment de malaise. Le pourcentage d'éléments inadaptés s'obtient en divisant le nombre d'éléments inadaptés par le nombre total de mots.

#### 4.1.3 L'analyse conversationnelle

Les résultats obtenus après l'analyse des conversations ont été synthétisés selon les travaux menés par Croll (2010). On obtient ainsi un profil complet du patient selon quatre grandes compétences :

- **Compétences conversationnelles** : elles renseignent sur la manière dont un sujet s'inscrit dans l'échange avec ses interlocuteurs (respect des tours de parole et du thème de l'échange, production d'actes de langage adéquats et coopération à la conversation).
- **Compétences de discours** : elles regroupent la capacité d'un sujet à élaborer un discours en prenant en compte le thème, le contexte et les interlocuteurs. Elles reprennent les règles de cohérence et de cohésion de Peter-Favre (2002).
- **Compétence intersubjective** : elle renseigne sur la relation que nouent les individus entre eux en termes d'implication, de coopération ou d'empathie.
- **Compétences sociales** : elles représentent les règles et les rituels de l'échange et correspondent à la « protection de la face » de Goffman (1974).

## 4.2 Roger

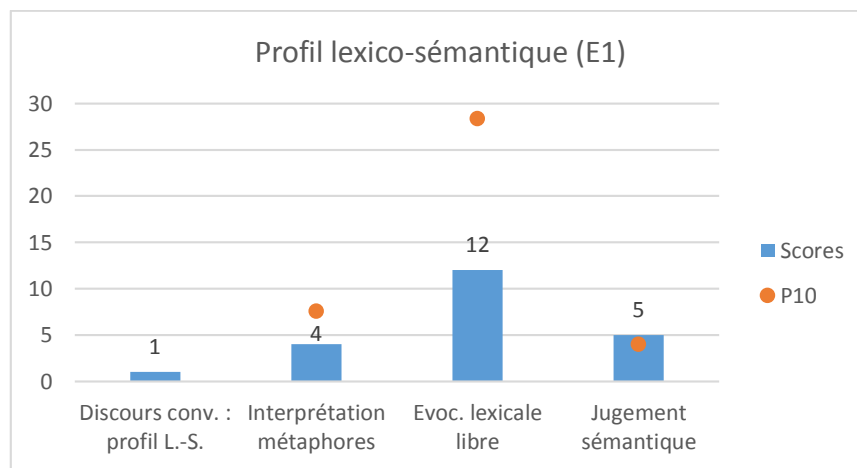
### 4.2.1 Profil de communication PRÉ-thérapeutique (E1)

Le protocole MEC de poche :

#### Profil lexico-sémantique

Roger obtient un score de 10 sur 28 aux items lexico-sémantiques (le score obtenu à la tâche d'évocation lexicale ne participe pas à l'établissement de la note globale).

Les faibles résultats obtenus dans trois épreuves témoignent de compétences lexico-sémantiques particulièrement atteintes.



En situation de conversation duelle, Roger éprouve des difficultés tant expressives que réceptives (1/10). En effet, le patient ne parvient pas à exprimer de manière claire ses propos : les paraphrasies verbales sont nombreuses, les changements de thèmes sont inopportuns et le vocabulaire est très familier. De plus, le patient éprouve des difficultés à comprendre le discours de son interlocuteur.

Le patient obtient un faible score à l'épreuve d'interprétation de métaphores (-4.38 ET). Par ailleurs, une dissociation est observée entre les idiomes et les métaphores nouvelles au profit de ces dernières. Ainsi, le score obtenu peut s'expliquer en partie par la méconnaissance de deux des trois idiomes du test : le patient ne choisit pas la bonne réponse parmi les trois proposées.

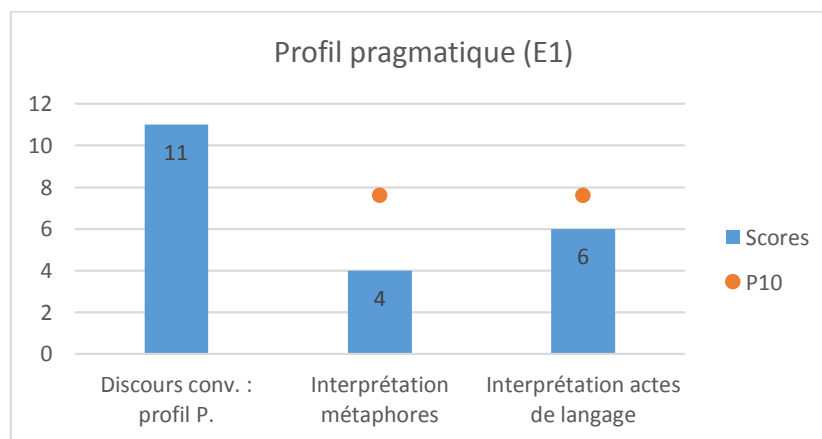
L'épreuve d'évocation lexicale montre les difficultés de Roger à mettre en œuvre une stratégie d'exploration de ses connaissances sémantiques (-2.10 ET). Le patient verbalise ses difficultés et parvient difficilement à garder les yeux fermés pendant l'épreuve : ses réactions peuvent témoigner d'un déficit attentionnel. On observe néanmoins une stratégie catégorielle

en milieu d'épreuve malgré une grande lenteur d'évocation : le patient nomme successivement six noms d'animaux en une minute.

L'épreuve de jugement sémantique montre une capacité correcte à juger du lien de sens entre deux mots (-1.01 ET) témoignant d'un système sémantique relativement préservé. Cependant, le patient éprouve des difficultés à fournir les explications (-3.55 ET) : la catégorisation pour justifier le lien de sens n'est pas systématique et le patient use davantage de circonlocutions (« *un c'est pour manger, l'autre pour laver* »). Ces difficultés peuvent être dues à un défaut d'accès au stock sémantique.

### Profil pragmatique

Roger obtient un score total de 21 sur 46 aux épreuves illustrant le profil pragmatique. Les deux tâches étalonnées le situent sous le percentile 10.



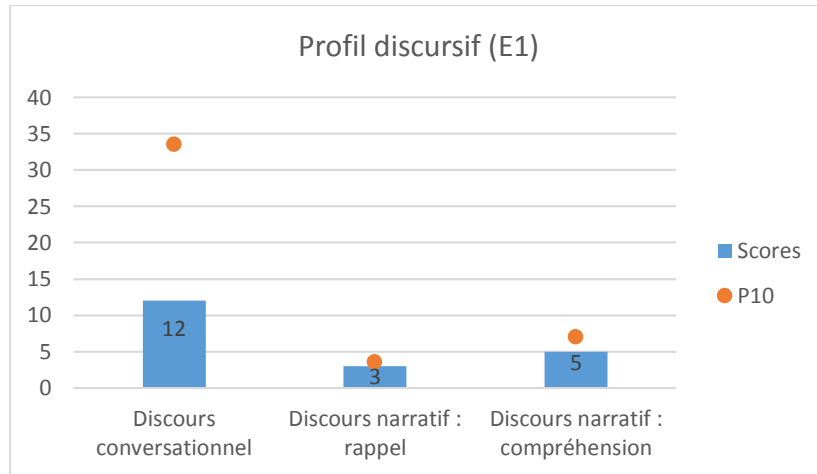
*L'analyse qualitative des résultats obtenus par le patient à la tâche d'interprétation de métaphores est située dans le profil lexico-sémantique du sujet. Cette épreuve ne sera donc pas détaillée dans cette partie.*

Les items du discours conversationnel faisant référence aux compétences pragmatiques montrent les difficultés du patient à ajuster son comportement non verbal à la situation d'interaction : le contact visuel est inconstant et l'expression faciale souvent figée ne permettant pas à l'interlocuteur d'obtenir des informations sur l'état émotionnel du sujet. De plus, Roger manque d'initiative verbale : si l'interlocuteur cesse de gérer l'échange, la conversation s'arrête. Par ailleurs, le débit de parole est adapté à la situation.

Lors de la tâche d'interprétation d'actes de langage, le patient ne parvient pas à interpréter les situations indirectes (-2.59 ET). Cependant, Roger réussit à accéder à la signification des sous-entendus lorsqu'il doit choisir la réponse correspondante parmi trois propositions.

## Profil discursif

Roger obtient un score de 20 sur 61 aux tâches évaluant les capacités discursives.



La grille d'évaluation du discours conversationnel met en avant d'importantes difficultés dans chaque domaine observé (-8.76 ET) :

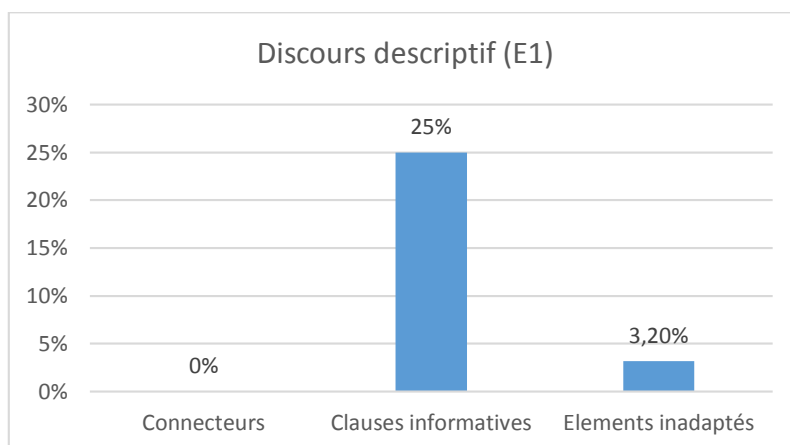
- **L'expression** est fluente mais les productions peu informatives (5/16) : le discours est en effet marqué de paraphrasies verbales, de néologismes, de répétitions et de commentaires inappropriés. Le patient manque d'initiative verbale et peut éprouver des difficultés à maintenir le thème de la conversation.
- **La compréhension** est fluctuante : le patient éprouve des difficultés à comprendre le discours de son interlocuteur et il peut parfois perdre le fil de la discussion (3/6). L'humour est plutôt bien interprété par Roger mais son utilisation n'est souvent pas adaptée au contexte et à l'interlocuteur.
- **Les comportements non verbaux** – tels que le contact visuel avec l'interlocuteur ou les expressions faciales adaptées à la situation – sont peu investis (1/6).
- Les capacités de transmission et de compréhension de **la prosodie linguistique et émotionnelle** sont atteintes entravant la qualité du discours conversationnel du patient (3/14).

Le rappel du discours narratif paragraphe par paragraphe montre les difficultés du patient à restituer un récit : on observe de nombreuses omissions d'idées principales (huit omissions sur onze) ainsi que des transformations d'informations (-1.82 ET). Ces difficultés peuvent s'expliquer par un déficit mnésique et attentionnel chez ce patient.

L'évaluation de la compréhension du texte est très en deçà des résultats attendus (-2.43 ET). Ce score peut s'expliquer par les difficultés du patient à mémoriser le texte, difficultés visibles par le faible score obtenu lors de l'épreuve précédente. La réalisation de l'inférence

ne peut donc pas être jugée sur cette épreuve. Par ailleurs, les réponses aux questions montrent de nombreuses imprécisions au niveau du choix du lexique et de la justification de ses réponses.

### La description d'image :



#### **Les connecteurs**

Le discours du patient ne comprend aucun connecteur. Le patient ne fait pas de lien entre ses différentes propositions descriptives : « *Y a de l'eau qui dégueule partout ; y a l'autre qui est en train de grimper un meuble* ».

#### **Les clauses informatives**

Lors de cette première évaluation, un quart des productions du patient sont considérées comme informatives. Les autres clauses produites sont des reformulations d'informations déjà évoquées ou des productions d'informations non pertinentes : « *ils sont mal équipés ; ils font de la casse partout* ».

#### **Les éléments inadaptés**

Lors de la description de la scène imagée du BDAE, le patient emploie des mots et expressions non adaptés au contexte d'une situation d'évaluation et d'une relation patient – thérapeute : « *le lavabo il dégueule de l'eau* ».

L'emploi de ces éléments inadaptés se retrouve dans certaines épreuves du protocole MEC de poche (tâches du discours narratif notamment) ainsi qu'en situation naturelle de conversation.



### Analyse conversationnelle :

L'analyse des compétences conversationnelles de Roger en situation de groupe est issue de la discussion sur les loisirs des patients et notamment sur le billard.

#### **Compétences conversationnelles**

Roger n'intervient pas au cours du premier tiers de la conversation ce qui illustre son manque d'initiative verbale. Il est à l'écoute puisqu'il rit aux interventions de ses interlocuteurs mais ne participe pas à l'échange. Il faudra atteindre que l'orthophoniste l'interpelle directement pour qu'il prenne part à la conversation.

Ensuite, la participation à la conversation est bonne : Roger produit 24% des énoncés, majoritairement des assertions réactives mais également des réponses adéquates.

Cependant, on observe la production d'assertions réactives inadéquates qui viennent contester les propos de la thérapeute :

*C. : pour moi un pendentif c'est ce qu'on a autour du cou*

*R. : non ça c'est un truc pour les chiens*

*C. : un pendentif c'est un collier*

*R. : non les gros pendentifs qu'on avait pour le pour la boxe là merde*

Ces actes interlocutifs ne participent pas à la co-construction de l'information et viennent perturber le déroulement de la conversation.

Par ailleurs, le turn-taking n'est pas toujours assuré : 26% de ses interventions interrompent la parole de ses interlocuteurs.

#### **Compétences de discours**

Les interventions de Roger sont en accord avec le topic de la discussion : elles portent sur les équipements de la salle de sport de l'hôpital.

Cependant, on note la présence de néologismes (moustine, mousbine) et de paraphrasies verbales (bosse, pendentifs) qui rendent le discours de Roger inintelligible. Son intervention nécessitera treize tours de parole pour parvenir à comprendre ce dont il parlait puisqu'il réfute les réactions des thérapeutes.

La communication non verbale n'est pas totalement investie : Roger utilise adéquatement des gestes coverbaux qui illustrent ses propos mais le regard est souvent fuyant et le faciès est figé sur un sourire non interprétable.

### **Compétence intersubjective**

La plupart des interventions de Roger sont des actes de réactivité. On note également l'utilisation de la première personne marquant l'implication dans la conversation.

### **Compétences sociales**

Roger utilise l'humour de manière non adaptée. On note également de nombreux rires en réaction aux interventions de ses interlocuteurs qui peuvent s'apparenter à de la moquerie.

Le vocabulaire utilisé est familier voire inapproprié par moment.

### Synthèse :

En résumé, les différentes épreuves mettent en lumière d'importants troubles communicationnels qui peuvent s'expliquer par l'atteinte d'une ou plusieurs composantes essentielles à une communication réussie :

- **Déficit langagier** : les résultats obtenus par le patient mettent en avant des difficultés langagières sur les versants expressif et réceptif. Des difficultés d'accès au stock sémantique pourraient expliquer la production des paraphrasies verbales et néologismes.
- **Déficit des fonctions exécutives** : un syndrome dysexécutif pourrait expliquer les difficultés du patient à mettre en place des stratégies d'accès au lexique, à synthétiser toutes les informations d'un discours et à réguler son comportement social.
- **Déficit attentionnel** : une diminution des ressources attentionnelles peut provoquer des difficultés à se concentrer sur une tâche et donc à maintenir son attention tout au long d'un test, à suivre le fil d'une conversation et à prendre en compte tous les éléments d'un discours.
- **Déficit de cognition sociale** : ce trouble pourrait être responsable des difficultés du patient à respecter les convenances sociales (vocabulaire inadapté), à être sensible aux indices non verbaux (prosodie et mimiques) et à prendre en compte le savoir partagé.
- **Déficit mnésique** : les difficultés mnésiques, souvent importantes après un traumatisme crânien, peuvent perturber le rappel et la compréhension globale d'un récit ainsi que le maintien d'un thème de conversation.

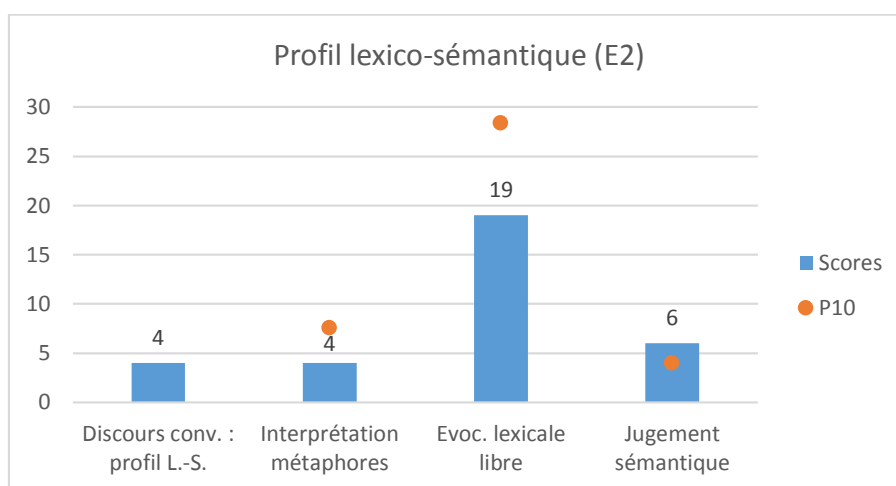
#### 4.2.2 Profil de communication POST-thérapeutique (E2)

Le protocole MEC de poche :

##### Profil lexico-sémantique

Le patient obtient un score total de 14 sur 28 aux épreuves lexico-sémantiques soit une augmentation de quatre points par rapport à la première évaluation (le score obtenu à la tâche d'évocation lexicale ne participe pas à l'établissement de la note globale).

Malgré des scores toujours situés sous le seuil pathologique, le protocole MEC de poche objective des améliorations dans trois épreuves sur quatre.



La grille d'analyse du discours conversationnel montre des améliorations dans le maintien du thème de discussion et dans la compréhension du discours de l'interlocuteur (+ 3 points). Cependant, Roger éprouve toujours des difficultés à s'exprimer de manière claire et à adapter son discours au contexte (commentaires inappropriés, vocabulaire très familier).

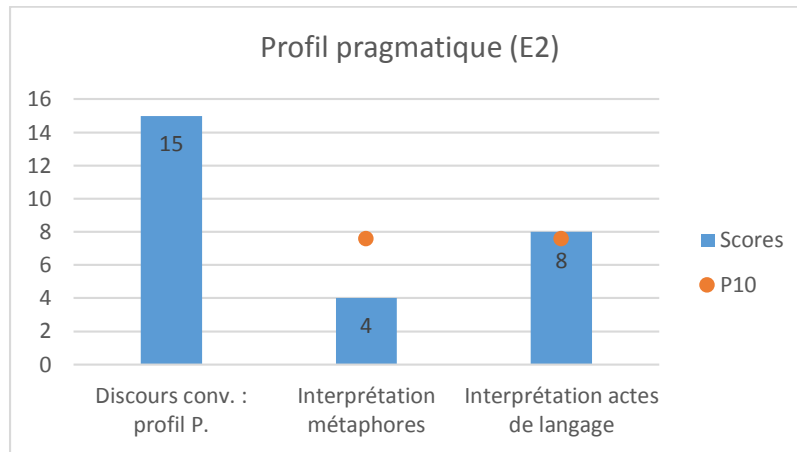
Les résultats obtenus à l'interprétation de métaphores sont relativement stables : les difficultés se situent toujours au niveau de l'explication des idiomes (-4.38 ET). En effet, les métaphores idiomatiques n'ont pas fait l'objet d'un travail lors du protocole thérapeutique et le patient ne connaît toujours pas leur signification.

L'épreuve d'évocation lexicale libre situe toujours le patient en deçà des résultats obtenus pour sa classe d'âge et son niveau scolaire : 19 mots fournis en deux minutes trente secondes, le point d'alerte étant situé à 29 (-1.81 ET). On observe cependant la mise en place d'une stratégie catégorielle avec la production de clusters sur critère lexico-sémantique : Roger cite quatre mots appartenant au domaine de la papeterie, quatre mots faisant référence à la cuisine et trois mots se rapportant à la lecture.

Le patient obtient un score parfait à la tâche de jugement sémantique (+0.68 ET). Les explications fournies pour justifier ses réponses le situent juste au niveau du point d'alerte.

### Profil pragmatique

La deuxième évaluation, après mise en place du protocole thérapeutique, montre une augmentation de six points du score obtenu au profil pragmatique (27/46).



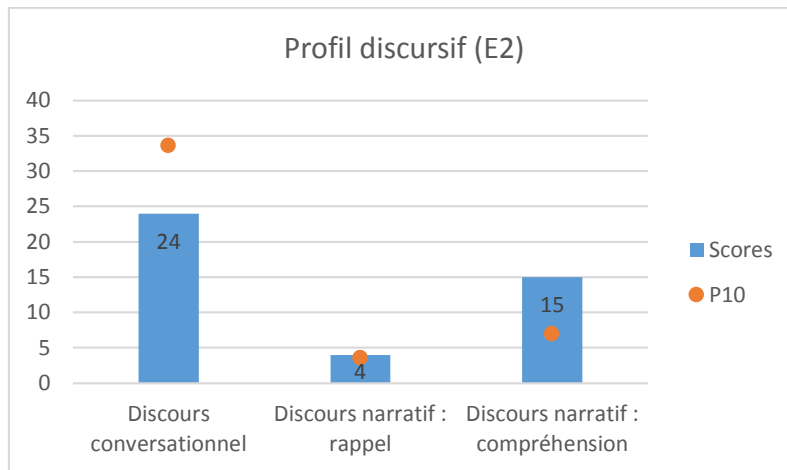
*L'analyse qualitative des résultats obtenus par le patient à la tâche d'interprétation de métaphores est située dans le profil lexico-sémantique du sujet. Cette épreuve ne sera donc pas détaillée dans cette partie.*

En effet, on observe une amélioration des compétences pragmatiques en situation conversationnelle notamment au niveau du maintien du thème de conversation et de l'initiative verbale (+ 4 points). Roger est capable de suivre le fil de la conversation et de la nourrir lorsque le thème l'intéresse (la cuisine, la vie à l'hôpital). Cependant, nous n'observons pas d'amélioration quant à l'ajustement de ses comportements non verbaux.

L'épreuve d'interprétation d'actes de langage objective une nette amélioration des capacités de compréhension du sens non littéral d'un énoncé. Roger se situe en effet au-dessus du point d'alerte (-1.40 ET).

### Profil discursif

C'est dans le domaine discursif que les améliorations du patient, entre la première et la seconde évaluation, sont le plus notables (score total de 44 sur 61, soit une augmentation de 24 points).



Le discours conversationnel, bien que toujours considéré comme pathologique (-4.57 ET), s'améliore dans presque tous les domaines :

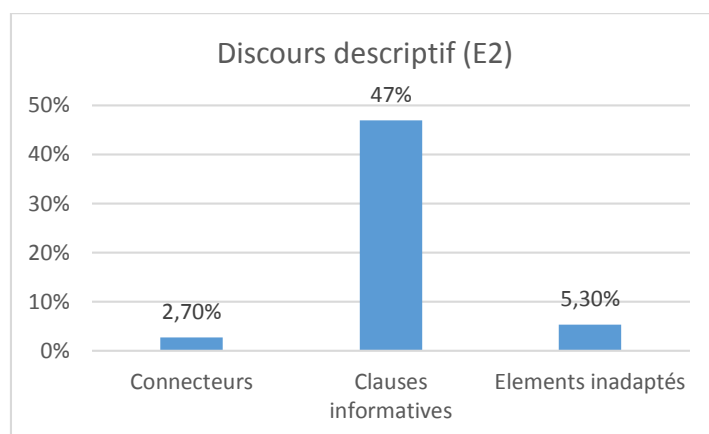
- **Au niveau de l'expression** (8/16) : le patient parvient parfois à être à l'initiative d'un thème de conversation et à maintenir l'échange. Cependant, le discours manque encore de précision : on observe toujours la présence de quelques paraphasies et néologismes. De plus, les propos tenus par le patient ne sont pas toujours adaptés à l'interlocuteur et à la situation.
- **Au niveau de la compréhension** (5/6) : malgré quelques difficultés à rester attentif au fil de la conversation, le discours de l'interlocuteur est beaucoup mieux compris par le patient.
- **Les comportements non verbaux** restent déficitaires (3/6) : ils sont peu investis par le patient et parfois non adaptés à la situation (l'expression faciale est souvent figée).
- **La prosodie linguistique et émotionnelle** s'améliore sur les versants expressif et surtout réceptif (9/14). L'intonation globale de la parole reste cependant monotone.

Le rappel du discours narratif paragraphe par paragraphe montre que le patient éprouve encore quelques difficultés à restituer les idées importantes d'un récit (-1.40 ET). Le patient omet de nombreux éléments dans la restitution du texte mais cependant produit peu de transformations d'idées.

Les informations apportées dans la tâche d'évaluation de la compréhension du texte montrent que l'inférence a été faite : le titre est tout à fait adapté à l'histoire et les questions de compréhension sont parfaitement réussies (+0.46 ET).

Cependant, le vocabulaire utilisé par Roger pour restituer globalement l'histoire est très familier et non adapté à la tâche et à la situation (« *c'est des conneries* », « *il les a pris pour des cons* »).

### La description d'image :



#### **Les connecteurs**

Dans la seconde évaluation, le patient produit plus de clauses et utilise deux fois le connecteur « et » servant à faire du lien entre deux propositions. Cependant, le connecteur utilisé n'exprime pas la notion de cause, conséquence ou but. Il sert simplement à additionner deux propositions adjacentes.

#### **Les clauses informatives**

La seconde évaluation montre que près de la moitié des productions du patient sont considérées comme informatives. Le patient apporte des informations pertinentes omises lors de la première description (l'enfant qui attrape les gâteaux, l'eau sur le sol de la cuisine). Cependant, le patient produit des informations erronées (« y a la vaisselle qui passe par-dessus ») et des commentaires personnels non informatifs.

#### **Les éléments inadaptés**

On observe entre les deux évaluations une augmentation de l'emploi de ce type d'éléments (+ 2,1 points). Le protocole thérapeutique n'a donc pas eu d'impact pour diminuer l'emploi d'un vocabulaire inadapté chez Roger.

### Analyse conversationnelle :

La discussion analysée porte sur les sorties proposées par l'hôpital.

### **Compétences conversationnelles**

Roger n'est pas à l'initiative de la conversation mais il est parfaitement capable de réagir à celle-ci et de la compléter. Le turn-taking est parfaitement assuré contrairement à la première évaluation : nous ne notons pas d'interruptions. Les unités tours produites sont complètes.

Les actes interlocutifs produits sont intelligibles et correctement adressés, il s'agit principalement de réponses et d'assertions réactives adéquates.

Cependant, comme lors de la première évaluation, Roger ne produit pas de régulateurs qui témoigneraient de sa coopération à la conversation.

### **Compétences de discours**

Roger est en accord avec le topic tout au long de la conversation : il parvient à maintenir le thème de l'échange et à le compléter.

L'apport informatif est meilleur que lors de la première évaluation : Roger apporte des informations qui nourrissent la discussion (coût et date de la prochaine sortie, lieu de la dernière sortie cinéma,...). Cependant, on observe la présence de deux paraphasies sémantiques (camion pour minibus, chariot pour fauteuil roulant) qui montrent un manque de précision lexicale.

Roger utilise trois connecteurs (et, mais et puis) qui témoignent d'une certaine cohésion du discours. Ces connecteurs permettent d'articuler de manière logique les informations transmises.

On note peu d'évolution dans l'utilisation d'une communication non verbale et para verbale : le regard semble mieux dirigé vers son interlocuteur mais il reste inconstant.

### **Compétence intersubjective**

On note l'utilisation du « tu » adressé à Jordan marquant l'empathie. Les autres actes de langage produits traduisent la réactivité.

### **Compétences sociales**

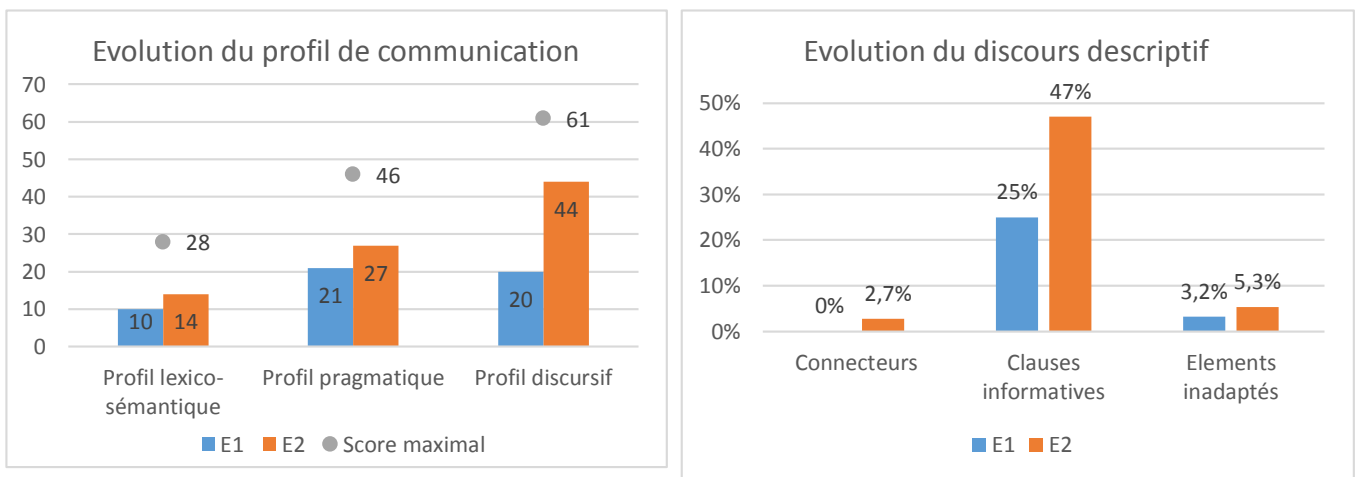
Les règles de politesse sont respectées, le vocabulaire est plus adapté à la situation de conversation que lors de la première évaluation et nous ne notons pas d'humour déplacé ou de moquerie.

### Synthèse :

Cette deuxième évaluation des capacités de communication de Roger témoigne de l'amélioration des composantes atteintes :

- **Au niveau langagier** : l'augmentation du nombre de mots cités lors de la tâche d'évocation lexicale libre et la diminution des paraphrasies et néologismes en situation de conversation témoignent d'une amélioration de l'accès au stock lexical.
- **Au niveau attentionnel et mnésique** : les progrès réalisés lors des épreuves évaluant le discours narratif peuvent être dus à une meilleure mobilisation des ressources attentionnelles et à une amélioration des capacités mnésiques.
- **Au niveau de la cognition sociale** : l'amélioration à l'épreuve d'interprétation des actes de langage montre des progrès dans la capacité à tenir compte du contexte situationnel. Roger parvient également à mieux ajuster son comportement, même si certaines difficultés persistent.

#### 4.2.3 Evolution du profil de communication



En conclusion, une évolution positive des résultats est observée entre les deux passations de tests. Les résultats obtenus après la mise en place du protocole thérapeutique laissent penser que le groupe a eu un impact positif sur les capacités de communication du patient.

En effet, en situation de conversation duelle, Roger montre qu'il peut être à l'initiative de la conversation lorsque le thème l'intéresse. L'apport informatif est nettement supérieur à la première évaluation grâce notamment à la diminution des néologismes et paraphrasies verbales produits.



L'analyse des conversations de groupe montre les mêmes améliorations. Roger est capable de suivre une conversation à plusieurs et de s'insérer dans celle-ci pour apporter des informations nouvelles. On observe également la présence de divers connecteurs logiques montrant l'amélioration de la cohésion du discours. L'utilisation de gestes coverbaux illustratifs et l'amélioration du maintien du regard en direction de son interlocuteur montre un meilleur investissement de la communication non verbale.

De plus, les épreuves du protocole MEC de poche objectivent des améliorations dans tous les domaines travaillés :

- **Dans le domaine lexico-sémantique** : les capacités d'évocation lexicale se sont améliorées (augmentation du nombre de mots cités et apparition de stratégies d'évocation) et les connaissances sémantiques du patient sont renforcées (jugement sémantique parfaitement réussi, meilleure capacité à justifier les liens de sens).
- **Dans le domaine pragmatique** : les énoncés non littéraux sont mieux interprétés par le patient qui se situe désormais dans la norme de sa classe d'âge et de son niveau scolaire.
- **Dans le domaine discursif** : les capacités à comprendre, à restituer et à résumer un récit sont dans la norme. Le patient est également en mesure de réaliser une inférence.

Enfin, une amélioration est également observée dans la cohérence et la cohésion du discours descriptif. En effet, le patient parvient à être plus informatif avec l'apparition de connecteurs logiques et de productions significativement plus pertinentes.

Cependant, les résultats obtenus à certaines tâches du protocole MEC de poche restent inférieurs à ceux de la classe d'âge et d'étude du patient. Le profil général de communication de Roger est donc toujours considéré comme pathologique. Les difficultés principales portent sur l'accès au stock lexical et l'interprétation de métaphores.

Malgré les différentes remarques faites par les thérapeutes et les patients du groupe, Roger utilise toujours un vocabulaire et un humour non adaptés au contexte d'interaction. Ces difficultés à s'ajuster aux différentes situations pourront avoir un impact négatif sur la réinsertion sociale et professionnelle du patient.

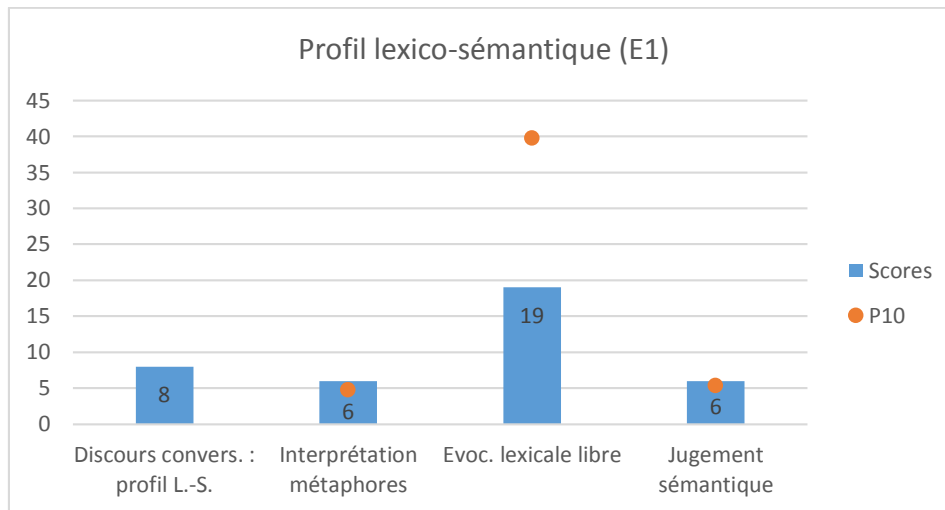
## 4.3 Jordan

### 4.3.1 Profil de communication PRÉ-thérapeutique (E1)

Le protocole MEC de poche :

#### Profil lexico-sémantique

Jordan obtient un score de 20/28 aux épreuves évaluant le profil lexico-sémantique (le score obtenu à la tâche d'évocation lexicale ne participe pas à l'établissement de la note globale).



En situation de conversation, Jordan présente de bonnes compétences lexicales et sémantiques (8/10). En effet, le lexique est adapté, le thème de conversation est maintenu jusqu'au bout et le discours de l'interlocuteur est parfaitement compris. Cependant, les idées exprimées peuvent manquer de précision et certains commentaires sont parfois inattendus (excès de familiarité).

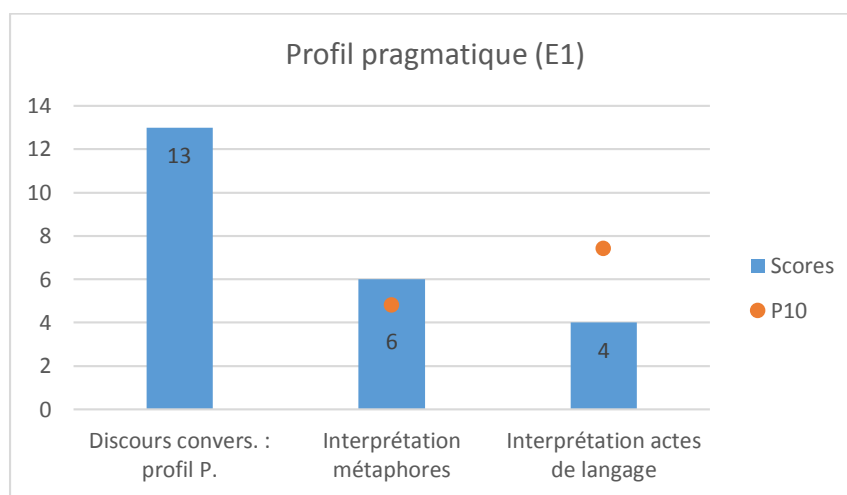
Le score obtenu à la tâche d'interprétation de métaphores situe le patient au niveau du point d'alerte (-1,15 ET). Une dissociation est observée entre les métaphores idiomatiques et les métaphores nouvelles au profit de ces dernières. En effet, le patient possède plus de difficultés à expliquer les idiomes même si ceux-ci sont parfaitement compris en situation de réponse à choix multiple.

L'épreuve d'évocation lexicale libre est échouée (-1,76 ET). En effet, le patient évoque 38 mots au total mais 19 mots seulement peuvent être retenus du fait d'un grand nombre d'erreurs repérées : six mots répétés et treize noms propres prononcés. Ce nombre important d'erreurs peut être expliqué par des difficultés mnésiques et attentionnelles. Au cours de l'épreuve le patient verbalise ses difficultés.

La tâche de jugement sémantique témoigne de connaissances sémantiques préservées lorsqu'il s'agit de juger la présence ou l'absence d'un lien de sens entre deux items (+0,31 ET). Cependant, la justification de ses choix est plus difficile : Jordan manque de précision dans ses réponses (pluie/neige : « *ils sortent des nuages* » ; évier/poêle : « *tous les deux des outils pour la maison* »).

### Profil pragmatique

Le score global obtenu par Jordan aux épreuves relatives aux compétences pragmatiques s'élève à 23/46. C'est dans ce domaine que les difficultés du patient sont les plus importantes.



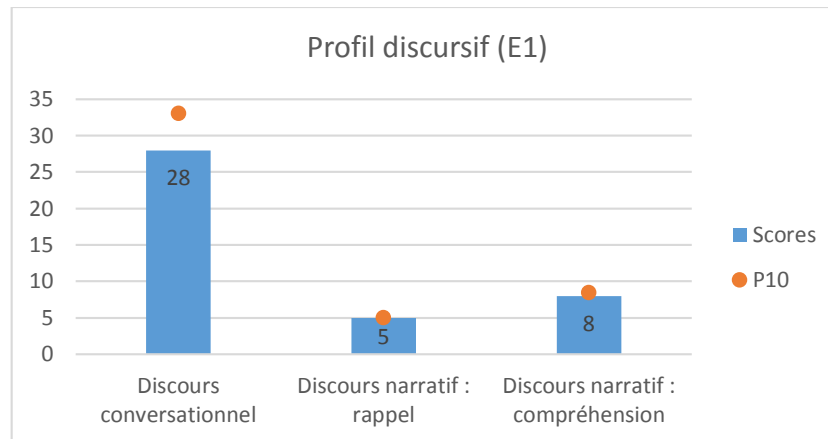
*L'analyse qualitative des résultats obtenus par le patient à la tâche d'interprétation de métaphores est située dans le profil lexico-sémantique du sujet. Cette épreuve ne sera donc pas détaillée dans cette partie.*

En situation de conversation, les capacités pragmatiques sont fragiles (13/22). Jordan est capable de suivre une conversation, de maintenir le thème et d'adapter sa quantité de parole à celui-ci. Cependant, il coupe régulièrement la parole de son interlocuteur pour commenter ses propos, il utilise peu de moyens de communication non verbaux et les blagues de l'interlocuteur ne sont pas toujours interprétées correctement.

L'interprétation d'actes de langage situe le patient sous le point d'alerte (-3,32 ET). Le patient éprouve des difficultés à interpréter les énoncés en fonction du contexte même lorsqu'il s'agit de choisir la réponse entre deux propositions. De plus, lorsque les situations sont comprises, les explications fournies manquent de précision.

## Profil discursif

La note globale obtenue aux épreuves discursives s'élève à 41 sur 61. Les épreuves évaluant le discours conversationnel et le discours narratif mettent le patient en difficulté.



L'analyse du discours conversationnel met en avant des difficultés dans certains domaines observés (-3,53 ET)

- **Sur le versant expressif**, Jordan parvient à s'insérer dans la discussion et à rebondir de manière appropriée aux propos de son interlocuteur. Cependant, les tours de parole ne sont pas respectés et les commentaires sont parfois trop familiers et non adaptés à l'interlocuteur présent en face de lui. (11/16)
- **Sur le versant réceptif**, Jordan montre de bonnes capacités de compréhension en situation discursive et parvient à rester attentif tout au long de la conversation. Seul l'humour semble parfois mal interprété. (5/6)
- **Les comportements non verbaux** sont peu investis par le patient : le regard est fuyant par moment et l'expression faciale assez figée. (4/6)
- **La prosodie linguistique et émotionnelle** est correctement interprétée mais mal transmise à cause de la dysarthrie. Le débit de parole est ralenti et l'intonation globalement monocorde. (8/14)

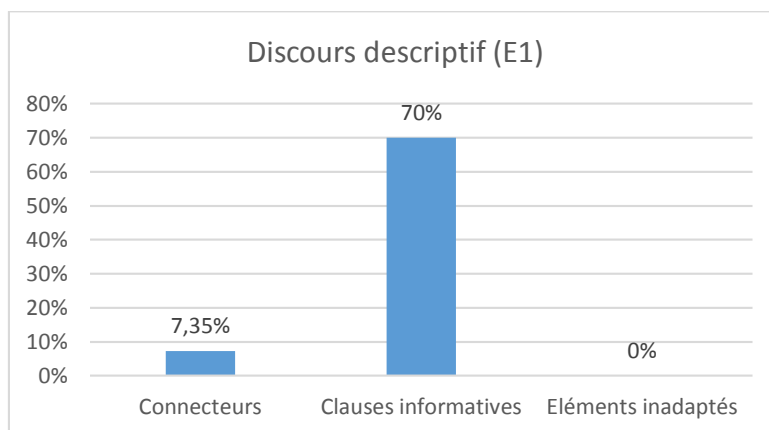
Les tâches évaluant le discours narratif montrent des compétences fragiles dans ce domaine.

Le rappel de l'histoire paragraphe par paragraphe situe le patient au niveau du point d'alerte (-1,49 ET). Jordan omet de nombreuses informations principales (cinq idées principales rappelées sur onze), ne respecte pas la chronologie de l'histoire et fournit parfois des informations erronées.

L'évaluation de la compréhension du texte montre une compréhension parcellaire de celui-ci (-2,04 ET). Le résumé et le titre sont en lien avec l'histoire mais ne démontrent pas la

réalisation de l'inférence. Seules les questions portant sur le début du texte sont réussies par Jordan.

### La description d'image :



#### **Connecteurs**

Jordan utilise un grand nombre de connecteurs au cours de sa description qui permettent d'articuler les différents énoncés entre eux.

Cependant, les trois quarts des mots produits sont le connecteur « et » qui permet simplement d'ajouter deux propositions sans lien logique : « *la maman fait la vaisselle et elle a oublié d'éteindre de l'eau et de l'eau coule sur le plancher.* »

#### **Clauses informatives**

Plus des deux tiers des clauses produites par Jordan sont considérées comme informatives. Tous les éléments présents sur l'image sont décrits par le patient.

Les autres clauses peuvent être considérées comme des interprétations personnelles : « *c'est une maison qu'a un voisin* » ; « *la petite se moque* ».

#### **Eléments inadaptés**

Nous ne constatons aucun élément inadapté lors de cette description. Le lexique choisi ainsi que les tournures de phrases sont tout à fait adaptés à la tâche demandée.

### Analyse conversationnelle :

La discussion analysée porte sur la première rencontre entre deux personnes et la manière de faire connaissance.

### **Compétences conversationnelles**

Jordan n'est pas à l'initiative de la conversation mais parvient à réagir aux propos de ses interlocuteurs et à les compléter. Les actes qu'il produit sont intelligibles malgré la dysarthrie qui perturbe son articulation et sont correctement adressés.

Jordan éprouve des difficultés à relancer la conversation : au cours de l'échange il pose seulement trois questions adaptées dont une proposée par la thérapeute.

Les réponses données à ses interlocuteurs sont adéquates et apportent des informations (sur son métier et le sport qu'il pratique). Jordan produit également un très grand nombre de régulateurs verbaux (« *ah oui* », « *mh* ») et non verbaux (hochements de tête) qui montrent sa grande coopération à la conversation. En effet, 43% de ses interventions sont des régulateurs qui viennent accuser la réception de la parole de son interlocuteur sans apporter d'informations.

Cependant, les nombreux régulateurs produits par Jordan se chevauchent aux interventions des autres participants et laissent un sentiment de mauvaise gestion des tours de parole (36% des interventions interrompent la parole de l'interlocuteur).

### **Compétences de discours**

Le topic est maintenu tout au long de l'échange, nous ne notons pas de digressions.

L'information se construit essentiellement sur un mode question – réponse mais l'apport informatif est faible : on note de très nombreuses interventions qui n'apportent aucune information à l'échange ressemblant à des formulations toutes faites : « *ah oui c'est vrai* », « *bah ça va* »,...

Il n'est pas possible de juger la cohésion de son discours car les unités tours produites sont relativement courtes (une idée par énoncé).

La communication passe essentiellement par le verbal : le regard est fuyant et les gestes paraverbaux utilisés servent à rythmer la parole et n'illustrent pas le discours. Par ailleurs, la dysarthrie gêne l'utilisation d'une communication para verbale.

### **Compétence intersubjective**

Jordan s'implique dans la conversation en utilisant la première personne pour répondre aux questions posées par ses interlocuteurs (« *j'ai eu mon CAP cuisine oui* »).

On observe également l'utilisation du « tu » qui marque l'empathie pour poser des questions (« *t'habites à côté d'ici ?* ») ou réagir aux propos de son interlocuteur (« *t'as mis une pause quoi* »).

## Compétences sociales

Les règles de politesse au cours de l'échange sont respectées. L'utilisation du tutoiement est adaptée puisqu'il s'adresse à un interlocuteur de son âge.

### Synthèse :

Cette première évaluation permet de dégager le profil de communication de Jordan principalement altéré en situation conversationnelle : non-respect des tours de parole, manque d'initiative verbale, apport informatif faible et présence de propos familiers.

Par ailleurs, Jordan possède de bonnes connaissances lexicales et sémantiques qui lui permettent de comprendre le discours de son interlocuteur et d'être informatif en situation discursive. On note cependant des difficultés d'évocation lexicale.

Les difficultés peuvent s'expliquer par l'atteinte d'une ou plusieurs composantes :

- **Composante mnésique** : les difficultés mnésiques peuvent être responsables du faible résultat obtenu aux tâches évaluant le discours narratif. En effet, un défaut d'encodage et de stockage empêche la restitution et la compréhension globale du récit.
- **Composante exécutive** : le trouble dysexécutif et notamment le trouble de l'inhibition objectivé par le bilan neuropsychologique peut expliquer la présence de commentaires inattendus dans le discours du patient ainsi que le non-respect des tours de parole.
- **Composante attentionnelle** : un trouble de l'attention soutenue peut expliquer les difficultés du patient à respecter jusqu'au bout les consignes et à se concentrer tout au long d'une tâche, notamment lors de l'épreuve d'évocation lexicale libre.

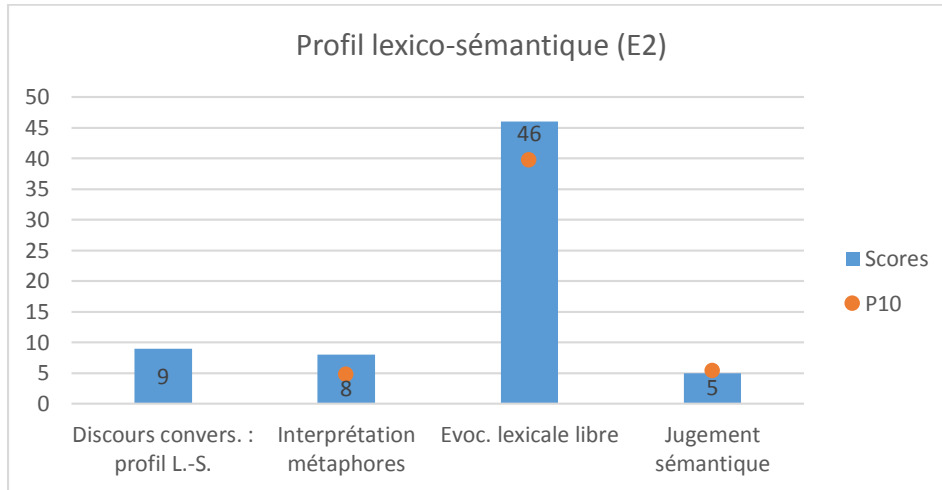
La dysarthrie explique également les troubles de la communication au niveau para verbal : le débit ralenti, l'intonation monotone ainsi que la mauvaise transmission de la prosodie linguistique et émotionnelle.

### 4.3.2 Profil de communication POST-thérapeutique (E2)

Le protocole MEC de poche :

#### Profil lexico-sémantique

Jordan obtient un score de 22 sur 28 aux épreuves lexico-sémantiques soit une augmentation de deux points depuis la première évaluation (le score obtenu à la tâche d'évocation lexicale ne participe pas à l'établissement de la note globale).



Les items du discours conversationnel évaluant les capacités lexico-sémantiques montrent de bonnes compétences dans ce domaine : le lexique est adapté, les énoncés plus informatifs, le discours parfaitement compris et le thème de conversation est maintenu. On observe néanmoins la présence de propos familiers par moment. (9/10)

L'épreuve d'interprétation de métaphores est mieux réussie que lors de la première évaluation et se situe désormais au-dessus du point d'alerte (-0,30 ET). On retrouve une dissociation des performances entre les deux types de métaphores au profit des métaphores nouvelles.

Le bilan objective une nette amélioration des capacités d'évocation lexicale : en effet, le patient parvient à citer 46 mots lors de l'épreuve contre 19 à la dernière évaluation (-0,54 ET). On note une stratégie catégorielle efficace avec l'utilisation de clusters sémantiques : le patient évoque cinq champs sémantiques. Cependant, on constate un nombre important d'erreurs : 12 mots n'ont pas pu être retenus (cinq items répétés et sept expressions).

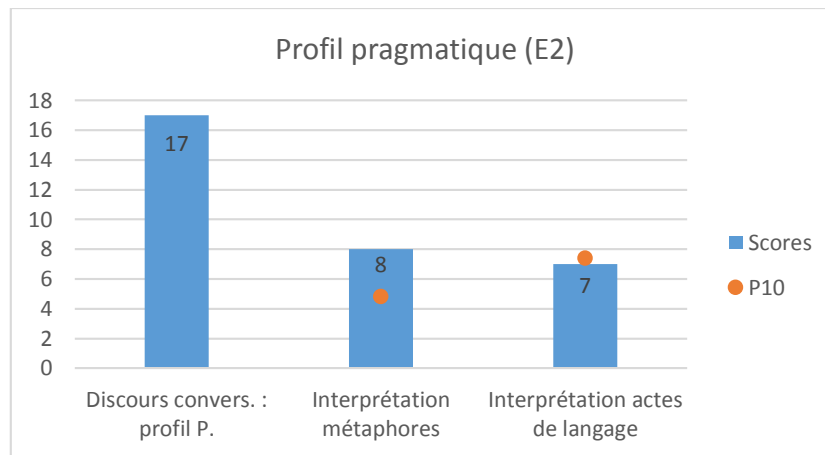
L'épreuve de jugement sémantique est moins bien réussie que lors de la première évaluation et situe le patient sous le point d'alerte (-3,14 ET). Le patient n'a pas relevé le lien sémantique entre les items évier et poêle. Cette erreur peut être due à une chute attentionnelle puisqu'il



était parvenu à juger correctement ce lien la fois précédente. Les explications fournies manquent encore de précision par moment : pluie/neige « *ça vient tous les deux des nuages* ».

### Profil pragmatique

Le score total obtenu aux épreuves évaluant le profil pragmatique est de 32 sur 46. Une belle progression est observée dans ce domaine depuis la première évaluation.



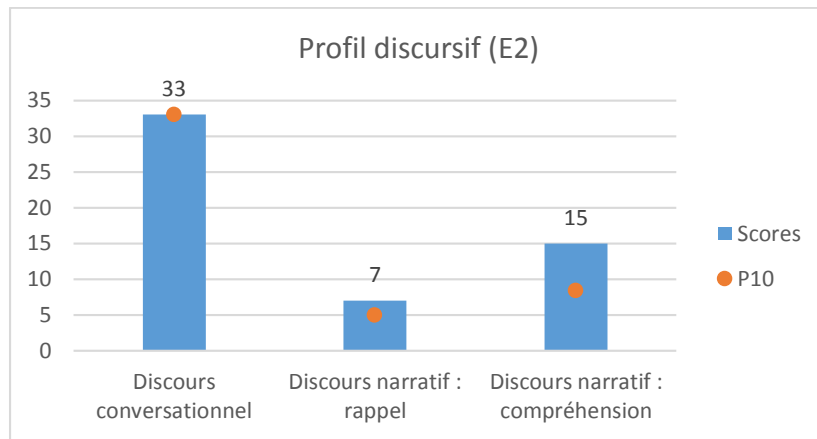
*L'analyse qualitative des résultats obtenus par le patient à la tâche d'interprétation de métaphores est située dans le profil lexico-sémantique du sujet. Cette épreuve ne sera donc pas détaillée dans cette partie.*

La grille d'analyse du discours conversationnel met en avant une amélioration des compétences pragmatiques (+4 points). En effet, en situation de conversation duelle, les tours de parole semblent mieux respectés, les traits d'humour sont mieux interprétés et le contact visuel avec l'interlocuteur est maintenu.

L'interprétation des actes de langage est mieux réussie que la première fois mais situe le patient au niveau du point d'alerte (-1,62 ET). Malgré une compréhension parfaite des situations indirectes en choix de réponse, Jordan éprouve des difficultés à interpréter les sous-entendus et manque de précision dans ses explications.

### Profil discursif

C'est dans ce domaine que Jordan réalise le plus de progrès obtenant ainsi un score de 55/61 soit une augmentation de quatorze points depuis l'évaluation pré-thérapeutique.



Malgré de réels progrès, l'évaluation du discours conversationnel situe toujours le patient au niveau du seuil pathologique (-2,01 ET). Cependant, le résultat est expliqué par le faible score obtenu aux items prosodiques du fait de la dysarthrie.

- **En expression**, Jordan montre de réelles capacités à initier et enrichir l'échange conversationnel (discussion sur le week-end passé puis sur les téléphones portables). Ses propos sont clairs et informatifs et les tours de parole sont mieux respectés. Les propos restent trop familiers par moment au vu du contexte de l'échange (cadre thérapeutique, situation de bilan). (14/16)
- **La compréhension** du discours de l'interlocuteur, du fil de la conversation et des traits humoristiques est parfaite au cours de l'échange. (6/6)
- **Les comportements non verbaux** sont plus systématiquement utilisés. On note néanmoins une moindre utilisation des expressions du visage pouvant être expliquée par les séquelles de la paralysie faciale. (5/6)
- **La prosodie linguistique et émotionnelle** n'évolue pas : la dysarthrie est toujours présente et explique les difficultés du patient à transmettre ses états émotionnels. (8/14)

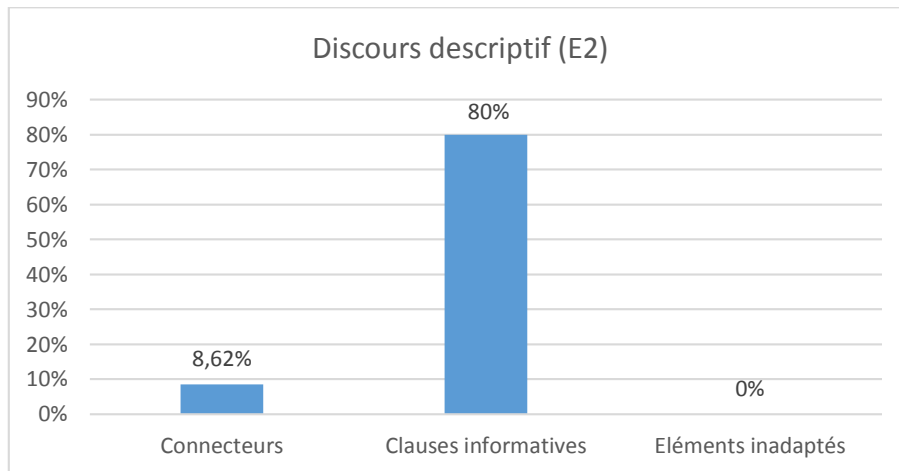
On constate une amélioration des performances dans les deux épreuves évaluant le discours narratif témoignant de meilleures compétences mnésiques.

La tâche de rappel de l'histoire paragraphe par paragraphe montre la capacité du patient à comprendre et mémoriser les informations en rappelant les idées principales du texte (-0,53 ET). Les oublis d'informations portent essentiellement sur le dernier paragraphe faisant penser à une surcharge cognitive.

Jordan montre de très bonnes performances lors de l'évaluation de la compréhension du texte (+0,39 ET). Le résumé en quelques mots de l'histoire montre que l'inférence du texte a été réalisée mais également que le patient éprouve des difficultés à synthétiser ses idées. En effet, Jordan produit un rappel détaillé de l'histoire sans parvenir à en résumer l'idée principale. A

noter que le lexique utilisé pour la création du titre de l'histoire n'est pas adapté à la situation : « *la flemmentise de Jonathan* ».

La description d'image :



### **Connecteurs**

Cette deuxième évaluation objective une augmentation et une diversification des connecteurs produits. Les énoncés du discours descriptif sont donc assemblés par divers liens logiques. Leur utilisation permet ainsi à Jordan de signifier une conséquence (« *son frère veut des cookies donc il est grimpé pour les prendre* »), deux oppositions (« *il est grimpé pour les prendre mais il va tomber* » ; « *la mère préfère regarder dehors plutôt que regarder la vaisselle* ») et une addition (« *elle est en train de nettoyer une assiette et voit pas que l'eau de l'évier déborde* »).

### **Clauses informatives**

Sur cette deuxième description, plus des trois quarts des productions du patient sont informatives. A noter que certains énoncés de Jordan montrent sa capacité à attribuer des états mentaux aux personnages de l'image témoignant de l'intégrité du processus de théorie de l'esprit : « *la mère préfère regarder dehors plutôt que regarder la vaisselle* ». Les autres clauses produites sont des répétitions et des fausses interprétations de l'image.

### **Eléments inadaptés**

Tout comme lors de la première évaluation, Jordan ne produit aucun élément inadapté et répond parfaitement à la consigne demandée.

### Analyse conversationnelle :

La discussion analysée porte sur les sorties proposées par l'hôpital.

#### **Compétences conversationnelles**

Jordan est à l'initiative de la conversation. Il participe activement à celle-ci puisqu'il produit près de la moitié des énoncés. Il se positionne comme gérant de l'interaction en posant des questions qui permettent de relancer et de faire progresser la discussion.

Le turn-taking est beaucoup mieux assuré que lors de la première évaluation. On note 14% d'interruptions de parole contre 36% avant la mise en place du groupe.

Les unités tours réalisées sont complètes et plus longues que lors de la première évaluation, les actes interlocutifs utilisés sont variés (questions fermées, réponses, assertions réactives, régulateurs), adéquats et correctement adressés.

Jordan utilise toujours des régulateurs verbaux et non verbaux qui montrent sa bonne coopération à la conversation.

#### **Compétences de discours**

Une nette amélioration de l'apport informatif est observée par rapport à la première évaluation : 48% des interventions du patient apportent une information qui participe à la construction de l'échange.

On note une progression dans la construction de l'information témoignant de la cohérence du discours. Jordan parle d'abord de la sortie au stade de foot, puis de la sortie au concert. Cependant, le patient effectue ensuite un changement brusque de topic : il se met à parler de cinéma, thème proposé par le thérapeute plusieurs minutes auparavant. Ce changement vient interrompre le fil conducteur de la conversation et provoque une incompréhension chez les interlocuteurs.

Le patient utilise des connecteurs qui articulent les énoncés de son discours (mais, sinon, et, parce que). Ils témoignent d'une bonne cohésion du discours produit.

Pour finir, des progrès sur le plan de la communication multimodale sont observés avec notamment un meilleur maintien du regard en direction de l'interlocuteur et une augmentation du nombre de gestes coverbaux illustratifs utilisés.

#### **Compétence intersubjective**

Jordan s'implique dans la discussion en donnant son point de vue (« *oui enfin j'y pense* ») et en répondant aux questions de ses interlocuteurs.

Il manifeste également de l'empathie envers chacun des participants en les questionnant : « *et vous ? (pointage du doigt en direction de Roger)* ».

### Compétences sociales

Jordan respecte parfaitement les rituels et règles de politesse de l'échange. Il utilise par moment le tutoiement et par moment le vouvoiement avec le patient dont il est le moins proche.

#### Synthèse :

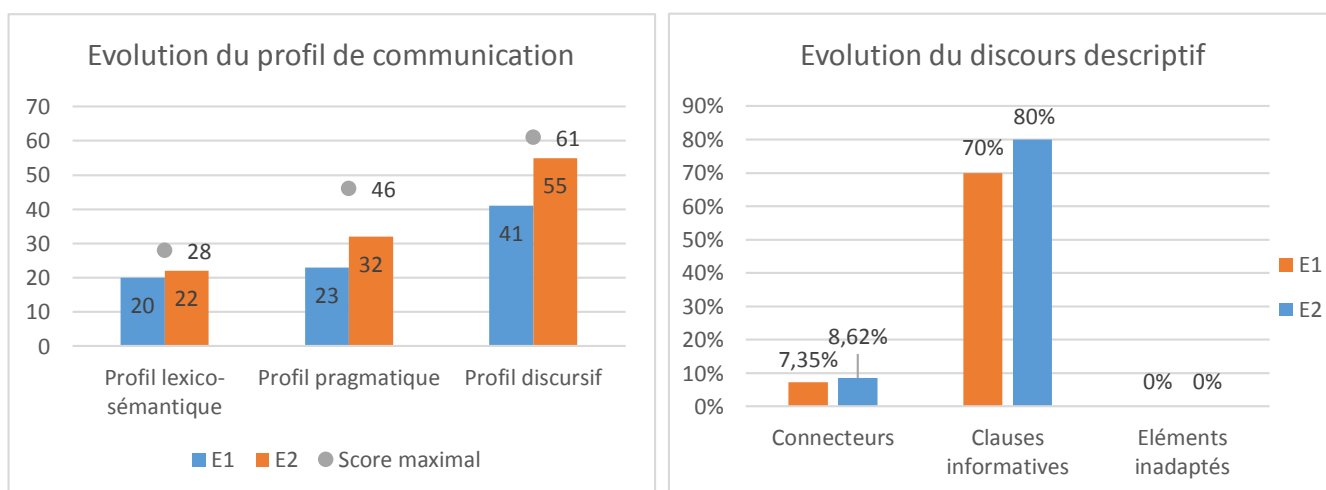
Cette deuxième évaluation objective de réels progrès améliorant la qualité de la communication de Jordan.

En effet, le patient a su évoluer au sein du groupe et montre de meilleures compétences conversationnelles.

Par ailleurs, la grande majorité des épreuves du protocole MEC de poche le situe désormais au-dessus du seuil pathologique et du point d'alerte fixés par les auteurs. En effet, seule l'épreuve d'interprétation des actes de langage témoigne de difficultés persistantes à comprendre les sous-entendus. L'évaluation du discours conversationnel est également considérée comme pathologique mais le résultat est à interpréter au regard du trouble de parole du patient.

La tâche de description d'image montre également les bonnes capacités de synthèse et d'informativité du patient.

### 4.3.3 Evolution du profil de communication



En résumé, les deux évaluations objectivent une progression des performances pouvant être attribuée au groupe thérapeutique ainsi qu'aux séances individuelles.

En situation de conversation, le turn-taking est mieux assuré, la compréhension de l'humour s'améliore et l'on observe un meilleur investissement de la communication non verbale : maintien du regard, utilisation de gestes coverbaux illustratifs.

L'analyse des conversations de groupe montre que Jordan a réussi à trouver sa place au fil des séances de rééducation pour parvenir à participer activement aux échanges de groupe. Il est capable d'initier un thème de discussion et de relancer la conversation. Les actes produits sont également plus variés et plus informatifs.

Le protocole MEC de poche met en avant une amélioration de chaque domaine évalué :

- **Dans le domaine lexico-sémantique** : les capacités de Jordan à accéder au stock lexical ainsi que sa capacité à interpréter correctement des énoncés non littéraux se situent dans la moyenne de sa classe d'âge et de son niveau d'étude.
- **Dans le domaine pragmatique** : le patient montre de bonnes capacités de compréhension des métaphores, il se situe dans la norme.
- **Dans le domaine discursif** : Jordan réalise de nets progrès et parvient désormais à comprendre un discours narratif, à synthétiser les idées principales et à réaliser une inférence.

La tâche de description d'image montre une amélioration de l'informativité avec l'augmentation et la diversification des connecteurs logiques utilisés ainsi que l'augmentation du nombre de clauses apportant des informations nouvelles. Ces données objectivent un progrès dans la cohésion et la cohérence du discours.

Cependant, quelques difficultés communicationnelles persistent et peuvent, par moment, perturber l'interaction.

En effet, les troubles de parole altèrent la qualité de la communication en ralentissant le débit de parole et en gênant la transmission de la prosodie linguistique et émotionnelle.

Il reste également quelques propos inattendus, trop familiers au vu du contexte d'interaction. Jordan peut en effet être agacé lorsqu'il juge qu'un patient n'est pas assez performant au sein du groupe et certaines remarques envers les thérapeutes illustrent un excès de familiarité. Ces propos tenus envers l'équipe et les autres patients devront continuer à faire l'objet d'un travail de prise de conscience.

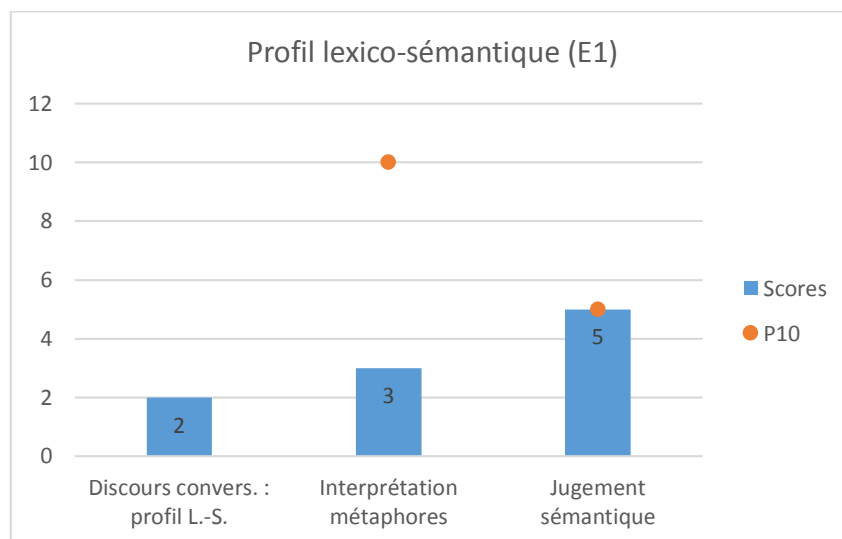
## 4.4 Daniel

### 4.4.1 Profil de communication PRÉ-thérapeutique (E1)

Le protocole MEC de poche :

#### Profil lexico-sémantique

Daniel obtient un score de 10 sur 28 aux épreuves évaluant le profil lexico-sémantique.



En situation de conversation, Daniel éprouve d'importantes difficultés à exprimer clairement ses idées : il cherche souvent ses mots, les propos sont confus, le thème de discussion peu respecté et le discours de l'interlocuteur est mal compris. (2/10)

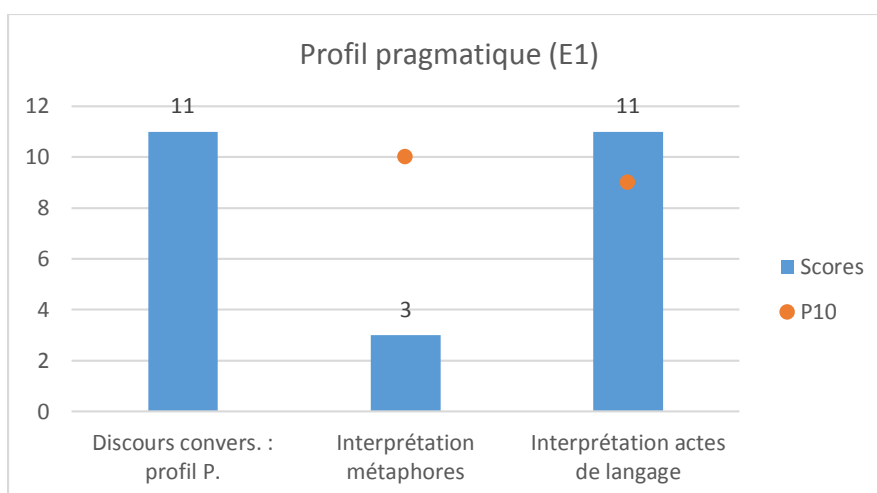
Le résultat obtenu à la tâche d'interprétation de métaphores est situé très en dessous du point d'alerte pour sa classe d'âge et son niveau d'étude (-10,21 ET). Daniel éprouve des difficultés à interpréter les métaphores nouvelles et les idiomes. Cependant, les propositions de réponse semblent aider le patient à accéder à leur signification (4/6 en choix de réponse).

Daniel obtient une note équivalente au point d'alerte à la tâche de jugement sémantique en omettant le lien de sens entre les items évier et poêle (-1,03 ET). Par ailleurs, les explications fournies pour justifier ses réponses sont imprécises voire erronées (cheval/veau : « *le cheval c'est le père et le veau c'est le fils* »).

Les résultats obtenus aux tâches de fluence verbale montrent un déficit d'accès au stock lexical. La stratégie littérale apparaît plus efficace que la stratégie catégorielle pouvant évoquer une atteinte du système sémantique.

## Profil pragmatique

La note globale obtenue par Daniel aux épreuves évaluant les compétences pragmatiques s'élève à 25 sur 46.



*L'analyse qualitative des résultats obtenus par le patient à la tâche d'interprétation de métaphores est située dans le profil lexico-sémantique du sujet. Cette épreuve ne sera donc pas détaillée dans cette partie.*

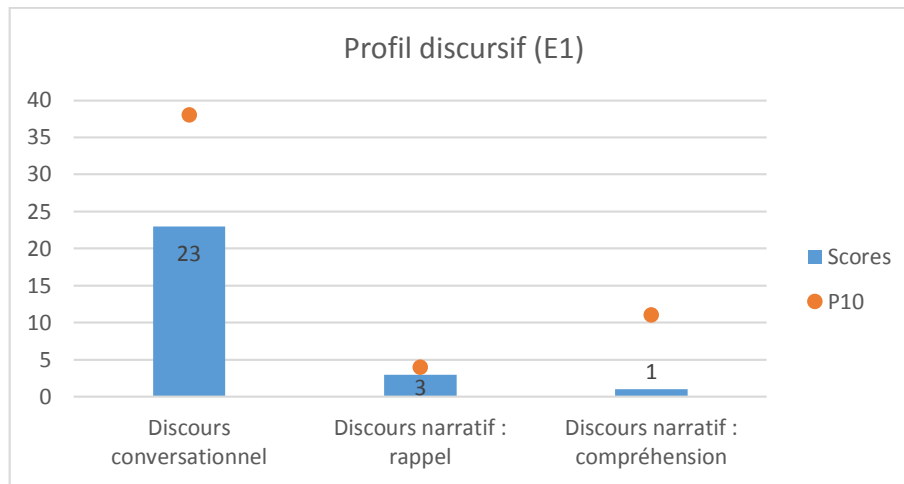
Les items du discours conversationnel évaluant le profil pragmatique mettent en avant une bonne appétence verbale ainsi qu'une utilisation efficace des moyens de communication non verbaux : Daniel est un patient qui apprécie les échanges conversationnels et qui respecte les tours de parole. En revanche, il a tendance à monopoliser la parole et à perdre rapidement le fil de la conversation. Les commentaires humoristiques sont mal interprétés par le patient qui a tendance à prendre personnellement les remarques. (11/22)

L'épreuve d'interprétation des actes de langage situe le patient dans la moyenne et met en avant les capacités de Daniel à interpréter un énoncé en fonction du contexte situationnel (+0,28 ET).

## Profil discursif

Le patient obtient un score global de 27 sur 61 aux épreuves de discours conversationnel et narratif. Chaque tâche situe le patient sous le dixième rang percentile mettant en avant une atteinte des compétences discursives.





En situation conversationnelle, on observe une dissociation entre les capacités expressives et réceptives particulièrement touchées et les moyens de communication non verbaux et para verbaux préservés. Le score global obtenu se situe bien en deçà du score pathologique (-7,51 ET).

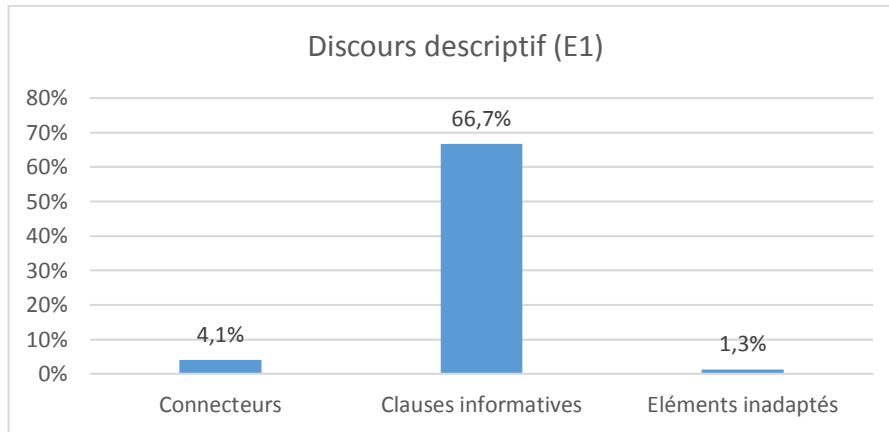
- **Au niveau expressif**, malgré une bonne initiative verbale, le discours du patient est marqué par le manque du mot et les répétitions d'idées qui altèrent son informativité. Par ailleurs, la quantité de parole et certains propos tenus par Daniel ne sont pas adaptés à la situation d'interaction. (5/16)
- **Au niveau réceptif**, la compréhension du discours est lacunaire : les propos de l'interlocuteur et notamment les commentaires humoristiques peuvent être mal interprétés par le patient. On note également des difficultés pour suivre le fil de la conversation qui peuvent être expliquées par les troubles mnésiques. (1/6)
- **Les comportements non verbaux** sont parfaitement utilisés par Daniel pour accompagner son discours : le contact visuel est maintenu au moment de l'échange et les expressions faciales reflètent ses états émotionnels. (6/6)
- **La prosodie linguistique et émotionnelle** semble correctement interprétée et transmise. Cependant, le débit de parole est légèrement ralenti et on note la présence de pauses inappropriées au sein des phrases liées au manque du mot. (11/14)

Les résultats obtenus aux deux tâches évaluant le discours narratif sont très chutés. Le patient est conscient de ses difficultés et les verbalise tout au long des épreuves.

Le rappel de l'histoire paragraphe par paragraphe montre les difficultés du patient à restituer les idées principales du texte (-2,22 ET). En effet, Daniel omet la grande majorité des informations importantes de l'histoire. De plus, le patient ajoute de nombreuses informations n'apparaissant pas dans le récit. Ces difficultés traduisent un trouble mnésique important.

Ce défaut d'encodage et de stockage explique également le très faible score obtenu à l'évaluation de la compréhension du texte (-5,60 ET). Il n'est donc pas possible de juger la réalisation de l'inférence sur cette épreuve.

La description d'image :



**Connecteurs**

Daniel utilise de nombreuses fois le connecteur « et » qui lui permet d'additionner les énoncés entre eux tout au long de sa production.

**Clauses informatives**

Au cours de cette description, deux tiers des clauses produites par le patient apportent des informations nouvelles sur la scène imagée.

Les autres productions sont des répétitions d'éléments décrits précédemment.

**Eléments inadaptés**

Le discours du patient est globalement adapté à la tâche et au contexte. On note néanmoins l'utilisation d'un mot familier qui n'est pas adapté à la situation : « *mec* » pour garçon.

Analyse conversationnelle :

La discussion analysée porte sur les loisirs et plus particulièrement sur le billard.

**Compétences conversationnelles**

Daniel produit l'énoncé initial de la conversation et se positionne ainsi en directeur du thème. Il est capable de réagir aux actes produits par ses interlocuteurs et de compléter leurs propos.

On note une participation tout au long de l'échange avec tout de même une diminution des actes produits en fin de conversation.

Le turn-taking est assuré tout au long de la discussion, on note la présence d'un chevauchement de parole.

On observe une adéquation correcte entre les actes produits au cours de la conversation : Daniel est en mesure de produire des réponses aux questions posées par les autres patients et de poser des questions pour demander des précisions à l'un de ses interlocuteurs.

On note la présence de tours de réplique avec production de régulateurs verbaux (« *ah oui* ») qui montrent la coopération de Daniel à la conversation.

Cependant, les unités tours produites ne sont pas toujours complètes (« *Ah ouai les:* » ; « *ah oui ça c'est:* »). Ces actes incomplets représentent 18% des actes produits par Daniel et peuvent s'expliquer par la présence importante du manque du mot en situation de conversation.

### **Compétences de discours**

Les énoncés produits par le patient sont en accord avec le topic de l'échange (à savoir le billard). Cependant, l'apport informatif est faible : Daniel produit plusieurs énoncés assertifs apportant une appréciation positive mais qui concernent la même information : « *moi c'que j'aime c'est le-le-le jeu de-de billard* », « *j'adore ça* », « *ah j'adore ça moi le billard* », etc.

La communication s'effectue sur un mode multimodal : le regard est orienté vers le bon interlocuteur et les gestes produits accompagnent le discours.

### **Compétence intersubjective**

Daniel s'implique dans la conversation comme en témoigne la mise en valeur du « Je » (« *moi...je* »). Il réagit également aux propos de ses interlocuteurs en riant.

### **Compétences sociales**

On constate des rires qui peuvent être assimilés à une certaine moquerie vis-à-vis des autres patients. Ces rires vont à l'encontre des règles de politesse et de protection de la face.

### **Synthèse :**

Cette première évaluation avant mise en place du protocole thérapeutique permet de dégager le profil de communication du patient.

Daniel fait preuve d'une grande appétence à la communication et apprécie échanger avec les thérapeutes et les autres patients. Il respecte les tours de parole, utilise des moyens de

communication extra-verbaux adaptés à la situation d'interaction et parvient à enrichir les thèmes de discussion.

Cependant, le bilan objective des difficultés dans tous les domaines observés qui nuisent à la qualité de sa communication. Ces troubles peuvent s'expliquer par l'atteinte de plusieurs composantes essentielles :

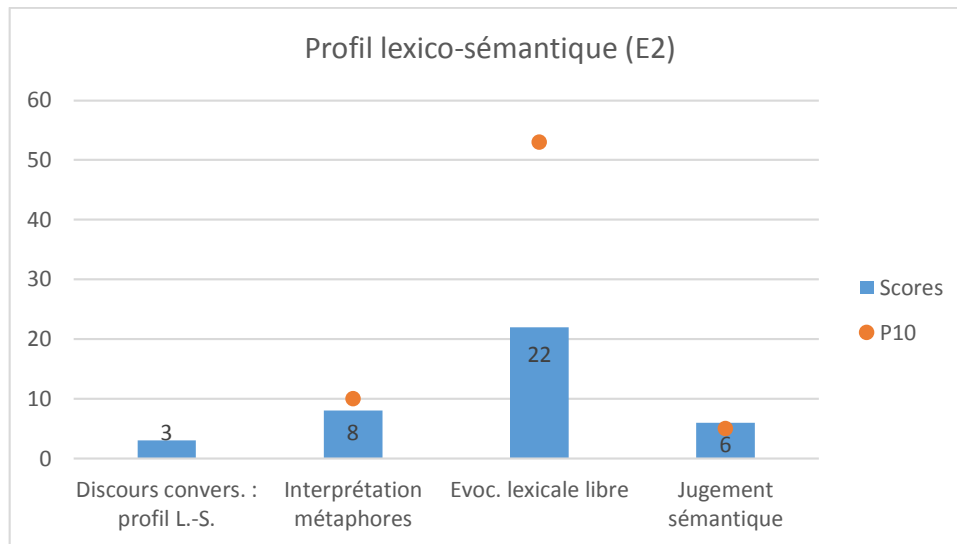
- **Composante langagière** : les épreuves du protocole MEC de poche évaluant le profil lexico-sémantique mettent en évidence des difficultés d'accès au stock lexical et d'interprétation d'énoncés non littéraux. Les connaissances sémantiques apparaissent également fragiles. En situation de conversation, cette atteinte se traduit par un manque du mot très fréquent qui nuit à l'informativité de Daniel ainsi qu'un défaut de compréhension du discours de l'interlocuteur.
- **Composante mnésique** : le bilan neuropsychologique a objectivé des difficultés massives touchant la sphère mnésique au niveau de l'encodage, du stockage et de la récupération des informations. Cette atteinte peut expliquer les difficultés du patient à comprendre et restituer les données d'un discours narratif. En situation conversationnelle, elle peut également être responsable des digressions, des répétitions d'informations et de la perte du fil de la conversation.
- **Composante exécutive** : un défaut d'inhibition et de flexibilité mentale peut expliquer les difficultés de Daniel à interpréter les métaphores et l'humour et à mettre en place des stratégies efficaces d'évocation lexicale. Un syndrome dysexécutif explique également les difficultés à inhiber la quantité de parole produite en situation d'interaction.

#### **4.4.2 Profil de communication POST-thérapeutique (E2)**

Le protocole MEC de poche :

##### **Profil lexico-sémantique**

Pour cette deuxième évaluation, Daniel obtient un score de 17 sur 28 soit une amélioration des performances lexico-sémantiques de sept points (le score obtenu à la tâche d'évocation lexicale ne participe pas à l'établissement de la note globale).



Le profil lexico-sémantique en situation conversationnelle évolue peu (+1 point). Malgré un meilleur maintien du thème de la conversation (discussion sur les sorties à l'extérieur de l'hôpital), Daniel conserve un manque du mot gênant l'informativité et une compréhension parcellaire du discours de l'interlocuteur. Des propos et comportements inappropriés sont encore observés avec la présence d'un lexique familier.

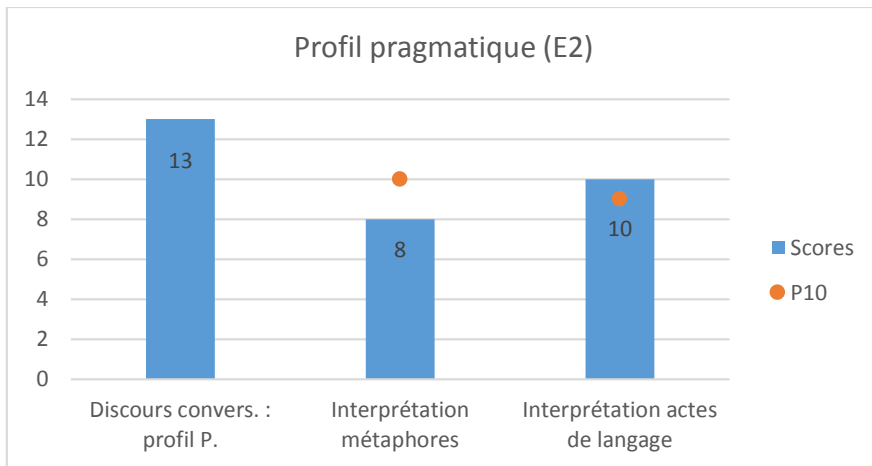
Les métaphores sont beaucoup mieux interprétées que lors de la première évaluation mais le résultat est toujours situé sous le point d'alerte au regard de l'âge et du niveau d'étude du patient (-4,19 ET). Désormais, seule l'interprétation des idiomes pose problème à Daniel : les explications données sont erronées mais les propositions de réponses aident à trouver la signification correcte.

L'évocation lexicale libre montre des stratégies d'accès au stock lexical encore fragiles. Daniel cite 22 mots en deux minutes puis aucun mot pendant les trente secondes restantes ce qui le situe bien en dessous du point d'alerte (-3,13 ET). On observe néanmoins la mise en place d'une stratégie d'exploration catégorielle basée sur l'expérience personnelle : Daniel cite trois champs sémantiques dont neuf mots appartenant au domaine de la musique, domaine de prédilection du patient.

L'épreuve de jugement sémantique est parfaitement réussie (+0,40 ET). Les explications fournies pour justifier les liens de sens sont précises et adéquates témoignant d'une amélioration de la mobilisation des connaissances sémantiques.

## Profil pragmatique

La note globale obtenue aux épreuves évaluant le profil pragmatique est de 31 sur 46 soit une augmentation de six points par rapport à l'évaluation pré-thérapeutique.



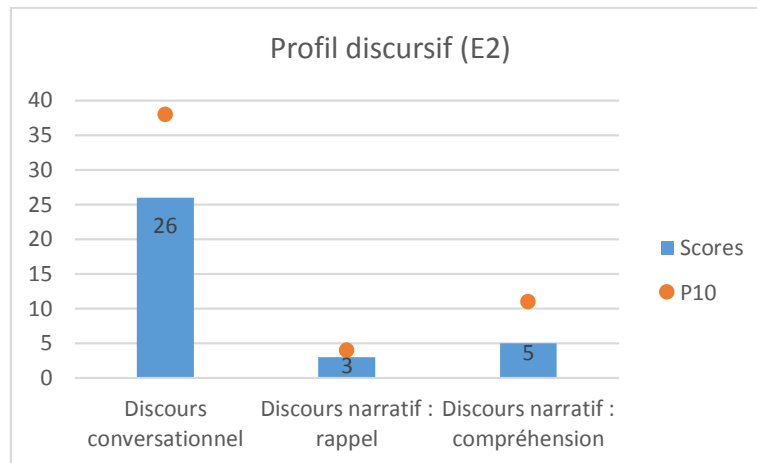
*L'analyse qualitative des résultats obtenus par le patient à la tâche d'interprétation de métaphores est située dans le profil lexico-sémantique du sujet. Cette épreuve ne sera donc pas détaillée dans cette partie.*

Les scores obtenus aux items du discours conversationnel jugeant des capacités pragmatiques s'améliorent légèrement (+2 points). L'humour semble mieux perçu par le patient et le thème de discussion est respecté. Cependant, les difficultés à réguler la quantité de parole et à rester attentif à l'évolution de la discussion sont toujours visibles.

La tâche d'interprétation des actes de langage est légèrement moins bien réussie que lors de la première évaluation mais se situe néanmoins dans la moyenne de la classe d'âge et d'étude du patient (-0,46 ET). Daniel se trompe dans l'interprétation d'une situation directe (sans sous-entendu) mais parvient tout de même à accéder à la signification adéquate en choix de réponse.

## Profil discursif

Daniel progresse de sept points dans le domaine discursif par rapport à la première évaluation (34/61). Les résultats obtenus restent néanmoins sous le seuil pathologique pour sa classe d'âge et son niveau d'étude.



En situation conversationnelle, de légères améliorations sont constatées depuis la première évaluation. Le résultat obtenu situe néanmoins toujours le patient très en deçà de la moyenne (-6,18 ET).

- **En expression**, le manque du mot et les répétitions d'idées altèrent toujours la qualité de la communication : le discours manque de clarté et de précision. On constate par ailleurs une amélioration dans le maintien du topic. (6/16)
- **La compréhension** des propos humoristiques s'améliore malgré une compréhension globale du déroulé de la conversation toujours fragile. (2/6)
- **Les comportement non verbaux** (regard, expression faciale, gestes) sont toujours adaptés à la situation et apportent des informations complémentaires au discours de Daniel. (6/6)
- **La prosodie linguistique et émotionnelle** est très bien investie par le patient : les différentes intonations sont adaptées au discours et au contexte d'interaction. On note cependant toujours la présence de temps de latence provoqués par le manque du mot. (12/14)

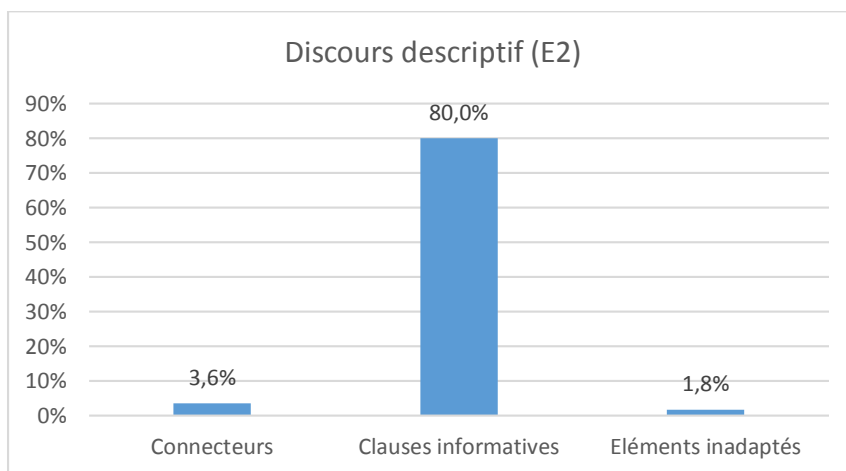
Les résultats obtenus aux tâches évaluant le discours narratif mettent en avant les difficultés du patient pour restituer un récit. Ces résultats sont expliqués en grande partie par les difficultés mnésiques du patient.

Le score obtenu à l'épreuve de rappel du récit paragraphe par paragraphe est identique à la première évaluation (-2,22 ET). Daniel omet de nouveau de nombreuses idées (trois informations rappelées sur onze). Cependant, le patient transforme beaucoup moins d'informations qu'à la première passation témoignant d'un meilleur encodage.

La compréhension du texte, toujours située sous le seuil pathologique, est meilleure que lors de l'évaluation pré-thérapeutique (-3,89 ET). Le résumé de l'histoire met en évidence un effet

de récence : seuls les derniers éléments du récit sont rappelés. Les questions de compréhension montrent que l'inférence du texte a été réalisée.

### La description d'image :



#### **Connecteurs**

Le taux de connecteurs pour cette deuxième description diminue légèrement. Cependant, les connecteurs utilisés sont de différentes natures permettant ainsi à Daniel de mettre en lien deux clauses « *la maman fait la vaisselle et de l'eau déborde* » et en opposition deux autres clauses « *sa petite sœur lui montre quoi prendre mais lui se casse la gueule* ».

#### **Clauses informatives**

Une nette progression du taux de clauses informatives est observée entre la première et la seconde évaluation. En effet, sur cette deuxième description, plus des trois quarts des énoncés sont considérés comme informatifs, c'est-à-dire apportant des informations nouvelles sur la scène.

#### **Eléments inadaptés**

Le taux d'éléments inadaptés produits au cours de la description stagne mais reste néanmoins très faible. Le lexique est adapté à la tâche demandée mais on note la présence d'une expression familière : « *lui se casse la gueule* ».

### Analyse conversationnelle :

Cette deuxième analyse est effectuée sur la discussion traitant de l'éducation et des conséquences du traumatisme crânien.



### **Compétences conversationnelles**

Daniel est à l'initiative de la conversation (discussion sur les valeurs transmises par les parents). Au cours de l'échange, il est également en mesure de réagir aux propos de Nolan et s'adapte parfaitement à ce changement de topic (discussion sur le traumatisme crânien). On note une importante participation à la conversation : Daniel produit 44% des énoncés de la conversation. Les tours de parole sont toujours respectés.

Par ailleurs, on constate toujours des unités tours incomplètes au sein du discours de Daniel (« *ils m'ont vu dormir euh ils ont vu quelqu'un dans un dans un.* ») mais celles-ci sont moins nombreuses que lors de la première évaluation (12%).

Daniel se montre toujours coopératif au cours de la conversation : on note la présence de régulateurs verbaux (« *voilà* », « *ah ouai* ») et non verbaux (hochements de tête).

### **Compétences de discours**

Les topics, proposés par Daniel puis par Nolan, sont respectés par le patient. Les énoncés assertifs produits sont très denses et apportent des informations sur l'éducation de son fils puis sur le ressenti de son accident. On note cependant des répétitions d'informations (« *ouai et j'me suis endormi en bas mais j'm'en rappelle plus où j'étais* » ; « *j'me suis endormi en bas et puis euh je sais plus* ») qui gênent la progression du discours.

Daniel utilise de nombreux connecteurs dans ses interventions (pourtant, mais, et puis, enfin, parce que) qui viennent articuler les éléments linguistiques entre eux et participent à la cohésion de son discours.

On constate également une amélioration de la qualité de la communication multimodale avec une augmentation importante du nombre de gestes coverbaux venant illustrer les énoncés verbaux et une meilleure utilisation de la prosodie linguistique.

### **Compétence intersubjective**

Comme lors de la première évaluation, on note une grande implication du sujet dans la discussion avec l'importante utilisation du « je » et du « moi ». On peut alors parler de tendance égocentrique (conséquence directe du traumatisme crânien) puisque la discussion est systématiquement rapportée à son vécu personnel.

On note cependant de l'empathie à l'égard de Nolan avec l'emploi du « tu » et la production de questions.

## Compétences sociales

Les rituels et règles de politesse sont respectés tout au long de l'échange.

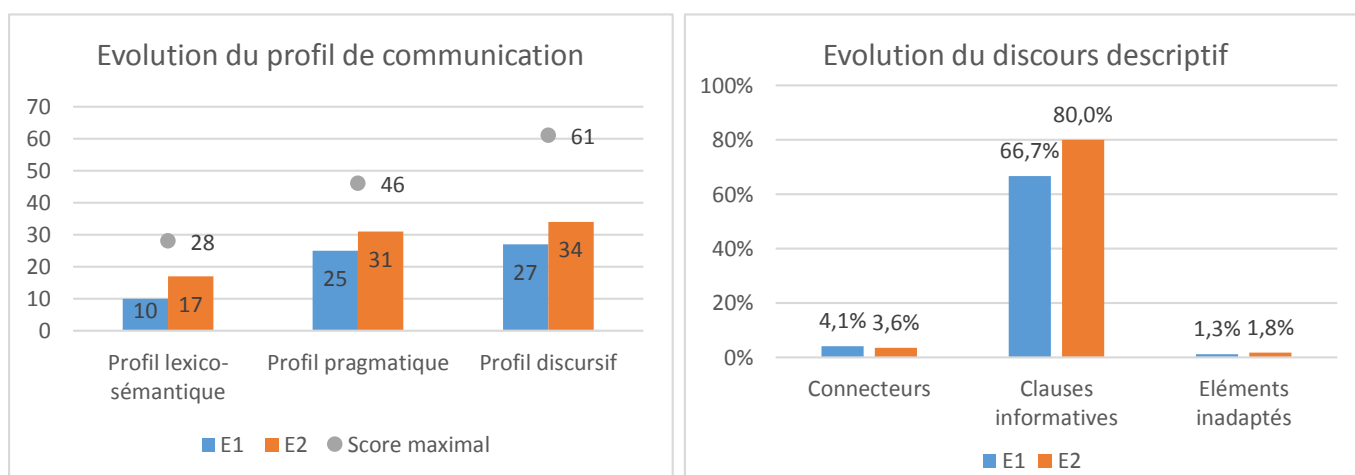
### Synthèse :

Cette deuxième évaluation montre que, malgré des améliorations dans tous les domaines, la plupart des épreuves situent le patient sous la moyenne de sa classe d'âge et de son niveau d'étude.

**Au niveau langagier**, on constate un renforcement des connaissances lexico-sémantiques avec l'augmentation des résultats obtenus aux tâches de compréhension des métaphores et de jugement sémantique. La stratégie catégorielle lors de l'évocation lexicale est également améliorée. Cependant, les temps de latence et le manque du mot sont toujours présents en situation conversationnelle et perturbent la construction de la conversation.

**Au niveau mnésique**, les difficultés persistent et expliquent le faible score obtenu aux tâches évaluant le discours narratif. L'épreuve de description d'image objective néanmoins une baisse des répétitions d'informations rendant le discours descriptif plus informatif. En situation conversationnelle, malgré les difficultés à s'adapter à l'évolution du discours, Daniel parvient à respecter le sujet de conversation et à s'adapter au changement de topic.

### 4.4.3 Evolution du profil de communication



En conclusion, on constate une amélioration des capacités de communication entre les deux évaluations qui peut être due au protocole thérapeutique.

En situation de conversation, les progrès s'observent principalement dans la participation du sujet à la discussion : Daniel est toujours à l'initiative du thème en situation de groupe et parvient également, lors de la deuxième évaluation, à maintenir le topic jusqu'au bout, à s'adapter au changement de thème et à réagir adéquatement tout au long de la conversation pour maintenir l'échange. Il produit également des interventions plus longues et parvient à pallier le manque du mot grâce à la production de gestes coverbaux illustratifs.

De plus, le protocole MEC de poche permet d'objectiver les progrès de Daniel au fil de la rééducation :

- **Au niveau lexico-sémantique** : bien que toujours considérée comme pathologique, la compréhension des énoncés non littéraux s'améliore. Les connaissances sémantiques sont renforcées et situent le patient dans la norme de sa classe d'âge et de son niveau d'étude.
- **Au niveau pragmatique** : Daniel est capable d'interpréter un énoncé en fonction du contexte.
- **Au niveau discursif** : la compréhension d'un récit est meilleure que lors de la première évaluation (moins de transformations d'idées) et le patient est capable de réaliser une inférence.

Enfin, la tâche de description d'image met en avant l'amélioration de l'informativité du patient : le lexique est précis, les informations en adéquation avec l'image et le nombre de répétitions d'informations diminue.

Malgré cela, la communication de Daniel reste déficitaire et de nombreuses difficultés persistent : le manque du mot, les répétitions d'idées et les propos non adaptés à l'interlocuteur sont toujours présents en situation conversationnelle et altèrent la qualité et l'informativité du discours.

#### 4.5 Nolan

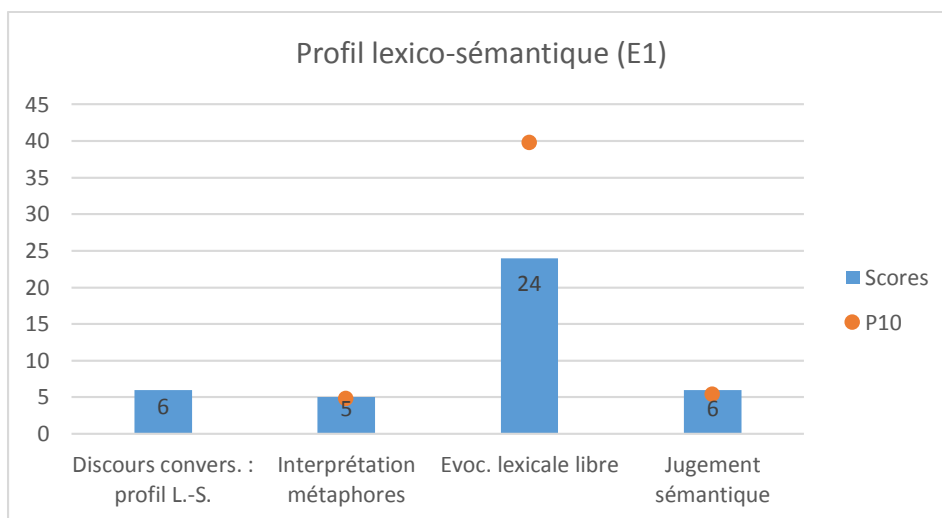
Il est indispensable de rappeler que Nolan est à la phase initiale de son traumatisme crânien : il intègre en effet le groupe un mois et demi après son accident. Les résultats sont donc à interpréter en gardant en tête la notion importante de récupération spontanée.

### 4.5.1 Profil de communication PRÉ-thérapeutique (E1)

Le protocole MEC de poche :

#### Profil lexico-sémantique

Le patient obtient un score de 17/28 aux tâches évaluant les connaissances lexicales et sémantiques (le score obtenu à la tâche d'évocation lexicale ne participe pas à l'établissement de la note globale).



En situation de conversation (discussion sur son parcours scolaire), le patient éprouve des difficultés à exprimer de manière claire ses idées : le discours est confus, les digressions nombreuses et le lexique manque de précision. Cependant, la compréhension du discours de l'interlocuteur est préservée et nous n'observons pas de commentaires inappropriés ou inattendus. (6/10)

Lors de la tâche d'interprétation de métaphores, le patient éprouve des difficultés à expliquer la signification des métaphores nouvelles et des idiomes (-1,60 ET) malgré une compréhension correcte de celles-ci (+0,10 ET en choix de réponse).

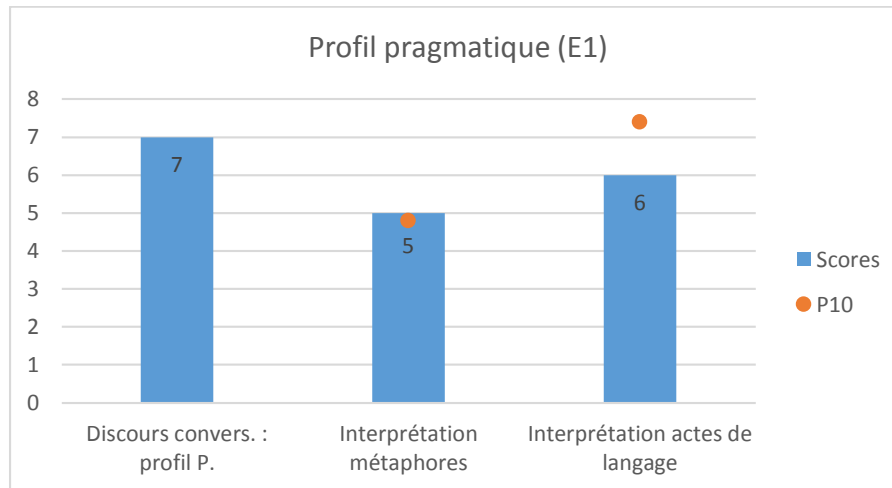
L'évocation lexicale libre a mis en échec le patient en début d'épreuve : Nolan ne parvenait pas à mobiliser son attention et ne produisait que des phrases. Ainsi, le patient a évoqué seulement sept mots lors de la première minute. Par la suite, le patient s'est montré plus performant et a su mettre en place une stratégie catégorielle (-1,54 ET).

La tâche de jugement sémantique est parfaitement réussie témoignant de connaissances sémantiques préservées (+0,31 ET) mais la justification de ces liens de sens est moins

maîtrisée : le patient peut éprouver des difficultés à apporter une réponse claire et adéquate (cheval/veau : « *c'est dans une ferme* »).

### Profil pragmatique

La note globale des différentes tâches évaluant le profil pragmatique s'élève à 18/46. Les difficultés pragmatiques se retrouvent principalement en situation de conversation.



*L'analyse qualitative des résultats obtenus par le patient à la tâche d'interprétation de métaphores est située dans le profil lexico-sémantique du sujet. Cette épreuve ne sera donc pas détaillée dans cette partie.*

La situation de conversation met en lumière d'importantes difficultés pragmatiques (7/22).

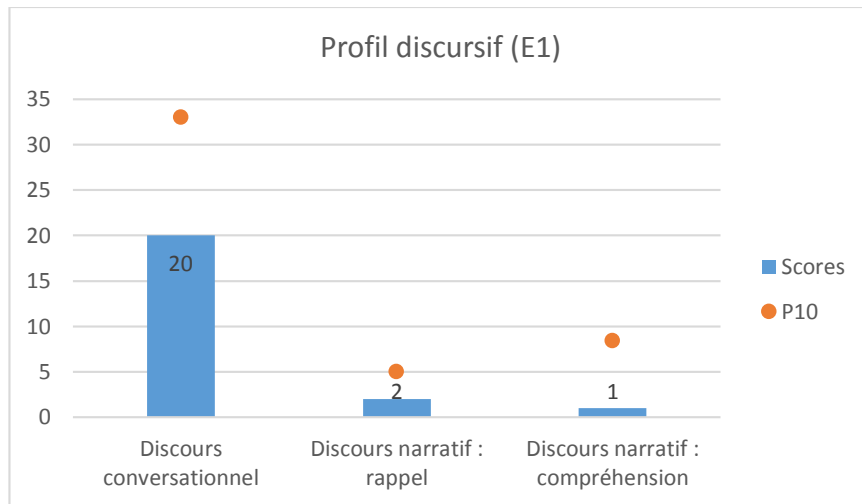
Sur le versant expressif, Nolan manque d'initiative verbale, parvient difficilement à nourrir les thèmes de conversation proposés (les études et les loisirs) et à suivre le fil de la conversation. Il se répète beaucoup et diverge en parlant plusieurs fois de son arrivée récente dans l'hôpital.

Sur le versant réceptif, l'humour et les sous-entendus semblent partiellement compris : le patient a tendance à prendre les commentaires humoristiques au premier degré.

L'interprétation d'actes de langage en fonction du contexte est échouée en explication (-2,2 ET) malgré les capacités du patient à les comprendre lorsqu'il doit choisir entre deux propositions (+0,33 ET) : le patient éprouve en effet des difficultés à expliciter les sous-entendus des situations indirectes.

## Profil discursif

Lors de cette première évaluation, Nolan obtient un score global de 23/61 témoignant d'importantes difficultés dans la construction et le rappel du discours.



En situation conversationnelle, nous observons des difficultés dans chaque domaine étudié (-5,96 ET) :

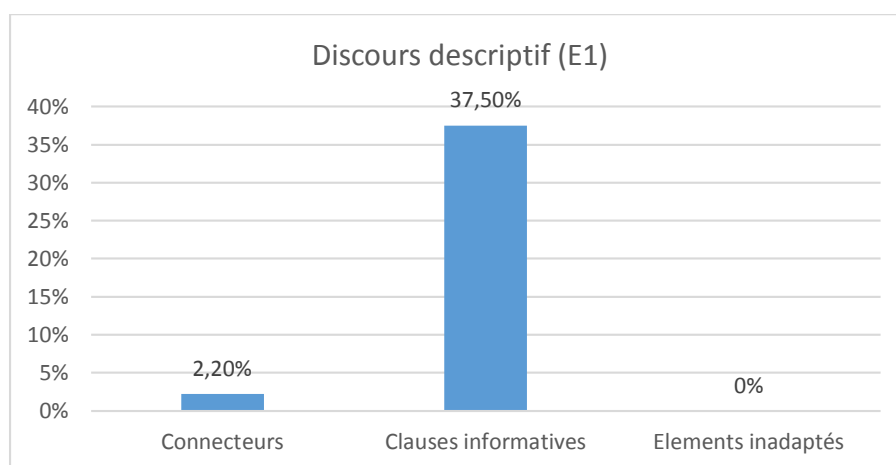
- **En expression** : les tours de parole sont respectés et les commentaires adaptés au contexte. Cependant, le discours du patient manque de clarté : le lexique choisi est peu précis et les propos peuvent être confus par moment. Nolan a également tendance à diverger et à répéter plusieurs fois les mêmes informations. (7/16)
- **En compréhension** : les propos de l'interlocuteur sont parfaitement compris par le patient mais le maintien du fil de la conversation est impossible : le patient peut se perdre lorsque le discours contient beaucoup d'informations. Ces difficultés peuvent s'expliquer par d'importantes troubles mnésiques. (3/6)
- **Les comportements non verbaux** sont sous-utilisés : le contact visuel avec l'interlocuteur est inconstant et les expressions faciales ne reflètent pas les émotions ressenties (3/6).
- **La prosodie linguistique et émotionnelle** semble correctement interprétée mais non utilisée : le débit est ralenti et l'intonation de la parole globalement monocorde (7/14).

Le score obtenu au rappel du discours narratif est très chuté (-2,94 ET). On observe sur cette épreuve l'omission de la majorité des idées principales (deux idées rappelées sur onze) ainsi que des transformations : le patient interprète certaines informations selon son propre point de vue (« *sa copine lui dit : sois courageux* »). Ces erreurs peuvent traduire un déficit mnésique au niveau de l'encodage et de stockage.

Le score obtenu en compréhension de texte est également pathologique (-4,47 ET) et s'explique par les difficultés mnésiques repérées à l'épreuve précédente. En effet, Nolan est seulement capable de rappeler le lieu du récit. Toutes les réponses fournies aux questions de compréhension sont erronées.

### La description d'image :

Lors de cette épreuve, le patient a verbalisé de nombreuses incertitudes (« euh », « je sais pas trop »). On note également un débit de parole très ralenti.



#### **Les connecteurs**

Nolan utilise une fois le connecteur « et » permettant de relier les énoncés parlant de la jeune fille et du garçon.

Les autres énoncés produits se succèdent sans lien logique.

#### **Les clauses informatives**

Un peu plus d'un tiers des productions du patient sont considérées comme informatives. Les autres clauses produites sont des répétitions d'informations et des commentaires personnels (« il doit y avoir quelque chose de marrant ; et voilà je sais pas trop »).

On constate quelques omissions d'informations : Nolan n'évoque ni les cookies ni le tabouret en déséquilibre.

#### **Les éléments inadaptés**

De même qu'en situation de conversation spontanée, aucune expression familière ou inappropriée n'est produite par le patient lors de la description.

Le lexique utilisé est précis et adapté à l'image.

### Analyse conversationnelle :

La discussion analysée porte sur la première rencontre entre deux personnes et la manière de faire connaissance.

#### **Compétences conversationnelles**

Nolan parvient à prendre l'initiative de la conversation en posant la première question pour apprendre à faire connaissance avec son interlocuteur. Il parvient également à réagir correctement aux propos de Jordan et à relancer la conversation après les silences.

Le turn-taking est parfaitement respectée par Nolan au cours de la conversation, nous ne notons pas de chevauchement de parole de sa part.

Les unités tours produites sont complètes et les actes de langage sont intelligibles et correctement adressés.

Les actes produits sont diversifiés et adéquats : on observe des questions fermées, des réponses adéquates, des actes de validation positifs et une demande de validation qui participent à la co-construction de l'information.

Le patient produit peu de régulateurs qui viendraient témoigner de la coopération à la conversation. On observe seulement quelques hochements de têtes venant confirmer la réception des interventions de Jordan.

#### **Compétences de discours**

Dans l'ensemble de la discussion, le topic général est conservé : Nolan pose des questions pour faire connaissance avec Jordan. On note à la fin une perte du fil de la conversation (oubli de parler du sport pratiqué par son interlocuteur).

La construction de l'information s'effectue à partir de questions fermées (« *toi aussi ça va en général ?* », « *et sinon bah: tu travailles ?* »), d'assertions initiales et de réponses adéquates.

Sur cette conversation, l'apport informatif est assez faible : on note beaucoup de répétitions (18% des interventions produites) et d'assertions n'apportant pas d'informations (« *et sinon je sais pas quoi trop* », « *ouais ouais ça se passe quoi* »).

La communicativité sur un mode multimodal est très faible : le regard est fuyant, la prosodie linguistique et émotionnelle est très faiblement utilisée et nous ne notons pas de gestes co-verbaux illustratifs.



### **Compétence intersubjective**

On remarque une utilisation de la première personne dans 47% des énoncés. En situation de groupe, cette forte implication traduit une tendance égocentrique, conséquence du traumatisme crânien. En effet, Nolan parle beaucoup de son arrivée à l'hôpital et, lors des activités PACE, il a tendance à faire deviner les cartes à partir de sa propre expérience personnelle (« *j'en ai chez moi* » ; « *j'aime bien ça* »).

### **Compétences sociales**

Nolan utilise le tutoiement pour s'adresser à son interlocuteur. Ce tutoiement semble adapté puisque ces deux patients, jeunes, ont presque le même âge.

### Synthèse :

En résumé, les épreuves nous permettent d'obtenir un profil de communication qui montre les domaines préservés et ceux atteints :

Au niveau langagier, la compréhension des consignes et des propos de l'interlocuteur est correcte. Le discours est fluide et nous n'observons pas de paraphrasies ou de néologismes. De plus, le système sémantique semble préservé (capacité à juger du lien sémantique entre deux items, à interpréter des métaphores). Enfin, la compréhension d'actes de langage dépendants du contexte est bonne.

Cependant, on constate chez le patient des difficultés à mobiliser ses connaissances lexicales et sémantiques pour justifier ses réponses. Les troubles du patient s'observent majoritairement en situation discursive dans laquelle le patient manque d'informativité (répétitions d'informations, digressions).

La communication para verbale et non verbale est également déficitaire : regard fuyant, absence de gestes coverbaux et intonation globalement monocorde.

Les difficultés de communication observées peuvent trouver différentes explications :

- **Déficit mnésique** : le patient se situe toujours en période d'amnésie post-traumatique responsable d'un trouble de la mémoire rétrograde. Cet important trouble mnésique explique le faible score obtenu aux épreuves du discours narratif et impacte sur la qualité du discours conversationnel.
- **Déficit attentionnel** : l'attention du patient est fluctuante et la concentration sur une tâche est difficile. Ce défaut d'attention soutenue explique le faible score obtenu lors de

l'épreuve d'évocation lexicale libre mais peut également être responsable de la perte du fil d'une conversation.

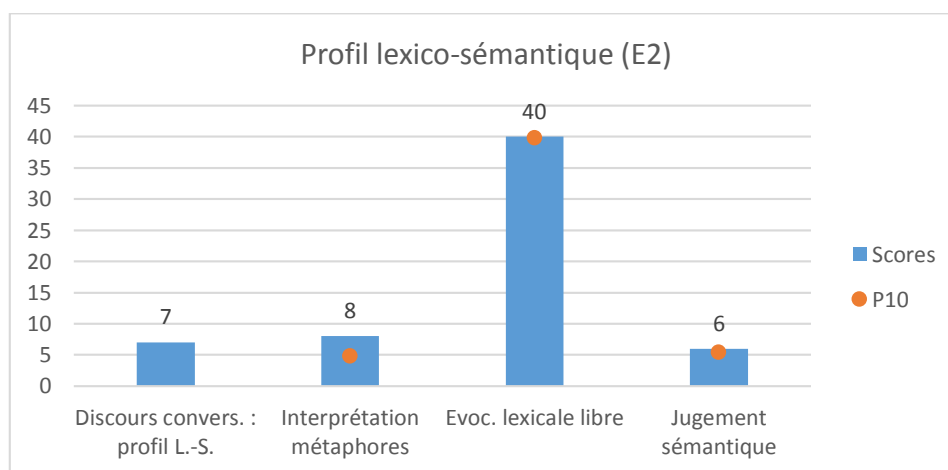
- **Déficit exécutif** : un trouble des fonctions exécutives sur le versant comportemental pourrait expliquer le manque d'initiative verbale, le débit de parole ralenti et les difficultés d'ajustement au contexte.

#### 4.5.2 Profil de communication POST-thérapeutique (E2)

Le protocole MEC de poche :

##### Profil lexico-sémantique

Nolan obtient un score global de 21/28 (le score obtenu à la tâche d'évocation lexicale ne participe pas à l'établissement de la note globale). On observe une amélioration du résultat dans chaque épreuve.



La qualité du discours conversationnel évolue peu (+1 point). On observe seulement un meilleur accès au stock lexical : le patient ne semble plus chercher ses mots. Cependant, les difficultés persistent dans le domaine de l'informativité (le discours demeure confus par moment) et dans la gestion du thème de l'échange (plusieurs digressions au cours de l'échange). (7/10)

Une nette amélioration est observée lors de la tâche d'interprétation de métaphores : le patient se situe au-dessus du score pathologique et du point d'alerte (-0,30 ET). Seule la justification des métaphores idiomatiques pose problème au patient.

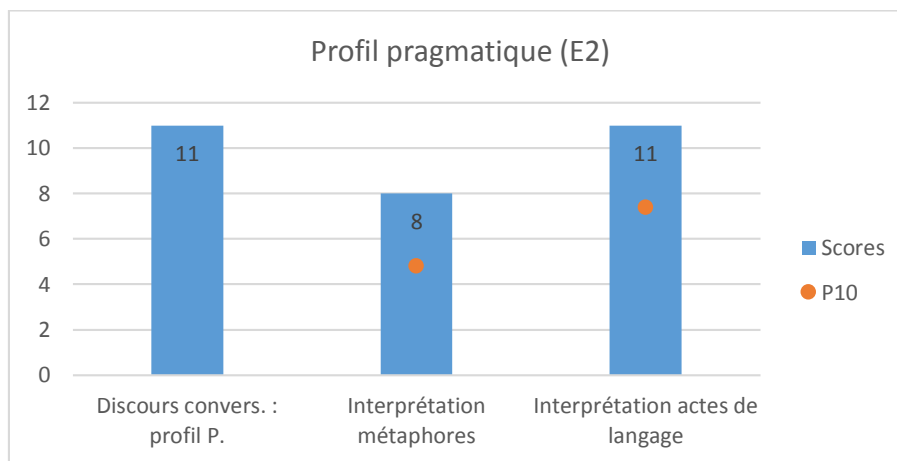
La tâche d'évocation lexicale montre une large progression des performances (quarante mots cités contre vingt-quatre mots lors de l'évaluation précédente). Le patient parvient à mobiliser

son attention jusqu'au bout et recourt aux clusters sémantiques : le patient évoque ainsi six catégories. Il se situe désormais juste au niveau du point d'alerte.

La tâche de jugement sémantique est parfaitement réussie : Nolan parvient à juger la présence ou l'absence d'un lien de sens entre deux items et à justifier sa réponse (+0,31 ET).

### Profil pragmatique

La note globale obtenue au profil pragmatique est de 30/46 soit une augmentation de quatorze points par rapport à l'évaluation précédente.



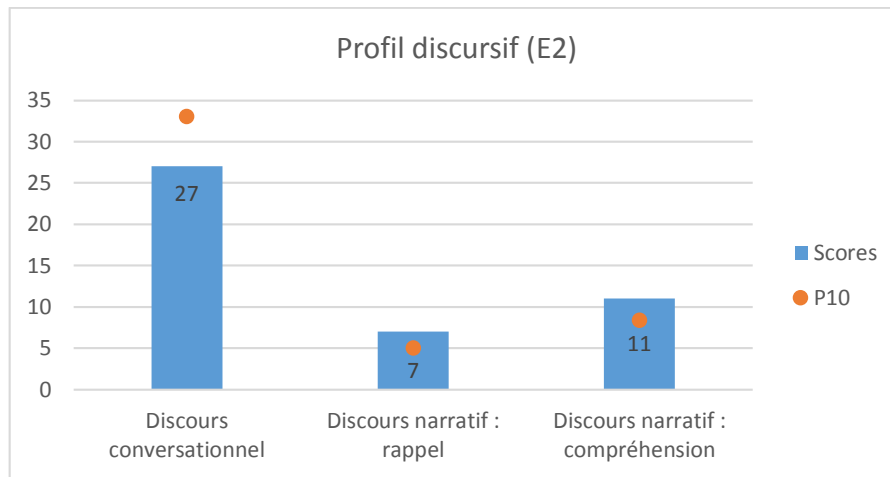
*L'analyse qualitative des résultats obtenus par le patient à la tâche d'interprétation de métaphores est située dans le profil lexico-sémantique du sujet. Cette épreuve ne sera donc pas détaillée dans cette partie.*

En situation de conversation, les progrès sont notables sur le versant expressif : le patient parvient mieux à maintenir le thème de la conversation et à l'enrichir. Nous notons également de légers progrès dans le domaine non verbal avec notamment un maintien du contact visuel plus soutenu pendant l'échange. (11/22)

La tâche d'interprétation des actes de langage est maîtrisée : Nolan parvient à comprendre les situations directes et indirectes et à justifier ses réponses de manière précise (+0,64 ET).

### Profil discursif

Nolan obtient un score de 45/61 aux épreuves évaluant les capacités discursives soit une importante augmentation de vingt-trois points depuis la précédente évaluation.



Les compétences conversationnelles du patient sont toujours considérées comme pathologiques (-3,83 ET) mais les performances augmentent légèrement dans tous les domaines étudiés :

- **Sur le versant expressif** : le patient prend de plus en plus part à l'échange et semble plus à l'aise pour verbaliser ses propos. Néanmoins, l'ensemble du discours demeure peu précis avec de nombreuses répétitions d'idées et digressions (10/16).
- **Sur le versant réceptif**, la compréhension de longues conversations est meilleure, le patient parvient à suivre le fil de la conversation s'il reste attentif aux propos de son interlocuteur (4/6). La compréhension du second degré reste encore déficitaire.
- **Dans le domaine non verbal** : les échanges visuels avec l'interlocuteur sont de meilleure qualité (le regard peut encore être fuyant par moment) mais l'expression faciale reste encore figée et ne traduit pas les états émotionnels du patient (4/6).
- **Dans le domaine para-verbal** : la prosodie linguistique est mieux transmise que lors de la première évaluation et notamment au niveau des énoncés exclamatifs. Cependant, la discussion sur ses loisirs puis sur son accident n'entraîne pas de changement au niveau de la prosodie émotionnelle. Le débit reste globalement ralenti (9/14).

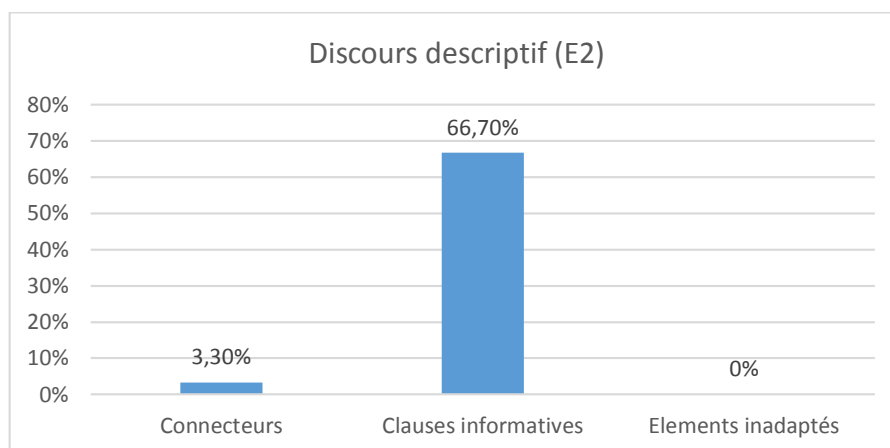
On constate une importante évolution des performances sur les tâches de discours narratif.

Le rappel de l'histoire paragraphe par paragraphe est réussi (-0,53 ET). Nolan parvient à dégager les idées principales du récit et à les restituer. Les omissions se retrouvent plus particulièrement à la fin du texte et peuvent éventuellement être expliquées par une chute attentionnelle en fin d'épreuve. On note l'ajout d'une interprétation personnelle sur l'histoire : « *il est content de la voir* ».

L'évaluation de la compréhension de l'histoire montre un bon encodage et une bonne interprétation du récit (-1 ET). L'élaboration du résumé démontre que l'inférence a été faite.

En revanche, le titre choisi est en lien avec l'histoire mais en contradiction avec l'inférence (« *l'aménagement amical* »). Les questions de compréhension sont globalement réussies mises à part les derniers items traitant de la réaction des amis de Jonathan. Ces difficultés à interpréter les émotions d'autrui peuvent faire penser à un déficit de la théorie de l'esprit non repéré à la première évaluation.

### La description d'image :



#### **Les connecteurs**

Le taux de connecteurs utilisé à la première et à la seconde évaluation est relativement stable. On observe l'utilisation du connecteur « et » pour relier deux propositions sans lien logique ainsi que le connecteur « mais » qui permet de mettre deux clauses en opposition : « *la fille et le fils doivent ranger la vaisselle mais le fils mange des cookies* ».

#### **Les clauses informatives**

Deux tiers des clauses produites par le patient sont considérées comme informatives. Les autres clauses sont des commentaires personnels qui ne peuvent normalement pas être déduits de l'image : « *la fille et le fils doivent ranger la vaisselle* », « *la mère fait avancer le planning de la maison* ».

#### **Les éléments inadaptés**

De même qu'à la première évaluation, aucun élément inadapté n'est produit par le patient au cours de la description d'image.

### Analyse conversationnelle :

Cette deuxième analyse est effectuée sur la discussion traitant de l'éducation et des conséquences du traumatisme crânien.

### **Compétences conversationnelles**

Nolan produit de nombreuses assertions réactives adéquates qui montrent qu'il participe activement à la construction de la discussion. Il produit également un acte d'assertion initiale qui provoque un changement de topic « *ben moi je me rappelle plus de l'étage où je suis. Où elle est ma chambre. Je viens de penser à ça.* »

Le turn-taking n'est pas toujours respecté : Nolan interrompt la parole de Daniel dans 20% de ses interventions.

Nolan réalise des unités tours complètes : nous n'observons pas de manque du mot, d'hésitation ou de pause significative. En effet, les actes de langage produits sont intelligibles et correctement adressés.

On note une adéquation correcte entre les actes de langage : les assertions viennent compléter celles des autres participants et l'on observe des réponses adéquates aux questions de Daniel (actes de validation accord).

Nolan produit des régulateurs longs qui viennent reformuler les informations transmises par Daniel pour confirmer ce qui a été dit (« *Plus ça va et mieux c'est quoi.* » ; « *Y a quelqu'un qui vous a retrouvé quoi.* »). Ils témoignent ainsi d'une bonne coopération à la conversation.

### **Compétences de discours**

Les actes produits au début de la conversation sont en accord avec le topic (discussion sur l'éducation et sur le fils de Daniel). Puis, après une pause dans la conversation, Nolan produit un acte sans rapport avec les énoncés précédents qui vient initier un nouveau thème de conversation (discussion sur la perte des repères provoquée par l'accident). Les actes suivants produits sont en accord avec ce nouveau topic.

On peut considérer que 47% des actes produits par Nolan apportent une information à la discussion (apport informatif sur la perte des repères, son retour à l'hôpital, sa non conscience des troubles et son état de santé). Les autres énoncés produits sont des régulateurs longs reformulant les énoncés de Daniel et des répétitions d'informations.

La communication non verbale et para verbale est encore peu investie. En effet, on note une amélioration dans la gestion du regard (regard adéquatement dirigé vers son interlocuteur). Cependant, les gestes illustratifs et la prosodie ne sont pas encore présents.

### **Compétence intersubjective**

On note une forte implication dans la conversation avec la présence de la première personne dans 40% de ses interventions. Nolan fait part de son vécu de l'accident et de ses difficultés mnésiques.

Les régulateurs produits montrent la réactivité et la coopération à l'échange.

### **Compétences sociales**

Les règles de politesse dans l'échange sont respectées : on note l'utilisation adéquate du vouvoiement lorsqu'il s'adresse à son interlocuteur.

#### Synthèse :

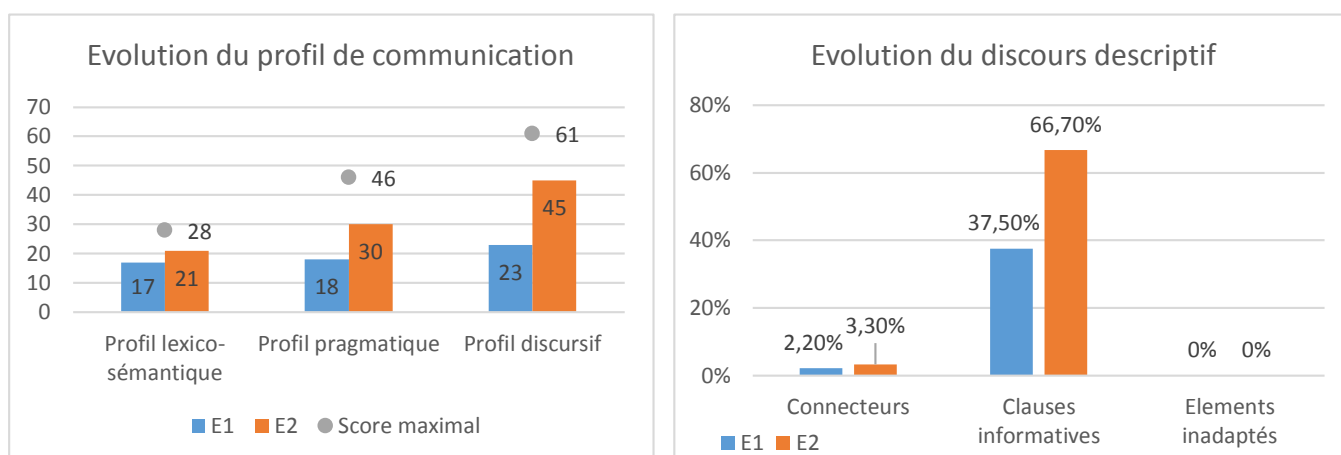
Cette deuxième évaluation montre ainsi les progrès réalisés par Nolan dans chaque domaine après la passation du protocole thérapeutique. Deux dissociations importantes ressortent néanmoins du profil de communication du patient :

On observe d'une part une dissociation des résultats du bilan entre l'évaluation du discours conversationnel et les autres épreuves plus formelles : seul le résultat obtenu à la grille d'observation conversationnelle est considéré comme pathologique. Les difficultés ressenties peuvent être de plusieurs types :

- **Trouble pragmatique** : peu d'intention communicative et mauvaise gestion du thème de l'échange (notamment en situation de groupe).
- **Trouble attentionnel** : beaucoup plus discret que lors de la première évaluation, ce trouble interfère sur la capacité de concentration du patient lors de discussions à plusieurs.
- **Trouble exécutif** : il peut provoquer les difficultés pour s'engager dans une discussion, pour s'adapter aux changements de thème.

D'autre part, la dissociation est notable entre conversation duelle où le patient est appétant et parvient à relancer l'échange et la situation de conversation de groupe où le patient est souvent en retrait. Cette dernière situation nécessite des ressources mnésiques et attentionnelles plus importantes pour pouvoir suivre le fil de la conversation.

## 4.5.2 Evolution du profil de communication



En résumé, la comparaison entre la première et la deuxième évaluation montre que la récupération spontanée, les séances individuelles et les séances de groupe ont permis à Nolan de réaliser d'énormes progrès en deux mois.

En situation de conversation, le patient parvient à participer activement à la construction de la discussion. En effet, au fil des séances de rééducation, Nolan a su trouver sa place pour s'affirmer au sein du groupe et être plus présent dans les conversations. On note également un meilleur apport informatif dans ses interventions : le lexique utilisé est plus précis et on observe une meilleure cohérence et cohésion du discours. Le turn-taking est assuré et les propos sont adaptés au topic, à la situation et à l'interlocuteur.

De plus, de nombreuses épreuves du protocole MEC de poche sont réussies et situent le patient au-dessus du seuil pathologique et du point d'alerte.

- **Dans le domaine lexico-sémantique** : le patient interprète correctement le sens figuré de métaphores et identifie parfaitement les liens sémantiques entre des mots tout en justifiant clairement ses choix. L'accès au stock lexical reste encore un peu difficile mais néanmoins non pathologique.
- **Dans le domaine pragmatique** : Nolan est capable d'interpréter un énoncé en prenant en compte le contexte, même lorsque celui-ci contient un sous-entendu.
- **Dans le domaine discursif** : le discours narratif est compris par le patient qui parvient à dégager les idées principales du texte et à le résumer. L'inférence de l'histoire est également maîtrisée.

Enfin, l'informativité s'est également améliorée en situation de description d'image malgré la présence d'énoncés personnels parasitant la qualité du discours.



Cependant, les difficultés de communication sont encore visibles en situation de conversation duelle ou de groupe. En effet, le patient éprouve encore des difficultés à exposer de manière claire ses idées et à maintenir le fil de ses propos. Le débit de parole est toujours ralenti et les moyens de communication extra-verbaux peu investis.

Ces divers troubles doivent encore faire l'objet d'un travail rééducatif.

## 5. Discussion

### 5.1 Synthèse de la recherche

Ce mémoire de recherche a été mené et élaboré dans le but de répondre à la problématique suivante : **dans quelle mesure des activités type PACE menées en groupe permettent-elles d'améliorer les capacités de communication de patients traumatisés crâniens ?**

Pour répondre à cette question, une hypothèse a été élaborée servant de ligne de base à la création de la méthodologie de la recherche.

#### 5.1.1 Validation de l'hypothèse

Rappel de l'hypothèse théorique : **le travail rééducatif, proposé en groupe, va avoir un effet bénéfique sur les habiletés communicatives des patients traumatisés crâniens.**

Pour valider cette hypothèse, nous avons supposé que les performances obtenues par les patients aux différents outils d'évaluation de la communication proposés allaient s'améliorer entre l'évaluation initiale et l'évaluation finale. Cette évolution positive des performances témoignerait ainsi de l'efficacité du groupe thérapeutique.

#### Amélioration des scores obtenus au protocole MEC de poche :

Nous avons émis l'hypothèse que le protocole thérapeutique améliorerait les résultats obtenus aux trois profils évalués par le protocole MEC de poche (profil lexico-sémantique, profil pragmatique et profil discursif).

Les résultats montrent une amélioration du score global obtenu par tous les patients **au profil lexico-sémantique**. Le taux de réussite moyen passe ainsi de 39% à 51%. Cette progression

témoigne de l'efficacité du protocole sur la précision lexicale : on observe chez les patients un meilleur accès au stock lexical et une amélioration des capacités de jugement sémantique.

Le résultat global obtenu aux tâches évaluant le **profil pragmatique** montre également une progression chez tous les patients puisque le taux de réussite global passe de 47% à 65%. Le travail mené en groupe a amélioré la compréhension d'énoncés en contexte situationnel ainsi que la participation à la conversation et l'usage de comportements non verbaux en conversation.

Enfin, le protocole thérapeutique de groupe est surtout efficace sur les capacités discursives puisque le taux de réussite moyen au **profil discursif** passe de 45% à 73%. Cette forte progression se traduit par la diminution des comportements non adaptés dans la conversation des patients et par une augmentation de la clarté et de la précision du discours produit.

#### Meilleure performance à la tâche de description d'image du BDAE :

Nous avons également supposé que les activités inspirées de la méthode PACE permettrait une amélioration de l'informativité du discours et donc une communication plus claire et plus précise.

L'épreuve de description d'image confirme cette idée puisqu'elle montre une augmentation de la production d'informations nouvelles et pertinentes dans l'élaboration du discours descriptif de chaque patient. En effet, le taux moyen de clauses informatives passe de 50% à 68%.

On observe également une légère augmentation et/ou une diversification des connecteurs produits suggérant une amélioration de la cohésion du discours. Les activités PACE ont donc aidé les patients à fournir des explications plus intelligibles en articulant les informations transmises de manière logique.

Cependant, le protocole n'a pas influencé la diminution des mots inadaptés dans le discours de certains patients malgré les remarques faites par les thérapeutes et les autres patients lors des séances de groupe.

#### Amélioration du profil conversationnel de chaque patient en situation de groupe :

Enfin, nous avons souhaité évaluer l'effet de la situation de groupe sur les habiletés conversationnelles des patients. Nous pensions que les séances en groupe allaient influencer positivement les compétences conversationnelles et sociales.

Pour chaque patient les bénéfices des situations de groupe ont été différents. Globalement, les progrès ont été visibles au niveau des compétences discursives et notamment sur l'apport informatif. En effet, les analyses des conversations montrent que tous les patients ont amélioré leur capacité à apporter des informations nouvelles et pertinentes pour enrichir l'échange.

Le groupe a également été utile sur la multicanalité de la communication avec notamment une augmentation d'utilisation des gestes illustratifs coverbaux et un meilleur maintien du contact visuel au cours de l'échange pour trois patients sur quatre.

Enfin, les discussions de groupe ont pu contribuer à une meilleure implication et participation des sujets aux échanges verbaux. En effet, les temps de discussion des dernières séances de groupe ont été à l'initiative des patients eux-mêmes. La durée des échanges était également plus longue et les interventions des thérapeutes pour réguler l'échange moins nombreuses. Ainsi, les patients prenaient plaisir à échanger ensemble sur des thèmes qui les rapprochaient (la vie à l'hôpital, les sorties).

Cependant, nous n'avons pas observé d'amélioration au niveau de la prosodie ou au niveau des compétences sociales chez les patients utilisant un vocabulaire inadapté.

Ainsi, la comparaison entre la première évaluation, avant mise en place du protocole thérapeutique, et la seconde évaluation permet de valider notre hypothèse théorique et d'affirmer qu'il existe une relation entre le travail rééducatif en groupe et l'amélioration des habiletés communicatives des quatre patients de notre étude.

### **5.1.2 Réponse à la problématique**

L'analyse de toutes ces données nous permet donc de répondre à la problématique du mémoire et de repérer les apports de notre prise en charge en groupe sur les capacités de communication de patients traumatisés crâniens graves.

#### *Apport des activités PACE :*

**Au niveau du choix du lexique :** les activités inspirées de la méthode PACE ont permis aux patients d'améliorer leur précision lexicale. En effet, le matériel choisit tout au long du protocole portait sur différentes catégories sémantiques permettant aux patients de diversifier le lexique utilisé et d'effectuer un travail de catégorisation, de synonymie et de polysémie.

Ainsi, le travail rééducatif a aidé les patients à trouver de nouvelles stratégies pour pallier le manque du mot comme la définition par l'usage ou l'utilisation de synonymes. Une diminution des paraphrasies et néologismes produits a également été observée tout au long du protocole.

**Au niveau de la construction de phrases et du discours :** les activités proposées ont entraîné les patients à élaborer des phrases puis des discours de manière plus précise et concise. En effet, les activités de description d'images très ressemblantes ont obligé les patients à repérer les éléments pertinents pour être en accord avec les maximes de quantité et de qualité de Grice. Elles favorisaient également la production de connecteurs pour articuler les énoncés produits (travail de la cohésion du discours).

**Au niveau des compétences conversationnelles et pragmatiques :** les activités PACE ont permis aux patients de produire des actes de langage intelligibles et diversifiés : production d'assertions pour décrire les cartes, de questions pour obtenir plus d'informations et de régulateurs pour réceptionner les informations transmises. Elles ont également aidé à travailler le turn-taking puisque chaque patient passait du rôle d'informateur à celui de devineur. Enfin, elles ont participé au travail de prise en compte du savoir partagé en obligeant le patient occupant le rôle d'informateur à adapter la quantité d'informations à fournir en fonction des informations que les autres patients avaient sous les yeux.

#### Apport d'une prise en charge en groupe :

La situation de travail en groupe a été propice à des temps de discussion naturels et spontanés (au moment de l'arrivée des patients, entre les deux activités PACE et à la fin de chaque séance). Ces différents moments ont été l'occasion pour les patients d'entraîner leurs habiletés conversationnelles en s'adaptant à leurs interlocuteurs et au contexte d'énonciation. Les commentaires des thérapeutes et des autres patients ont permis la diminution des comportements non adaptés.

**Apport au niveau des compétences conversationnelles :** la situation de groupe a permis un meilleur respect du turn-taking en incitant chaque patient à écouter les autres participants parler de leurs loisirs, de leur métier, de leur accident, etc. La régularité des séances, du lieu de rendez-vous et des patients présents a également pu permettre de développer leur participation et de coopérer à la conversation : au fil des semaines les patients ont appris à se connaître et ont pris plus de plaisir à échanger ensemble. Enfin, cette situation a été propice à

l'utilisation d'actes de langage variés comme des assertions, des questions, des réponses adéquates, des régulateurs verbaux et non verbaux, etc.

**Apports au niveau des compétences discursives** : les conversations de groupe ont entraîné les patients à s'insérer dans des discussions avec plusieurs interlocuteurs et à intervenir en respectant le topic de la conversation.

De nets progrès ont également été observés au niveau de l'informativité du discours produit avec l'augmentation d'utilisation de connecteurs logiques et l'augmentation d'informations nouvelles et pertinentes. En effet, les patients ne se connaissaient pas avant et devaient donc transmettre beaucoup d'informations aux autres participants pour expliquer leur métier, leurs loisirs, etc.

Enfin, des améliorations ont également été visibles au niveau de la communication non verbale avec l'augmentation, chez certains patients, des gestes coverbaux venant illustrer le discours ou pallier le manque du mot et un meilleur maintien du contact visuel au cours de l'échange. Ces éléments n'ont pas fait l'objet d'un travail particulier mais un effet de mimétisme peut expliquer les améliorations au cours du protocole.

Le protocole thérapeutique a également permis de faire apparaître des comportements positifs non mesurables mais observables cliniquement.

Premièrement, il a aidé à une **prise de conscience des séquelles du traumatisme crânien** pour ainsi diminuer l'anosognosie. En effet, les activités menées ont pu mettre certains patients en difficultés et les commentaires des thérapeutes et des autres participants ont aidé à la prise de conscience des troubles de la communication. Par ailleurs, le groupe a été propice à de nombreuses discussions sur le handicap, la vie à l'hôpital et le vécu des difficultés. Les patients échangeaient spontanément sur leur accident et sur leur expérience personnelle, notamment sur les troubles mnésiques et la désorientation spatio-temporelle.

Enfin, il a favorisé la **resocialisation** et des liens d'amitié se sont même créés entre certains patients. Tous nous ont confié avoir très peu d'échanges avec les autres personnes hospitalisées : ils restent la plupart du temps dans leur chambre et ont seulement des contacts avec les différents professionnels lors des soins ou lors des séances de rééducation. Le groupe était donc un des seuls moments où les patients pouvaient se rencontrer et discuter. Progressivement, les patients se sont mis à venir et repartir ensemble. Ils nous ont dit

apprécier ce temps de groupe pour travailler ensemble d'une autre manière et échanger dans la bonne humeur.

## 5.2 Limites

### 5.2.1 Au niveau de la population

La population de cette recherche comprend seulement quatre sujets. Cet échantillon est trop petit pour pouvoir généraliser les résultats obtenus. Pour favoriser l'écoute et les échanges, nous ne souhaitons pas agrandir le nombre de patients présents au sein du groupe ; il aurait donc fallu réaliser plusieurs sessions mais le temps disponible et le nombre de patients répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion ont malheureusement manqué.

Nolan se trouvait à la phase initiale de sa rééducation. Les effets de la récupération spontanée lors de cette phase sont importants mais non mesurables et constituent donc un biais aux résultats obtenus pour ce patient. La prise en charge en groupe a certainement aidé Nolan à améliorer ses capacités de communication (notamment la construction de son discours, l'informativité de ses propos et sa participation aux conversations de groupe) ainsi qu'à prendre conscience de ses troubles mais il n'est pas possible de connaître précisément la part des bénéfices attribuable au protocole.

Tous les participants bénéficiaient d'une prise en charge orthophonique individuelle parallèlement à la prise en charge menée en groupe. Même si les objectifs thérapeutiques étaient différents de ceux du groupe, ces séances individuelles ont indirectement participé à l'amélioration des compétences communicatives des patients. Cela montre qu'une prise en charge en groupe menée parallèlement à une prise en charge individuelle accélère et stimule les progrès réalisés par le patient.

### 5.2.2 Au niveau de la construction du protocole

#### Limites liées aux activités :

**A propos des activités inspirées de la PACE :** en situation d'explication, il est arrivé que certains patients considèrent l'exercice « trop simple » fournissant alors des informations vagues et souvent incompréhensibles pour complexifier la tâche et ce malgré nos remarques

concernant l'objectif de la séance. Une fois la carte devinée, il nous fallait demander au patient la manière dont il aurait expliqué la carte le plus clairement et le plus simplement possible pour poursuivre le travail d'informativité.

**A propos des temps de discussion** : il était prévu, en fin de protocole, d'introduire des sujets de débat pour entraîner les patients à l'exercice du discours argumentatif. Cependant, lors des dernières séances de groupe, les patients étaient à l'initiative des discussions et nous avons fait le choix de ne pas interrompre ces moments puisque l'un des objectifs du groupe était la prise d'initiative dans la conversation. Il aurait cependant été intéressant d'observer les comportements des patients au cours de ces échanges d'opinions.

Limites liées au matériel :

**A propos des cartes PACE** : nous nous sommes aperçues que douze cartes par patient étaient un nombre trop élevé en situation de devinette avec des cartes doubles. En effet, cet exercice était plus difficile pour les patients qui avaient des difficultés à poser des questions pertinentes pour trouver rapidement la carte choisie. Cette tâche prenant alors une grande partie de la séance au détriment du temps de discussion et de la deuxième activité PACE.

**A propos des séances filmées** : nous aurions souhaité montrer des extraits vidéo des séances de groupe aux patients anosognosiques (excès de familiarité, repli sur soi lors des échanges, manque de clarté dans le discours) dans le but de leur faire prendre conscience de certains comportements inadaptés. Ce retour vidéo aurait peut-être permis d'appuyer les remarques verbales des thérapeutes pour un changement plus rapide des comportements.

### **5.2.3 Au niveau des outils d'évaluation**

Nous aurions souhaité avoir l'avis des proches sur les changements observés dans la communication du patient depuis l'accident. Ces précieuses informations auraient permis de parfaire l'évaluation initiale pour mieux connaître les répercussions du traumatisme crânien sur les capacités de communication de leur proche. Malheureusement, les situations familiales de plusieurs patients étaient compliquées et il était très difficile d'entrer en contact avec ces familles.

Les conversations de groupe servant aux évaluations pré et post-thérapie ne durent que cinq minutes. Ainsi, même si le choix des vidéos a été réfléchi pour être le plus conforme possible aux possibilités des patients, elles ne reflètent pas forcément leurs capacités conversationnelles au quotidien. Nous aurions souhaité sélectionner plusieurs passages des discussions de groupe pour croiser les observations mais les transcriptions et analyses des extraits sont longues et chronophages et nous avons manqué de temps pour les réaliser.

### 5.3 Perspectives

Les limites citées ci-dessus fournissent des pistes intéressantes pour continuer le travail amorcé dans ce mémoire afin d'élaborer un protocole de groupe de rééducation des troubles de la communication plus cadré.

#### **5.3.1 Poursuites du travail en modifiant l'échantillon**

En effet, il serait intéressant de tester ce protocole auprès d'un échantillon de patients traumatisés crâniens plus grand. Cela permettrait de voir si les résultats obtenus vont dans le même sens que ceux de ce mémoire et donc de généraliser les résultats si c'est le cas.

Il serait également possible d'effectuer ce travail avec des patients en phase de réadaptation et donc retournés à leur domicile pour ainsi connaître les répercussions des troubles dans leur quotidien pour adapter les objectifs de prise en charge.

Enfin, ce groupe pourrait être mené auprès de patients présentant également des troubles de la communication mais provoqués par d'autres pathologies (accident vasculaire cérébral, tumeur cérébrale, rupture d'anévrisme).

#### **5.3.2 Poursuites du travail en modifiant le protocole**

Les contraintes temporelles nous ont imposé la réalisation de ce protocole de manière intensive sur un temps assez court (six semaines) mais il serait pertinent de tester ce protocole de rééducation sur le long terme pour aider les patients durant une grande partie de leur hospitalisation en adaptant les tâches et le matériel aux progrès réalisés.



Pour terminer, ce travail pourrait être poursuivi en créant un matériel de rééducation plus abouti destiné à la prise en charge en groupe des troubles de la communication de patients cérébrolésés. En effet, les effets bénéfiques de cette rééducation de groupe ont été démontrés mais le matériel peut être amélioré pour répondre à la demande des orthophonistes face au manque d'outils concrets existant.

## CONCLUSION

La prise en charge orthophonique auprès de patients traumatisés crâniens porte davantage sur la rééducation des troubles de la pragmatique que sur celle des troubles du système linguistique. En effet, les auteurs disent des traumatisés crâniens qu'ils parlent mieux qu'ils ne communiquent.

L'objectif de ce travail était de créer un protocole thérapeutique de groupe inspiré de la méthode PACE de Davis et Wilcox et d'en évaluer objectivement l'efficacité. Ce protocole, destiné à la prise en charge des troubles de la communication de patients traumatisés crâniens graves, avait pour but de répondre au manque d'outils pratiques de rééducation dans ce domaine.

Après une année de recherche, nous pouvons conclure que ce protocole a eu des effets bénéfiques sur certaines composantes communicationnelles altérées chez les patients traumatisés crâniens de notre étude.

En effet, il a notamment montré son efficacité sur l'amélioration de l'informativité tant au niveau de la précision lexicale qu'au niveau de la construction du discours et sur l'amélioration des compétences conversationnelles telles que l'implication dans la conversation, la diversification des actes de langage produits ou encore le respect du topic et du turn-taking.

Il a également permis aux patients de prendre conscience de l'impact de leur accident sur leur manière de communiquer et de mieux appréhender leurs difficultés.

Enfin, il a été un soutien à la resocialisation en favorisant les rencontres et en stimulant les échanges entre patients.

La taille de l'échantillon de l'étude ne permet pas de généraliser les résultats mais les observations qui découlent de ce travail offrent la possibilité de poursuivre la recherche en proposant ce protocole à un plus grand nombre de patients traumatisés crâniens ou en l'ouvrant à d'autres pathologies provoquant des troubles similaires.

## BIBLIOGRAPHIE

- Allain, P., Aubin, G. & Le Gall, D. (2012). *Cognition sociale et neuropsychologie*. Marseille : Solal.
- Amado, G. & Guittet, A. (2012). *Dynamique des communications dans les groupes*. Paris : Armand Colin.
- Anzieu, D. (1984). *Le groupe et l'inconscient : l'imaginaire groupal*. Paris : Dunod.
- Aubert, S., Barat, M., Campan, M., Dehail, P., Joseph, P.-A. & Mazaux, J.-M. (2004). Compétences de communication non verbale des traumatisés crâniens graves. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 47, 135-141.
- Austin, J. L. (1970). *Quand dire, c'est faire*. Paris : Editions du Seuil.
- Azouvi, P. (2009). Les troubles cognitifs des traumatismes crâniens sévères. *La lettre de Médecine Physique et de Réadaptation*, 25, 1-3.
- Barblan, L. (2000). Les traitements logopédiques en groupe : quelques fondements épistémologiques et structuraux. *Langage & pratiques*, 26, 2-16.
- Barrier, G. (1996). *La communication non verbale*. Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur.
- Bernicot, J. & Trognon, A. (2002). Le tournant pragmatique en psychologie. In J., Bernicot, A., Trognon, M., Guidetti, M., Musiol (Eds), *Pragmatique et psychologie* (pp. 13-32). Presses Universitaire de Nancy.
- Bertoumieux, M.-L. (2002). *Impact de la P.A.C.E. sur les compétences communicatives des aphasiques : évaluation avec un test fonctionnel : le T.L.C*. Nantes : Mémoire d'Orthophonie.
- Bischof, S. (2010). Troubles pragmatiques en situation de conversation chez les sujets traumatisés crânio-cérébraux : comparaison de deux outils d'évaluation. *Aphasie und verwandte Gebiete*, 2, 45-58.
- Bony, C. & Rouyres, S. (2012). *La communication écologique des traumatisés crâniens : programme d'intervention écologique, d'éducation et de réhabilitation*. Lille : Mémoire d'Orthophonie.
- Bosco, F. M. & Angeleri, R. (2012). Communicative impairment after traumatic brain injury: evidence and pathways to recovery. In A. Agrawal (Ed), *Brain injury: Fonctional aspects, rehabilitation and prevention* (pp.151-160). Rijeka : InTech.
- Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederelé, E. & Masy, V. (2011). *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues : Ortho Edition.
- Buttet Sovilla, J. (1997). Les thérapies de groupe. In F., Eustache, J., Lambert & F., Viader (Eds), *Rééducations neuropsychologiques* (pp. 97-123). Bruxelles : De Boeck.
- Buttet Sovilla, J. (1999) Les thérapies de groupe en aphasiologie. *Rééducation Orthophonique*, 198, 123-136.
- Champagne-Lavau, M. & Joannette, Y. (2009). Pragmatics, theory of mind and executive functions after a right-hemisphere lesion: different patterns of deficits. *Journal of Neurolinguistics*, 22, 413-426.
- Chérel, M. (2014). *Les troubles de la pragmatique du langage en neurologie adulte : une information à destination des médecins*. Nantes : Mémoire d'Orthophonie.

- Chomel-Guillaume, S., Leloup, G. & Bernard, I. (2010). *Les aphasies : évaluation et rééducation*. Paris : Masson.
- Clavel, N. (2015). *Elaboration et intérêt d'un protocole de rééducation des troubles de la communication non verbale en groupe chez des patients traumatisés crâniens*. Bordeaux : Mémoire d'Orthophonie.
- Clerebaut, N., Coyette, F., Feyereisen, P. & Seron, X. (1984). Une méthode de rééducation fonctionnelle des aphasiques : la P.A.C.E. *Rééducation orthophonique*, 138, 329-345.
- Cohadon, F., Castel, J.-P., Richer, E., Mazaux, J.-M. & Loiseau, H. (1998). *Les traumatisés crâniens : de l'accident à la réinsertion*. Vélizy-Villacoublay : Arnette.
- Coquet, F. (2005). Pragmatique : quelques notions de base. *Rééducation orthophonique*, 221, 13-27.
- Coquet, F. (2012). Multicanalité de l'expression. *Les entretiens de Bichat*, 97-114.
- Cosnier, J., Vaysse, J. (1997). Sémiotique des gestes communicatifs. *Nouveaux Actes Sémiotiques*, 52, 7-28.
- Côte, H., Moix, V. & Giroux, F. (2004). Evaluation des troubles de la communication des cérébrolésés droits. *Rééducation orthophonique*, 219, 10-122.
- Croll, A. (2010). La compétence conversationnelle en classe de maternelle : outils d'évaluation linguistique. *Psychologie de l'interaction*, 27-28, 27-62.
- Dailler, F., Di Roio, C. & Artru, F. (2007). Facteurs prédictifs et marqueurs biochimiques de la récupération après lésion encéphalique traumatique. In P., Azouvi, P.-A., Joseph, J., Pélissier & F., Pellas (Eds), *Prise en charge des traumatisés cranio-encéphaliques : de l'éveil à la réinsertion* (pp. 29-37). Paris : Masson.
- Dardier, V. (2004). *Pragmatique et pathologies : comment étudier les troubles de l'usage du langage*. Rosny-sous-Bois : Bréal.
- Dardier, V., Fayada, C. & Dubois, B. (2006). L'impact des reprises d'autrui sur le discours de patients lésés frontaux. *La Linguistique*, 2(42), 135-150.
- Davis, G. (2005). Pace revisited. *Aphasiology*, 19, 21-38.
- Davis, G., & Wilcox, J. (1981). Incorporating parameters of natural conversation. In Chapey R. (Ed.), *Language intervention strategies in adult aphasia*. Baltimore : Williams E. Wilkins.
- De Morand, A. (2010). *Pratique de la rééducation neurologique*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Dessy, M.-L., Jacquemin, A., De Partz, M.-P., Ruymbeke-Raison, A.-M., Coyette, F. & Seron, X. (1989). La P.A.C.E. : son utilisation, ses extensions et proposition d'une nouvelle grille d'évaluation. *Glossa*, 13, 12-23.
- Destailhats, J.-M., Mazaux, J.-M., Belio, C., Sorita, E., Sureau, P., Lozes, S. et al. (2007). Le lien familial à l'épreuve du handicap : la consultation handicap et famille Identité. In P., Azouvi, P.-A., Joseph, J., Pélissier & F., Pellas (Eds), *Prise en charge des traumatisés crânio-encéphaliques : de l'éveil à la réinsertion* (pp. 172-187). Paris : Masson.

- De Weck, G. (2005). L'approche interactionniste en orthophonie / logopédie. *Rééducation orthophonique*, 221, 67-83.
- Dromer, E. & Azouvi, P. (2015). Anosognosie après un traumatisme crânio-cérébral. In P., Azouvi, C., Vallat-Azouvi & G., Aubin (Eds), *Traumatismes crânio-cérébraux* (pp. 89-113). Paris : De Boeck-Solal.
- Egon, G., Isambert, J. L. & Filipetti, P. (2009). Réhabilitation des traumatismes crâniens graves. *Campus de Neurochirurgie*. Repéré à <http://campus.neurochirurgie.fr>.
- Estienne, F. (1998). *Voix parlée, choix chantée*. Paris : Masson.
- Euverte, L., Duclercq, S., Faye-Guillot, T., Lebaron, N. & Luauté, J. (2014). Rééducation du patient traumatisé cranioencéphalique. *EMC Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*, 10(3), 1-13.
- Ferré, P., Lamelin, F., Côté, H., Ska, B. & Joannette, Y. (2011). *Protocole Montréal d'Evaluation de la Communication – Version de proche*. Isbergues : Ortho Edition.
- Ferrey, G. (1995). *Abord psychosomatique des traumatisés crâniens*. Paris : Masson.
- François, Guinaud C. (2014). Le langage et la communication à l'épreuve du traumatisme cranio-cérébral dans la relation sociale. *Journal de Réadaptation Médicale*, 34, 155-158.
- Goffman, E. (1974). *Les rites d'interaction*. Paris : Les Editions de Minuit.
- Hall, E. T. (1971). *La dimension cachée*. Paris : Editions du Seuil.
- Hamonet-Torny, J., Fayol, P., Faure, P., Carrière, H. & Dumond, J.-J. (2013). Traumatic brain injury rehabilitation, the programs applied in French UEROS units, and the specificity of the Limoges experience. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 56, 174-192.
- Haute Autorité de Santé. (2007). Rapport orthophonie: rééducation de la voix, du langage et de la parole. Repéré à <http://www.has-sante.fr>.
- Hupet, M. (2006). Bilan pragmatique. In F., Estienne & B., Piérart (Eds), *Les bilans de langage et de voix* (pp. 88-104). Paris : Masson.
- Jagot, L., Marlier, N., Tissier, A. C., Patin, V., Azouvi, P., Le Mestric, L. et al. (2001). Discours conversationnel et procédural chez le sujet traumatisé crânien sévère : étude conjointe de deux outils d'analyse clinique. *Psychologie de l'interaction*, 13-14, 75-108.
- Jakobson, R. (1963). *Essais de linguistique générale*. Paris : Les Editions de Minuit.
- Joannette, Y. (2004). Impact d'une lésion cérébrale droite sur la communication verbale. *Rééducation orthophonique*, 219, 11-28.
- Joannette, Y., Ska, B. & Côté, H. (2004). *Protocole Montréal d'Evaluation de la Communication*. Isbergues : Ortho Edition.
- Joly-Puttoz, B., Desrichard, O. & Carbonnel, S. (2001). Difficultés de réinsertion sociale des traumatisés crâniens : une altération des auto-présentations normatives. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 30(3), 317-336.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (1998). *L'implicite*. Paris : Armand Colin.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (2008). *Les actes de langage dans le discours*. Paris : Armand Colin.

- Kiefer, E. (2011). *Communication et mémoire de travail chez le patient cérébro-lésé*. Bordeaux : Mémoire d'Orthophonie.
- Kozlowski, O., Pollez, B., Thenevon, A., Dhellemmes, P. & Rousseaux, M. (2002). Devenir et qualité de vie à trois ans dans une cohorte de patients traumatisés crâniens graves. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 45, 466-473.
- Lacheret, A. (2011). La prosodie au cœur du verbal. *Rééducation Orthophonique*, 247, 87-101.
- Marc, E. & Bonnal, C. (2014). *Le groupe thérapeutique*. Paris : Dunod.
- Masson, F. (2000). Epidémiologie des traumatismes crâniens graves. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 19, 261-269.
- Mathé, J.-F., Richard, I. & Rome, J. (2005). Santé publique et traumatismes crâniens graves. Aspects épidémiologiques et financiers, structures et filières de soins. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 24, 688-694.
- Maugin Ameloot, V. (2011). *Apports spécifiques du travail orthophonique en groupe thérapeutique à média artistique dans la prise en charge des patients cérébro-lésés adultes : étude clinique du groupe musical et vocal du Centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle de l'Hôpital Saint-Jacques à Nantes*. Nantes : Mémoire d'Orthophonie.
- Mazaux, J.-M., Barat, M., Joseph, P.-A., Giroire, J.-M., Campan, M. & Moly, P. (1997). Troubles du langage, de la parole et de la communication verbale après traumatisme crânien grave. *Glossa*, 58, 22-29.
- Mazaux, J.-M., Belio, C., Glize, B., Prouteau, A., Koleck, M., Wiart, L. & Destailhats, J.-M. (2015). Traumatisme crânien et handicaps d'origine cognitive. In P., Azouvi, C., Vallat-Azouvi & G., Aubin (Eds), *Traumatismes crânio-cérébraux* (pp. 89-113). Paris : De Boeck-Solal.
- Mazaux, J.-M. & Cazals, M.-C. (2006). Les modifications du comportement des traumatisés crâniens. In P. Azouvi, J.-M. Mazaux, P. Pradat-Diehl (Eds), *Comportement et lésions cérébrales* (pp 227-243). Paris : Frison-Roche.
- Mazaux, J.-M. & Delhair, M.-F. (2014). Rééducation cognitive et du langage chez l'adulte. *EMC Traité de Médecine Akos*, 9 (2), 1-5.
- Mazaux, J.-M., Pradat-Diehl, P. & Brun, V. (2007). *Aphasies et aphasiques*. Paris : Masson.
- Mazaux, J.-M. & Truelle, J.-L. (2007). Recommandations pour la prise en charge précoce des traumatisés crânio-encéphaliques : du coma à l'éveil. In P., Azouvi, P.-A., Joseph, J., Péliissier & F., Pellas (Eds), *Prise en charge des traumatisés cranio-encéphaliques : de l'éveil à la réinsertion* (pp. 57-69). Paris : Masson.
- McDonald, S. (2001). Assessing communication disturbances after traumatic brain injury: a cognitive-pragmatic approach. *Neuropsychologie et pragmatique*, 13-14, 47-74.
- Mercat, B., Renouf, A., Kozlowski, O. & Rousseaux, M., (2006), *Programme de prise en charge de la communication à distance d'un traumatisme crânien grave. Etude pilote*. Annales de réadaptation et de médecine physique, 49, 150-154.
- Meulemans, T. (2006). Les fonctions exécutives : approche théorique. In P., Pradat-Diehl, P., Azouvi & V., Brun (Eds). *Fonctions exécutives et rééducation* (pp. 1-10). Paris : Masson.

- Mucchielli, R. (2012). *La dynamique des groupes*. Issy-Les-Moulineaux : ESF.
- North, P. (2007). L'approche holistique dans la prise en charge des traumatismes crâniens. In P., Azouvi, P.-A., Joseph, J., Pélissier & F., Pellas (Eds). *Prise en charge des traumatisés cranio-encéphaliques : de l'éveil à la réinsertion* (pp.124-134). Paris : Masson.
- Peter-Favre, C. (2001). Neuropsychologie et pragmatique. *Psychologie de l'interaction*, 13-14, 7-13.
- Peter-Favre, C. (2002). Discours et conversation chez les traumatisés crânio-cérébraux. In J., Bernicot, A., Trognon, M., Guidetti, M., Musiol (Eds), *Pragmatique et psychologie* (pp. 281-304). Presses Universitaire de Nancy.
- Pradat-Diehl, P., Chevignard, M., Mazevet, D. & Vassilev, K. (2002). Handicap neuropsychologique après traumatisme crânien. *AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine*, 3-1510, 1-4.
- Prutting, C. A., & Kirchner, D.M. (1987). A clinical appraisal of the pragmatic aspects of language. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 52, 105-1119.
- Pulvermüller, F. & Roth, V. (1991). Communicative aphasia treatment as a further development of PACE therapy, *Aphasiology*, 5(1), 39-50.
- Rault, C. & Saint-Pé, L. (2013). *Les freins à l'utilisation d'une grille d'évaluation de la pragmatique conversationnelle des patients traumatisés crâniens : le Profile of Functional Impairment in Communication (P.F.I.C)*. Nantes : Mémoire d'Orthophonie.
- Reboul, A. & Moeschler, J. (1998). *La pragmatique aujourd'hui. Une nouvelle science de la communication*. Paris : Editions du Seuil.
- Renard, A. & Rousseau, A. (2009). *Elaboration d'un matériel de rééducation en situation P.A.C.E*. Lyon : Mémoire d'Orthophonie.
- Rousseaux, M., Delacourt, A., Wyrzykowski, N. & Lefeuvre, M. (2001). *Test Lillois de Communication*. Isbergues : Ortho Edition.
- Rousseaux, M., Kozlowski, O., Vérignaud, C., Saj, A. & Daveluy, W. (2007). Les troubles de la communication et leur prise en charge après un traumatisme crânien. In P., Azouvi, P.-A., Joseph, J., Pélissier & F., Pellas (Eds). *Prise en charge des traumatisés cranio-encéphaliques : de l'éveil à la réinsertion*. Paris : Masson.
- Ruet, A. & Bercovici, S. (2015). Retour au travail après un traumatisme crânien. In P., Azouvi, C., Vallat-Azouvi & G., Aubin (Eds), *Traumatismes crânio-cérébraux* (pp. 245-269). Paris : De Boeck-Solal.
- Saison, C., Barat, M. & Aguert, M. (2014). Communication et dysfonctionnement exécutif post-traumatique : étude exploratoire au moyen de la GALI (grille d'analyse linguistique d'interaction libre). *Annales de Médecine Physique et de Réhabilitation*, 57, 664-683.
- Spikman, J. M., Milders, M. V., Visser-Keizer, A. C., Westerhof-Evers, H. J., Herben-Dekker, M. & Van der Naalt, J. (2013). Deficits in Facial Emotion Recognition Indicate Behavioral Changes and Impaired Self-Awareness after Moderate to Severe Traumatic Brain Injury. *Plos One*, 8, 6, 1-6.
- Teasdale, G. & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. *The Lancet*, 81-83.
- Traverso, V. (2005). *L'analyse des conversations*. Paris : Armand Colin.

Truelle, J.-L., Fayada, C. & Montreuil, M. (2005). Psychopathologie et traumatisme craniocérébral sévère de l'adulte : Troubles de l'humeur et du comportement, principal facteur de handicap. *Pratiques psychologiques*, 11, 329-341.

Vallat-Azouvi, C., Galimard, N., Schnitzler, A., Ameille, J. & Azouvi, P. (2007). Facteurs prédictifs de la réinsertion socioprofessionnelle des traumatisés crâniens sévères. In P., Azouvi, P.-A., Joseph, J., Péliissier & F., Pellas (Eds). *Prise en charge des traumatisés cranio-encéphaliques : de l'éveil à la réinsertion*. Paris : Masson.

Vanberten, M. & Sonrier, D. (2012). Prise en charge en groupe des difficultés de cognition sociale chez des patients cérébrolésés : une expérience en centre de rééducation. In P., Allain, G., Aubin, D., Le Gall, (Eds.), *Cognition sociale et neuropsychologie* (pp. 163-178). Marseille : Solal.

Vanderveken, D. (2002). Logique illocutoire, grammaire universelle et pragmatique du discours. In J., Bernicot, A., Trognon, M., Guidetti, M., Musiol (Eds), *Pragmatique et psychologie* (pp. 33-56). Presses Universitaire de Nancy.

Vinour, H., Srairi, M., Lubrano, V. & Geeraets, T. (2013). Traumatismes cranioencéphaliques. *EMC Neurologie*, 11(1), 1-13.

Weaver, W. & Shannon, C. E. (1975). *Théorie mathématique de la communication*. Paris : Retz.



## ANNEXES

### 1. Planning groupe

OBJECTIFS	MOYENS	SUJET DE DISCUSSION
-----------	--------	---------------------

Semaine 1	Séance 1	<b>Informativité</b> <i>Au niveau lexico-sémantique</i>	<p><b>PACE cartes doubles en explication</b> : images de différentes catégories</p> <p><b>PACE cartes uniques en devinette</b> : mêmes images</p>	Les fêtes de fin d'année
	Séance 2	<b>Informativité</b> <i>Au niveau phrastique</i>	<p><b>PACE cartes doubles en devinette</b> : images de sports</p> <p><b>PACE cartes uniques en devinette</b> : image d'animaux</p>	Les métiers : <i>ceux qu'ils exercent, qu'ils auraient aimé exercer</i>

Semaine 2	Séance 3	<b>Informativité</b> <i>Au niveau phrastique et discursif</i>	<p><b>PACE cartes doubles en explication</b> (description en une phrase) : images d'actions</p> <p><b>PACE cartes doubles en explication</b> : photographies de chapeaux</p>	Les sports et loisirs : <i>ceux qu'ils pratiquent, qu'ils aimeraient pratiquer</i>
	Séance 4	<b>Savoir partagé encyclopédique</b>	<p><b>PACE cartes doubles en explication</b> : photographies des célébrités</p> <p><b>PACE cartes uniques en explication</b> : mots écrits des pays</p>	Les personnalités connues : <i>les chanteurs / acteurs préférés</i>

Semaine 3	Séance 5	<b>Savoir partagé contextuel</b>	<p><b>PACE cartes doubles en explication</b> : photographies avec vocabulaire topologique</p> <p><b>Dictée</b> : meubles à placer dans un appartement</p>	Les voyages : <i>lieux où ils ont été, où ils aimeraient aller</i>
	Séance 6	<b>Informativité</b> <i>Au niveau phrastique</i>	<p><b>PACE cartes uniques en devinette</b> : images trois catégories</p> <p><b>PACE cartes uniques en explication</b> : mots écrits polysémiques</p>	La cuisine : <i>ce qu'ils apprécient manger ou cuisiner</i>

Semaine 4	Séance 7	<b>Prosodie et mimiques</b>	<b>PACE cartes doubles en explication</b> : photographies de différentes émotions  « <i>Mais qu'est-ce qu'ils disent ?</i> » (p.24)	Apprendre à faire connaissance
	Séance 8	<b>Prosodies et mimiques</b>	<b>PACE cartes doubles en explication</b> : phrases écrites avec différentes intonations  <b>PACE cartes uniques en explication</b> : phrases écrites avec différentes émotions	La musique : <i>style de musique écouté, chanteurs ou groupes préférés</i>
Semaine 5	Séance 9	<b>Savoir partagé contextuel</b>	<b>PACE cartes doubles en explication</b> : photographies de paysages  Dictée : formes géométriques	La vie à l'hôpital : <i>thème proposé par les patients</i>
	Séance 10	<b>Savoir partagé encyclopédique</b>	<b>PACE cartes uniques en explication</b> « ça sert à »  <b>PACE cartes uniques en explication</b> : recettes de cuisine	Le football : <i>thème proposé par les patients</i>
Semaine 6	Séance 11	<b>Informativité</b>  <i>Au niveau phrastique et discursif</i>	<b>PACE cartes doubles en devinette</b> : mots écrits trois catégories  <b>PACE cartes uniques en explication</b> : mots écrits sur les métiers	Les sorties et le cinéma : <i>thème proposé par les patients</i>
	Séance 12	<b>Informativité</b>  <i>Au niveau discursif</i>	<b>PACE cartes doubles en explication</b> : mots écrits concepts  <b>PACE cartes uniques en explication</b> avec mots interdits	L'éducation : <i>thème proposé par les patients</i>

## 2. Cartes inspirées de la méthode PACE

<b>Cartes en double exemplaire</b>	
<u>Les sports</u> (images)	<p><b>Sports de ballon</b> : football, basketball, volleyball, handball</p> <p><b>Sports de raquette</b> : tennis, badminton, ping-pong</p> <p><b>Sports de combat</b> : boxe, judo, escrime</p> <p><b>Athlétisme</b> : saut à la perche, saut de haies, lancer du javelot, sprint</p>
<u>Les actions</u> (photographies)	<p><b>Lire</b> : un journal, un roman, un magazine, un dossier</p> <p><b>Ecrire</b> : une lettre, une carte postale, une liste de courses, la date</p> <p><b>Manger</b> : un yaourt, une pomme, du chocolat, un gâteau</p> <p><b>Boire</b> : un soda, un jus de fruit, de l'eau, un thé</p>
<u>Les chapeaux</u> (photographies)	<p>Chapeaux de paille : cinq photographies</p> <p>Chapeaux noirs : cinq photographies</p> <p>Chapeaux de cow-boy : cinq photographies</p> <p>Chapeaux asiatiques : cinq photographies</p>
<u>Les célébrités</u> (photographies)	<p><b>Les chanteurs</b> : Michael Jackson, Céline Dion, Johnny Halliday, Jean-Jacques Goldman</p> <p><b>Les acteurs</b> : Léonardo DiCaprio, Gérard Depardieu</p> <p><b>Les politiciens</b> : François Hollande, Nicolas Sarkozy, Barack Obama, Angela Merkel</p> <p><b>Les sportifs</b> : Zinédine Zidane, Yannick Noah</p> <p><b>Les personnages fictifs</b> : Superman, Spiderman, Astérix, Tintin, Lucky Luke</p>
<u>Vocabulaire topologique</u> (photographies)	<p>Chaque série utilise un certain nombre d'objets. La place de ces objets change entre chaque photographie (4 photographies par série).</p> <p><b>Série 1</b> : feuille, crayons, règles et colle</p> <p><b>Série 2</b> : assiette, couverts, verre, sel et poivre</p> <p><b>Série 3</b> : bougie, lunettes, stylo et boîte</p> <p><b>Série 4</b> : chaussures, sac, téléphone et mouchoirs</p>
<u>Les émotions</u> (photographies)	<p>Ce set de cartes comprend quatre séries de portraits (deux hommes et deux femmes).</p> <p>Chaque personne incarne cinq émotions : la joie, la tristesse, la colère, la peur/la surprise et le dégoût.</p>

<p><u>La prosodie linguistique</u> (phrases écrites)</p>	<p>Chaque phrase est écrite en trois exemplaires et s'accompagne d'un des trois signes de ponctuation : déclaratif, exclamatif ou interrogatif.</p> <p>Tu vas à la boulangerie . ! ?      J'ai gagné la partie . ! ?  Claude est en retard . ! ?      Elle ne viendra pas . ! ?  Il a perdu ses clés . ! ?      Nous partons demain . ! ?</p>																
<p><u>Les paysages</u> (photographies)</p>	<p>La montagne : quatre photographies  La mer : quatre photographies  La forêt : quatre photographies  Les marais salants : quatre photographies</p>																
<p><u>Les concepts</u> (mots écrits)</p>	<table border="0"> <tr> <td>Chance</td> <td>Rêve</td> <td>Imagination</td> <td>Amour</td> </tr> <tr> <td>Confiance</td> <td>Paix</td> <td>Expérience</td> <td>Avenir</td> </tr> <tr> <td>Souvenir</td> <td>Amitié</td> <td>Malheur</td> <td>Liberté</td> </tr> <tr> <td>Bonheur</td> <td>Espoir</td> <td>Richesse</td> <td>Habitude</td> </tr> </table>	Chance	Rêve	Imagination	Amour	Confiance	Paix	Expérience	Avenir	Souvenir	Amitié	Malheur	Liberté	Bonheur	Espoir	Richesse	Habitude
Chance	Rêve	Imagination	Amour														
Confiance	Paix	Expérience	Avenir														
Souvenir	Amitié	Malheur	Liberté														
Bonheur	Espoir	Richesse	Habitude														

<p align="center"><b>Cartes uniques</b></p>																					
<p><u>Les animaux</u> (images)</p>	<p><b>Insectes</b> : guêpe, coccinelle, papillon, araignée  <b>Animaux marins</b> : dauphin, requin, pieuvre, baleine  <b>Animaux de la ferme</b> : cheval, mouton, vache, coq  <b>Animaux de la savane</b> : lion, éléphant, zèbre, girafe</p>																				
<p><u>Les pays</u> (mots écrits)</p>	<table border="0"> <tr> <td>France</td> <td>Allemagne</td> <td>Italie</td> <td>Australie</td> </tr> <tr> <td>Angleterre</td> <td>Etats-Unis</td> <td>Mexique</td> <td>Russie</td> </tr> <tr> <td>Espagne</td> <td>Brésil</td> <td>Chine</td> <td>Egypte</td> </tr> <tr> <td>Grèce</td> <td>Maroc</td> <td>Afrique du Sud</td> <td></td> </tr> </table>	France	Allemagne	Italie	Australie	Angleterre	Etats-Unis	Mexique	Russie	Espagne	Brésil	Chine	Egypte	Grèce	Maroc	Afrique du Sud					
France	Allemagne	Italie	Australie																		
Angleterre	Etats-Unis	Mexique	Russie																		
Espagne	Brésil	Chine	Egypte																		
Grèce	Maroc	Afrique du Sud																			
<p><u>Polysémie</u> (mots écrits)</p>	<table border="0"> <tr> <td>Voler</td> <td>Canne</td> <td>Course</td> <td>Langue</td> <td>Addition</td> </tr> <tr> <td>Opération</td> <td>Rayon</td> <td>Règle</td> <td>Mineur</td> <td>Feuille</td> </tr> <tr> <td>Avocat</td> <td>Membre</td> <td>Marche</td> <td>Manche</td> <td>Jumelles</td> </tr> <tr> <td>Bouchon</td> <td>Retenue</td> <td>Figure</td> <td>Inscrit</td> <td>Tour</td> </tr> </table>	Voler	Canne	Course	Langue	Addition	Opération	Rayon	Règle	Mineur	Feuille	Avocat	Membre	Marche	Manche	Jumelles	Bouchon	Retenue	Figure	Inscrit	Tour
Voler	Canne	Course	Langue	Addition																	
Opération	Rayon	Règle	Mineur	Feuille																	
Avocat	Membre	Marche	Manche	Jumelles																	
Bouchon	Retenue	Figure	Inscrit	Tour																	
<p><u>Catégorisation</u> (mots écrits)</p>	<p><b>Moyens de transport</b> : avion, bateau, voiture, vélo, moto, camion  <b>Outils</b> : marteau, tournevis, pinceau, arrosoir, scie, pioche  <b>Accessoires</b> : lunettes, ceinture, bretelles, bonnet, gants, écharpe</p>																				

<p><u>Prosodie émotionnelle</u> (phrases écrites)</p>	<p>Chaque phrase écrite s'accompagne d'une émotion (joie, tristesse, colère ou surprise) :</p> <p>Les clés sont dans la voiture. Le facteur est passé. Elle a parlé.  Ma mère viendra demain. Le chien est dehors. Il joue du piano.  Tu as ouvert la porte. Tu vas faire des courses. Il fait froid.  Nous sommes vendredi. C'est l'heure de partir Tu portes une robe  Il va pleuvoir demain. Son chat a disparu. Le livre est terminé.</p>																				
<p><u>Spécialités culinaires</u> (mots écrits)</p>	<table border="0"> <tr> <td>Pot-au-feu</td> <td>Bœuf bourguignon</td> <td>Quiche lorraine</td> </tr> <tr> <td>Hachis parmentier</td> <td>Bouillabaisse</td> <td>Pizza</td> </tr> <tr> <td>Choucroute</td> <td>Fondue savoyarde</td> <td>Gratin dauphinois</td> </tr> <tr> <td>Tartiflette</td> <td>Ratatouille</td> <td>Gaspacho</td> </tr> <tr> <td>Tapas</td> <td>Sushis</td> <td>Poutine</td> </tr> </table>	Pot-au-feu	Bœuf bourguignon	Quiche lorraine	Hachis parmentier	Bouillabaisse	Pizza	Choucroute	Fondue savoyarde	Gratin dauphinois	Tartiflette	Ratatouille	Gaspacho	Tapas	Sushis	Poutine					
Pot-au-feu	Bœuf bourguignon	Quiche lorraine																			
Hachis parmentier	Bouillabaisse	Pizza																			
Choucroute	Fondue savoyarde	Gratin dauphinois																			
Tartiflette	Ratatouille	Gaspacho																			
Tapas	Sushis	Poutine																			
<p><u>Ça sert à</u> (mots écrits)</p>	<table border="0"> <tr> <td>Ascenseur</td> <td>Baromètre</td> <td>Casque</td> <td>Tunnel</td> </tr> <tr> <td>Pont</td> <td>Ampoule</td> <td>Ordinateur</td> <td>Ceinture</td> </tr> <tr> <td>Thermomètre</td> <td>Cadre</td> <td>Clé</td> <td>Entonnoir</td> </tr> <tr> <td>Louche</td> <td>Loupe</td> <td>Tournevis</td> <td>Coton-tige</td> </tr> <tr> <td>Crème solaire</td> <td>Duvet</td> <td>Four</td> <td>Chéquier</td> </tr> </table>	Ascenseur	Baromètre	Casque	Tunnel	Pont	Ampoule	Ordinateur	Ceinture	Thermomètre	Cadre	Clé	Entonnoir	Louche	Loupe	Tournevis	Coton-tige	Crème solaire	Duvet	Four	Chéquier
Ascenseur	Baromètre	Casque	Tunnel																		
Pont	Ampoule	Ordinateur	Ceinture																		
Thermomètre	Cadre	Clé	Entonnoir																		
Louche	Loupe	Tournevis	Coton-tige																		
Crème solaire	Duvet	Four	Chéquier																		
<p><u>Métiers</u> (mots écrits)</p>	<p><b>Artisanat</b> : maçon, garagiste, boulanger, pâtissier, charcutier, menuisier, charpentier, carreleur</p> <p><b>Droit et finance</b> : avocat, policier, assureur, comptable, banquier</p> <p><b>Autres</b> : architecte, secrétaire, serveur, pilote de ligne, infirmier</p>																				
<p><u>Mots interdits</u> (mots écrits)</p>	<p>Le mot écrit en gras est le mot à faire deviner ; les mots suivants sont les mots que le patient n'a pas le droit d'utiliser. Ci-dessous quelques exemples :</p> <p><b>Equitation</b> : cheval, cravache, selle</p> <p><b>Escalade</b> : grimper, baudrier, montagne, prise</p> <p><b>Mayonnaise</b> : sauce, ketchup, jaune</p> <p><b>Café</b> : noir, grain, expresso, boire</p> <p><b>Descendre</b> : monter, escalier, étage</p> <p><b>Dormir</b> : nuit, lit, sieste, repos</p> <p><b>Cuisine</b> : frigo, repas, table</p> <p><b>Cinéma</b> : film, séance, fauteuil, pop-corn</p>																				

### 3. Conventions de transcription des conversations

SIGNES	SIGNIFICATIONS
(3s)	Pause significative plus ou moins longue
[...]	Transcription impossible
<b>D.</b> : oh ouai ça va moi <u>je suis content</u> <u>pour lui</u> <b>N.</b> : //plus ça va et mieux c'est quoi	Chevauchement : La partie de la phrase chevauchée est soulignée // introduit les paroles qui chevauchent
<b>D.</b> : il est vraiment sage et <b>JN</b> : /il s'est calmé ?	Interruption de parole / est accolé au segment interruptif
<b>D.</b> : c'est le-le-le-le jeu de-de billard	Hésitations, reprises du locuteur
C'que 'fin	Ellipses syllabiques
Parce que:	Allongement des syllabes
EINH	Augmentation brusque de l'intensité de parole

## 4. Transcriptions des conversations

### 4.1 Transcriptions PRÉ-thérapeutiques

#### 4.1.1 Les loisirs

Patients : **D.** (Daniel), **J.** (Jacques) et **R.** (Roger)

Orthophoniste : **L.** (Laureline) et **P.** (Pauline) et stagiaire orthophoniste : **C.** (Chloé)

Contexte : la discussion porte sur les loisirs pratiqués par les patients. Le thème est proposé par les thérapeutes.

Durée de l'enregistrement : 3 minutes et 55 secondes

	ELEMENTS VERBAUX	ELEMENTS NON VERBAUX	ELEMENTS PARAVERBAUX
1	<b>D.</b> : moi c'que j'aime c'est le-le-le jeu de-de billard	Regard dirigé vers C.	
2	<b>C.</b> : mhmh		Intonation montante
3	<b>D.</b> : j'adore ça	Regard dirigé vers J.	
4	<b>J.</b> : t'aimes bien le billard ?	Regard dirigé vers D. Gonfle les joues	
5	<b>D.</b> : oh oui le billard	Regard dirigé vers J.	
6	<b>J.</b> : comment qu'tu fais toi ?	Regard dirigé vers D.	Etonnement
7	<b>D.</b> : EINH ?	Regard dirigé vers J.	
8	<b>J.</b> : comment qu'tu fais pour aimer le billard ?	Regard dirigé vers D.	Etonnement
9	<b>D.</b> : bah: t'as trois boules (2s) t'en as une blanche et deux vertes <b>J.</b> : // ouais	Regard dirigé vers J. Gestes avec eux doigts pour expliquer le nombre de boules	<b>R.</b> : rires
10	<b>J.</b> : j'ai le même chez moi ( <i>rires</i> )		<b>R.</b> : rires
11	<b>D.</b> : ouais et puis euh il faut que tu tapes sur une boule avec une boule <u>faut que tu tapes l'autre et il faut que tu la mettes dans le trou</u> ( <i>rires</i> )	Gestes appuyant l'explication du jeu	
12	<b>J.</b> : // ouais, je connais ça parfaitement. [...]. Toi aussi tu aimes ça ? (2s) Tu aimes ça ?	Regard dirigé vers R. <b>R.</b> : acquiescement de la tête	Voix inaudible
	(3s)	<b>D.</b> : inclinaison de la tête en regardant R.	
13	<b>J.</b> : le billard c'est sûr		
14	<b>D.</b> : ah j'adore ça moi le billard	Regard dirigé vers J.	
	(2s)		
15	<b>J.</b> : [...] on en a fait (2s) c'est hier qu'on en a fait un peu. Là, là- haut.	Pointage du doigt vers le haut	
16	<b>D.</b> : // donc voilà j'ai parlé de billard c'est bien	Regard dirigé vers C.	
17	<b>D.</b> : ah y a un billard ici ?	Regard dirigé vers J.	
18	<b>J.</b> : non non mais hier dans la journée	Regard dirigé vers D.	
19	<b>D.</b> : ah oui	Regard dirigé vers J.	
20	<b>J.</b> : aujourd'hui on est mardi non ?	Regard dirigé vers D.	
21	<b>D.</b> : oui bah hier on était		
22	<b>J.</b> : / mardi. Alors hier lundi on en a fait un petit peu là mais euh un quart d'heure quoi	<b>J.</b> : Doigts sur la table pour énumérer les jours + pointage vers C. + mouvements de la main signifiant « environ »	
23	<b>C.</b> : y a un billard ici, c'est ça ?	Regard dirigé vers J.	
24	<b>J.</b> : alala (2s) y en a trois ou quatre et puis des [...]	Regard dirigé vers C.	Voix inaudible
25	<b>D.</b> : mais où ça ?	<b>D.</b> : Regard dirigé vers C.	
26	<b>J.</b> : EN-EN HAUT de:	<b>J.</b> : Pointage vers le haut	
27	<b>L.</b> : / dans la salle de sport		

28	<b>J.</b> : ouais <u>dans la salle là-haut</u>	<b>J.</b> : Regard dirigé vers L.	
29	<b>L.</b> : // dans la salle de sport où vous étiez là <b>R.</b> à l'instant		
30	<b>J.</b> : où qu'y a les: tous-tous-tous les sports euh	Regard dirigé vers R. Deux mains posées sur la table	
31	<b>R.</b> : là en dessous	Regard dirigé vers J. Pointe le sol de la pièce	
32	<b>J.</b> : en dessous oui en dessous <u>oui</u> ils sont en dessous mais-mais y en a einh	<b>J.</b> : regard dirigé vers P. puis vers R.	
33	<b>P.</b> : // oui oui		
34	<b>R.</b> : // y sont en dessous nous		
35	<b>D.</b> : ah ouais c'est bien c'est bon à savoir	Regard dirigé vers R.	
36	<b>J.</b> : trois ?		
37	<b>R.</b> : oh quatre, y en a <u>trois ou quatre</u>	<b>R.</b> : Baisse les yeux et regarde ses mains	
38	<b>J.</b> : // puis en plus y a les jeux (4s) les jeux de carton	<b>J.</b> : gestes pour représenter les jeux	
39	<b>D.</b> : les jeux de carton ?	Regard dirigé vers J.	
40	<b>J.</b> : ouais enfin, c'est pas ça que [...]. Mais y a un petit peu de tout. Un petit peu de tout euh <u>là on a</u>	<b>J.</b> : Regard dirigé vers R.	Voix inaudible
41	<b>R.</b> : // si y a le-le. Le moustine là, le mousbine	<b>R.</b> : Regard dirigé vers J.	<b>D.</b> et <b>R.</b> : rires
42	<b>J.</b> : ouais		
43	<b>R.</b> : Je sais plus comment ça <u>s'appelle</u> .		
44	<b>C.</b> : // c'est quoi ce jeu ?	<b>C.</b> : Regard dirigé vers R.	
45	<b>R.</b> : c'est un truc qu'on a à la bosse là. Les gros pendentifs là	Regard vers le bas	
46	<b>C.</b> : les gros pendentifs ?	Regard dirigé vers R.	
47	<b>R.</b> : ouais	Regard dirigé vers C.	
48	<b>C.</b> : pour moi un pendentif c'est ce qu'on a autour du cou	Regard dirigé vers R.	
49	<b>R.</b> : non ça c'est un truc pour les chiens	Regard dirigé vers C. Haussement de sourcils	Ironie ?
50	<b>C.</b> : ( <b>rires</b> ). Un pendentif c'est un collier	<b>C.</b> : Regard dirigé vers R.	<b>J.</b> et <b>D.</b> : rires
51	<b>R.</b> : non les gros pendentifs qu'on avait là pour le pour le ( <b>3s</b> ) pour la boxe là merde	Gestes pour représenter la taille et de la forme de l'objet Poing fermé pour représenter la boxe	Agacement
52	<b>D.</b> : AH ouais les:	<b>D.</b> et <b>C.</b> : regards dirigés vers R.	
53	<b>R.</b> : / ah merde		
54	<b>P.</b> : // les: <u>punchingball</u>		
55	<b>C.</b> : // un sac de sable		
56	<b>R.</b> : Oui. Un truc comme ça. C'est un grand ballon qui fait je sais plus combien	<b>R.</b> : regard dirigé vers P. + pointage dans sa direction	
57	<b>D.</b> : / un grand ballon <u>qui bouge</u>	Gestes de la taille et de la forme du ballon	
58	<b>P.</b> : // c'est que ça pend oui mais ça s'appelle pas un pendentif. <u>Mais ça pend.</u>	<b>D.</b> : gestes du ballon qui bouge	
59	<b>R.</b> : // c'est pareil.		
60	<b>C.</b> : <u>pas vraiment</u>		
61	<b>J.</b> : // ils en ont un à la comment un billard normal là de:	<b>J.</b> : gestes de la main en cherchant ses mots	
62	<b>R.</b> : / français		
63	<b>J.</b> : non mais américain c'est américain	<b>J.</b> : regard dirigé vers R.	
64	<b>R.</b> : / oui ( <b>1s</b> ) oui avec euh quatorze boules	<b>R.</b> : regard dirigé vers J.	
65	<b>J.</b> : // einh ?		



66	<b>D.</b> : <u>ah oui ça c'est:</u>		
67	<b>J.</b> // [...] un jeu comme ça et puis (3s) un jeu tout à fait spécial spécialement pas-pas comme euh <u>un</u> :	<b>J.</b> : Mains sur la table qui glissent vers le bas	
68	<b>R.</b> : / non c'est un autre qu'est comme ça là	<b>R.</b> : Mains qui miment la forme du jeu	
69	<b>J.</b> : / OUAIS avec des balles à choisir et puis		
70	<b>C.</b> : c'est une sorte de billard ça ?	Regard dirigé vers J.	
71	<b>J.</b> <u>ouais</u> , un jeu de billard qu'ils ont inventé je sais pas qui	<b>R.</b> : regard dirigé vers le bas	
72	<b>R.</b> : // c'est un billard		
73	<b>R.</b> : oh ça	Regard dirigé vers J.	
74	<b>J.</b> : je sais pas si c'est toujours américain ça c'est peut-être français ou anglais <u>ou</u> [...]	<b>J.</b> : regard dirigé vers R.	
75	<b>R.</b> : // je sais pas de toute façon dans le billard tous les billards y a aucun français	<b>R.</b> : regard dirigé vers J.	
76	<b>C.</b> : si ça existe le billard français, y a pas de trous dans les sur les côtés	Regard dirigé vers R. Mains qui miment les trous sur les côtés du billard	
77	<b>R.</b> : [...] c'est pas nous qui les avons faits ça	Regards dirigés vers C.	
78	<b>J.</b> : // les billards français ouais		
79	<b>C.</b> : c'est qui ?	Regard dirigé vers R.	
80	<b>R.</b> : ola je crois que c'est l'Angleterre enfin je suis pas sûr mais je crois que c'est un truc comme	Gestes de la main signifiant « approximatif »	

#### 4.1.2 Faire connaissance

Patients : **N.** (Nolan) et **JN** (Jordan)

Stagiaire orthophoniste : **C.** (Chloé)

Contexte : les patients se rencontrent pour la première fois. La discussion porte sur la manière de faire connaissance avec quelqu'un.

Durée de l'enregistrement : 4 minutes 15

	ELEMENTS VERBAUX	ELEMENTS NON VERBAUX	ELEMENTS PARAVERBAUX
1	<b>C.</b> : alors sinon qu'est-ce qu'on pourrait se poser d'autres comme questions ?	Regard dirigé vers JN	
2	<b>JN</b> : je sais <u>pas</u>		
3	<b>C.</b> : // pour apprendre à se connaître		
4	<b>JN</b> : je sais pas du tout		
5	<b>C.</b> : quand on rencontre quelqu'un pour la première fois. J'sais pas à une fête. un endroit. Comment on apprend à se connaître ?	Regard dirigé vers N. et JN	
6	<b>N.</b> : tu: t'aimes bien la bière ? Je sais pas	Bras croisés Regard dirigé vers JN	
7	<b>JN</b> : ça va	Hochement de tête + sourire	
8	<b>C.</b> : ( <u>rires</u> ) c'est la première question qu'on pose à quelqu'un ?	<b>JN</b> : regard dirigé vers N.	
9	<b>JN</b> : // toi aussi ? Toi aussi ?		
10	<b>N.</b> : ouai moi j'aime moi aussi j'aime bien	Regard dirigé vers JN +	
11	<b>JN</b> : / ah oui	sourire	
12	<b>N.</b> : et: sinon je sais pas quoi <u>trop</u>	Regards +/- fuyants	
13	<b>JN</b> : // mh, mh		
14	<b>N.</b> : / comme ça je sais pas trop		
15	<b>JN</b> : // [...] non plus		

16	N. : // euh je sais pas (3s)		
17	N. : je suis pressé de rentrer 'fin de rentrer chez moi <u>quoi</u> de retourner chez moi même si là j'en-j'en reviens <u>quoi</u> ça fait pas tant que ça que j'y <u>étais</u> et du coup bah je suis revenu quoi	N. : hochements de tête JN : se gratte la tête, se frotte le nez.	
18	JN : // ouai		
19	JN : // ah ouai		
20	JN : // ouai ah oui		
21	JN : ah oui		
22	N. : après c'est un mal pour un bien quoi	Regard dirigé vers JN	
23	JN : / ouai c'est vrai oui	JN : se gratte la tête	
24	N. : et sinon à part ça bah je sais pas quoi 'fin ça va <u>quoi</u> . Toi aussi ça va en général ?	Regard dirigé vers JN	
25	JN : // oui		
26	JN : ça va ouai ça va		
27	N. : c'est ce qu'il faut		
28	JN : / t'habites en t'habites à côté d'ici ?	Regard dirigé vers N. + pointage vers le sol	
29	N. : bah pas très loin ouai dans le 44 à C. c'est à côté de P.	Regard dirigé vers JN	
30	JN : ah ok (2s) et ça va ?	Hochement de tête	
31	N. : ouais ouais ça se passe quoi		
32	JN : / ok oui		
33	N. : / ça se passe bien	JN : se gratte la tête, se frotte le nez.	
34	JN : / ok d'accord (3s)		
35	N. : et sinon bah: tu travailles ?	Regard dirigé vers JN	
36	JN : euh je travaillais oui (2s) j'étais cuisinier	Hochement de tête	
37	N. : ah oui ?	Hochement de tête	
38	JN : mh		
39	N. : c'est un beau métier ça, j'ai hésité à faire ça aussi	Hochement de tête	
40	JN : ah ouai ?		
41	N. : oui		
42	JN : oui, moi j'ai fait un CAP	Geste de la main qui accompagne la parole	
43	N. : moi j'ai fait pareil mais travaux publics <u>où je</u>		
44	JN : // ah ah oui		Rires
45	N. : du coup <u>bah</u> je l'ai <u>eu</u> mais j'y suis encore quoi 'fin je travaille <u>encore</u> pour obtenir le [...]	Regard dirigé vers la table puis vers JN	
46	JN : // ah oui		
47	JN : // mh	JN : se frotte le nez.	
48	JN : // ah		
49	JN : // ah bah c'est bien		
50	N. : oui ça me fait du bien puis ça m'occupe puis ça me fait un peu d'argent <u>aussi tous les mois</u>	Regard dirigé vers JN	
51	JN : // ouai c'est vrai en plus ça va mh		
52	N. : puis ça se passe bien en général	Regard dirigé vers JN	
53	JN : / ah bah oui le but oui oui mh		
54	N. : puis je suis pressé de retravailler là reprendre le <u>boulot</u> parce que ça me manque un petit peu <u>quoi</u>	Regard dirigé vers la table puis vers JN	
55	JN : // ouai		
56	JN : ah oui c'est vrai	Se gratte la tête	
57	N. : ça fait du bien de travailler quoi	Regard dirigé vers JN	
58	JN : mh (3s)		
59	N. : je vais attendre de me remettre bien quoi	Regard dirigé vers ses mains posées sur la table	
60	JN : ouai voilà ouai		

61	N : comme euh bien physique quoi comme métier on porte souvent des choses <u>et tout</u>	Regard dirigé vers la table puis vers JN	
62	JN : // ah ouai ah oui		
	(3s)	Regardent tous les deux vers le bas	
63	N. : mais ça va quoi		
64	JN : mh		
	(4s)		
65	N. : je vais attendre de rentrer chez moi puis beh j'appellerai mon ancien chef et puis je lui dirai de voir avec moi pour y retourner	Regard dirigé vers la table puis vers JN	JN : rires
66	JN : / ah ouai puis ça va		
67	N. : pour l'instant je sais pas comment je vais faire	Regard dirigé vers ses mains posées sur la table	
68	JN : ouai		
	(3s)		
69	N. : j'espère que ça va marcher	Regard dirigé vers ses mains posées sur la table	
70	JN : oui		
	(4s)		
71	C. : tu travaillais JN avant ton accident ?	Regard dirigé vers JN	
72	JN : ouai	Regard dirigé vers C.	
73	C. : tu avais eu ton CAP ?	Regard dirigé vers JN	
74	JN : j'ai eu mon CAP cuisine oui. Je travaillais quand même dans mon restaurant	Regard dirigé vers C.	
75	C. : d'accord	Regard dirigé vers JN	
76	JN : oui (3s) Deux ans après du coup après mes deux ans ils m'ont signé un contrat	Geste de la main qui accompagne la parole	
77	C. : c'est bien ça	Regard dirigé vers JN	
78	JN : oui	Regard dirigé vers la table	
	(4s)		
79	C. : tu connaissais déjà tout du coup pour la cuisine	Regard dirigé vers JN	
80	JN : ça va oui, ça va		
81	C. : c'était un lieu connu	Regard dirigé vers JN	
82	JN : mh		
	(3s)		
83	C. : vous n'avez pas parlez de vos passions ou des sports que vous faites <u>pour apprendre à vous connaître</u>	Regard dirigé vers N. et JN  Regard dirigé vers N. + geste de la main qui accompagne la parole	
84	JN : // tu t'as fait un sport ?		
85	N. : ben là avant d'aller à l'hôpital je faisais du taekwondo. <u>C'est un art martial</u>	Regard dirigé vers JN	
86	JN : // ah oui		
87	JN : ah ok ça va. C'est comme du judo ?	Regard dirigé vers N. + geste de la main qui accompagne la parole	
88	N. : euh oui 'fin c'est avec les jambes quoi les coups de pieds <u>quoi</u>	Regard dirigé vers JN Mouvements des épaules	
89	JN : // ah oui d'accord		
90	N. : mais: ça s'passait bien quoi en général	Regard dirigé vers JN	
91	JN : ah beh ça va	Regard dirigé vers N.	
92	N. : mais: là du coup ben là j'fais plus rien quoi depuis qu'je suis	Regard dirigé vers JN	
93	JN : / ouai depuis que t'es hospitalisé		
94	N. : j'ai tout arrêté <u>quoi</u> 'fin j'ai pas repris le sport <u>carrément</u>	N. : haussement des épaules	
95	JN : // ah oui	Regard dirigé vers N. + geste de la main qui	

96	<b>JN</b> : // t'as mis une pause quoi	accompagne la parole	
97	<b>N.</b> : ouai		
98	<b>JN</b> : mh. ah oui	Regard dirigé vers N.	
99	<b>N.</b> : quand j'vais quand j'vais pouvoir retourner chez moi ben je vais y retourner pour voir si je peux reprendre quoi		
100	<b>JN</b> : ah ben ça va	Main sur le menton	
101	<b>N.</b> : et puis le travail c'est pareil		
102	<b>JN</b> : mh ben oui ok	Main sur le menton + sourire	
103	<b>N.</b> : et toi sinon ça se passe bien ? [...]	Regard dirigé vers JN	
104	<b>JN</b> : // je f'sais du foot. Je f'sais du foot avant	Regard dirigé vers N. + geste de la main qui accompagne la parole	
105	<b>N.</b> : c'est bien ça comme métier euh comme sport	Regard dirigé vers JN +	
106	<b>JN</b> : // ouai	hochement de la tête	
107	<b>JN</b> : ouai c'est vrai ouai	Regard dirigé vers le bas	

## 4.2 Transcriptions POST-thérapeutiques

### 4.2.1 Les sorties

Patients : **JN** (Jordan), **R.** (Roger), **N.** (Nolan) et **D.** (Daniel)

Stagiaire orthophoniste : **C.** (Chloé)

Contexte : nous avons proposé une discussion sur le cinéma mais Jordan a souhaité discuter d'une sortie organisée par l'hôpital.

Durée de l'enregistrement : 3 minutes 25 secondes

	ELEMENTS VERBAUX	ELEMENTS NON VERBAUX	ELEMENTS PARAVERBAUX
1	<b>JN</b> : vous allez avec Philippe euh non euh ouai euh le prof de sport Philippe voir un match de foot ?		Intonation montante
2	<b>D.</b> : ah oui c'qu'il a <u>proposé</u> là	Regard dirigé vers JN	
3	<b>JN</b> : // ouai.	Regard dirigé vers D.	
4	<b>JN</b> : euh Montpellier nan Nantes contre je sais pas qui. Auxerre je crois Auxerre	Regard dirigé vers D.	
5	<b>D.</b> : euh c'est-c'est payant la place ?	Regard dirigé vers JN	Intonation montante
6	<b>JN</b> : oui enfin j'pense	Regard dirigé vers D. + hochement de tête	
7	<b>D.</b> : moi j'ai <u>plus</u> de sous en ce moment	Regard dirigé vers JN	
8	<b>N.</b> : // moi j'pense pas non plus il m'a pas proposé j'ai <u>pas</u> entendu parlé mais j'pense pas non plus	Regard dirigé vers JN et vers la table	
9	<b>JN</b> : // ah ok		
10	<b>JN</b> : et vous ?	Regard + pointage du doigt en direction de R.	Intonation montante
11	<b>R.</b> : non	Regard dirigé vers JN	
12	<b>JN</b> : non plus. d'accord		
13	<b>D.</b> : t'y vas toi ?	Regard dirigé vers JN	Intonation montante
14	<b>JN</b> : oui	Regard dirigé vers D.	
15	<b>D.</b> : c'est combien la place ?	Regard dirigé vers JN	Intonation montante
16	<b>JN</b> : je sais pas. Bonne question	Regard dirigé vers D.	
17	<b>N.</b> : c'est peut-être 40€ au moins j'pense	Regard dirigé vers la table	
18	<b>JN</b> : // je sais pas		

19	<b>D.</b> : oh non, pas 40€	Hochements de tête	
20	<b>JN</b> : je sais pas (2s)		
21	<b>C.</b> : c'est à la Beaujoire ?	Regard dirigé vers JN	Intonation montante
22	<b>JN</b> : euh c'est [...] j'pense	Regard dirigé vers D.	
23	<b>D.</b> : c'est ?	Regard dirigé vers JN	Intonation montante
24	<b>JN</b> : à la Beaujoire	Regard dirigé vers D.	
25	<b>D.</b> : à la Beaujoire	Regard dirigé vers JN	
26	<b>JN</b> : mh	Regard dirigé vers D.	
27	<b>D.</b> : ah ben c'est dommage	Regard dirigé vers JN	
28	<b>JN</b> : oui 'fin je pense mais sinon jeudi là qui va arriver vous savez vous partez ou pas avec Philippe manger un petit truc avec un concert, non ?	Pointage du doigt vers le bas	
29	<b>D.</b> avec Philippe ?	Regard dirigé vers JN	Intonation montante
30	<b>JN</b> : ouai	Regard dirigé vers D.	
31	<b>D.</b> : Philippe c'est l'autre ?	Regard dirigé vers JN	Intonation montante
32	<b>JN</b> : c'est le moniteur	Regard dirigé vers D.	
33	<b>D.</b> : oui c'est le moniteur [...] l'autre moniteur le grand là	Regard dirigé vers JN Hochements de tête	
34	<b>JN</b> : ouai	Hochements de tête	
35	<b>D.</b> : ah ouai ça-ça j'aimerais bien ça	Regard dirigé vers JN	
36	<b>JN</b> : ah ok	Regard dirigé vers D.	
37	<b>D.</b> : j'aurai peut-être plus de sous là	Regard dirigé vers JN	
38	<b>JN</b> : euh oui parce que c'est jeudi c'est pour ça parce que on va	Pointage du doigt vers le bas	
39	<b>D.</b> : // 10€ ?		Intonation montante
40	<b>JN</b> : einh ? Je sais pas combien ça coûte par contre		Intonation montante
41	<b>R.</b> : non c'est	Regard dirigé vers JN	
42	<b>JN</b> : / je sais pas	Regard dirigé vers R.	
43	<b>R.</b> : euh (2s) 10€ pour euh (3s) deux sandwichs un truc comme ça et 5€ pour le <u>entrée de</u> du spectacle		
44	<b>JN</b> : // je sais pas		
45	<b>JN</b> : j'ai aucune idée		
46	<b>D.</b> : ben ça va ça c'est correct		
47	<b>JN</b> : mh		
48	<b>D.</b> : c'est quand ça ?		Intonation montante
49	<b>JN</b> : c'est jeudi	Regard dirigé vers D.	
50	<b>R.</b> : jeudi prochain <u>pas</u> cette semaine mais l'autre	Geste illustratif avec les mains	
51	<b>JN</b> : // ouai		
52	<b>D.</b> : l'autre ah oui bah d'ici là la paie sera rentrée ouai		
53	<b>JN</b> : ah ok	Regard dirigé vers JN	
54	<b>C.</b> : c'est quoi comme type de spectacle ?		
55	<b>JN</b> : c'est euh classique et euh un autre truc	Regard dirigé vers C. N. : hochements de tête	
56	<b>N.</b> : de la danse ?	Regard dirigé vers JN	Intonation montante
57	<b>JN</b> : non c'est d'la musique	Regard dirigé vers N.	
58	<b>N.</b> : ah	Hochements de tête	
59	<b>JN</b> : ouai		
60	<b>D.</b> : mais c'est pas du-du-du foot que tu parlais là ?	Regard dirigé vers JN	Intonation montante
61	<b>JN</b> : einh ?	Regard dirigé vers D.	
62	<b>D.</b> : c'est pas du foot ?	Regard dirigé vers JN	
63	<b>JN</b> : mercredi c'est du foot <u>et jeudi</u> <b>D.</b> : // ah c'est mercredi	Pointage du doigt vers le bas	
64	<b>JN</b> : mh (3s)		
65	<b>N.</b> : ben moi j'crois pas		
66	<b>JN</b> : non vous y allez pas alors ?		Intonation montante
67	<b>R.</b> : non		

68	<b>D.</b> : ben moi peut-être	Regard dirigé vers JN	
69	<b>JN</b> : ok ben sinon Philippe i serait venu te voir	Regard dirigé vers D.	
70	<b>D.</b> : einh ?	Regard dirigé vers JN	Intonation montante
71	<b>JN</b> : Philippe pour demain Philippe i serait venu te voir sinon	Regard dirigé vers D.	
72	<b>D.</b> : Philippe qui ?	Regard dirigé vers JN	Intonation montante
73	<b>JN</b> : le <u>moniteur</u> [...]	Regard dirigé vers D.	
74	<b>R.</b> : // le chauffeur là		
75	<b>D.</b> : ah oui	Regard dirigé vers JN	
76	<b>R.</b> : dans le camion		
	(3s)		
77	<b>C.</b> : c'est pas le chauffeur Philippe		
78	<b>JN</b> : c'est celui qui conduit	Regard dirigé vers C.	
79	<b>C.</b> : d'accord. Il est animateur		
80	<b>JN</b> : ouai voilà	Regard dirigé vers C.	
81	<b>R.</b> : c'est l'chauffeur		
82	<b>JN</b> : ouai		
83	<b>D.</b> : c'est l'chauffeur, enfin animateur aussi	Regard dirigé vers R.	
84	<b>C.</b> : il est animateur et c'est lui qui vous amène à l'extérieur	<b>D.</b> : hochements de tête	
85	<b>JN</b> : et le dernier film que j'ai été voir au cinéma c'est Pan (2s) le film. Peter Pan ou Pan. C'est quand Peter Pan il est tout petit	Regard dirigé vers C. Geste illustratif avec la main	
86	<b>C.</b> : d'accord, je connais pas		
87	<b>JN</b> : (rires) ok		
88	<b>R.</b> : c'est pas celui-là qu'on avait été voir une fois ensemble ? A Vertou	Regard dirigé vers JN	
89	<b>JN</b> : je sais pas où c'est oui peut-être. On avait été manger un bout	Regard dirigé vers R.	
90	<b>R.</b> : oui ben c'est ça	Regard dirigé vers JN	
91	<b>JN</b> : // un bout après		
92	<b>JN</b> : ah tu étais là	Regard dirigé vers R.	
93	<b>R.</b> : ouai c'est ça	Regard dirigé vers JN	
94	<b>JN</b> : // ben je m'en souviens pas	Regard dirigé vers R.	
95	<b>R.</b> : y avait euh deux gars comme deux gars comme toi qu'étaient dans un chariot et puis les autres qui	Regard dirigé vers JN + gestes illustratifs	
96	<b>JN</b> : // ouai et puis toi		
97	<b>JN</b> : / debout quoi. Oui. Ah ok (3s). D'accord	Regard dirigé vers R.	
98	<b>R.</b> : on a été à Vertou oui pour ça	Regard dirigé vers JN	
99	<b>JN</b> : ah ok d'accord	Regard dirigé vers R.	

#### 4.2.2 Education et traumatisme crânien

Patients : **D.** (Daniel), **JN** (Jordan) et **N.** (Nolan)

Stagiaire orthophoniste : **C.** (Chloé)

Contexte : discussion proposée par les patients sur l'éducation et les valeurs transmises par les parents suite à l'activité PACE faite précédemment.

Durée de l'enregistrement : 4 minutes 15 secondes

	ELEMENTS VERBAUX	ELEMENTS NON VERBAUX	ELEMENTS PARAVERBAUX
1	<b>D.</b> : mais pour moi j'suis sûr que ça va – ça va être un super mec	Regard dirigé vers JN + geste de la main dans sa direction	
2	<b>JN</b> : ah ouai ?	Regard dirigé vers D.	Intonation montante

3	D. : j'en suis sûr oui	Regard dirigé vers JN	
4	JN : ah ouai	Regard dirigé vers D.	
5	D. : parce que: vers 8-9 ans il était très bagarreur quand il faisait [...] mais maintenant qu'il en a 12-13 ans il est vraiment sage et:	Regard dirigé vers JN Geste coverbal illustratif : mime l'action de se battre	
6	JN : // ah ouai ?		
7	JN : / il s'est calmé ?	Regard dirigé vers D.	Intonation montante
8	D. : voilà ! Exactement		Exclamation
9	JN : ah ok ben ça va		
10	D. : // et plus plus il va grandir plus il va rentrer dans la société avec les pièges qu'il y a dans la société il va il va les capter il va les:	Geste coverbal illustratif : mime l'action de grandir puis de rentrer quelque part	
11	JN : // ah oui		
12	JN : ah ben ça va	Regard dirigé vers D.	
13	D. : oh ouai ça va moi je suis content pour lui		
14	N. : // plus ça va et mieux c'est quoi		
15	D. : einh ?	Regard dirigé vers N.	Intonation montante
16	N. : plus ça va et mieux c'est quoi	Regard dirigé vers D.	
17	D. : ah ouai bah ouai vraiment pourtant la société comme lui aujourd'hui elle est quand même assez difficile y a y a quand même des-des-des des trucs. Et non et puis quand il rencontre un problème euh un problème X ou Y einh il joue le-l'homme il dit rien il regarde il écoute il dit je peux dire quelque chose maintenant ? (rires)	Geste coverbal illustratif : mime l'action de demander la parole	Intonation montante
18	JN : ah oui	Regard dirigé vers D.	
19	D. : il joue l'homme quoi il joue vraiment le-le mec il a je sais même pas quel âge il a mais il a 14 ans. Il a 13 ou 14 ans		
20	JN : (rires) ah oui		
21	D. : // non c'est marrant c'est-c'est-c'est j'peux être fier j'ai fait un beau gosse (rires)	Essuie la table avec ses mains	JN : rires
	(3s)		
22	N. : ben moi je me rappelle plus de l'étage où je suis. Où elle est ma chambre. Je viens de penser à ça	Regard dirigé vers C.	
23	D. : là là là ?	Regard dirigé vers N. Pointage du doigt vers N.	Intonation montante
24	N. : ouais	Regard dirigé vers D.	
25	D. : Tu te rappelles plus ?	Regard dirigé vers N.	Intonation montante
26	N. : nan	Regard dirigé vers D.	
27	C. : ça te préoccupe ? mais c'est pas grave		
28	N. : // j'suis j'suis revenu euh hier je crois ici. J'étais parti chez mes parents pendant deux trois jours j'suis revenu hier ben là du coup j'm'en rappelle plus.	Balancements du buste	
29	D. : ah ben moi ça m'arrivait souvent ça mais avant	Regard dirigé vers N.	
30	C. : // c'est pas grave		
31	N. : ben moi là c'est aujourd'hui		
32	D. : // et même y a quelques mois moi j'ai fait des conneries ici 'fin je sais pas si vous étiez là mais ils m'ont vu dormir euh ils ont vu quelqu'un dans un dans un. J'étais au moins deux	Regard dirigé vers C. Pointage du doigt  Regard dirigé vers JN	
33	JN : ah oui	Regard dirigé vers D.	
34	D. : ouai et je me suis endormi en bas mais j'm'en rappelle plus où j'étais	Geste coverbal illustratif : doigt pointé vers le bas puis bras écartés vers l'arrière	
35	JN : // (rires) ah oui		
36	D. : j'me suis endormi en bas et puis euh j'sais plus qui c'est j'sais plus qui c'est		

37	N. : / y a quelqu'un qui vous a retrouvé quoi	Regard dirigé vers D.	
38	D. : ouai quelqu'un m'a retrouvé et puis i m'a monté		
39	JN : ah ouai	Regard dirigé vers D.	
40	D. : mais j'ai eu un gros coup un gros trou de mémoire	Gestes coverbaux illustratifs	
41	J. : ah ouai	Regard dirigé vers D.	
42	D. : en même temps. je me rappelle pas de ce de cet instant là		
43	JN : ah	Regard dirigé vers D.	
44	D. : mais bon faut dire que j'ai eu un gros choc mémoire un gros coup de (3s) <u>physique</u> dans la tête	Se touche la tête avec sa main	
45	JN : // à la tête	Regard dirigé vers D.	
46	C. : mais vous avez tous eu un traumatisme crânien et c'est la conséquence du traumatisme crânien vous êtes désorientés, vous avez du mal à vous repérer	D. : hochement de tête	
47	D. : // voilà		
48	N. : moi on m'a dit ça mais moi je m'en rends pas compte alors	Regard dirigé vers C.	
49	D. : ben oui mais moi non plus je m'en rendais pas compte	Regard dirigé vers N. et pointage dans sa direction	
50	C. : c'est normal au départ		
51	N. : j'ai jamais mal à la tête j'ai jamais rien je vais bien à peu près		
52	D. : ouai mais moi je: j'ai eu des trucs mais énormes énormes et si tu veux euh je prenais pas cas j'prenais pas cas. On me disait ben oui tu t'es planté tu t'es endormi là dehors euh. Ah bon bon bon. J'prenais pas l'importance du-du sujet en fait	Gestes illustratifs coverbaux Regard dirigé vers JN	
53	JN : mh		
54	D. : Mais en fait c'est important quand même	Regard dirigé vers JN	
55	JN : oui c'est vrai	Regard dirigé vers D.	
56	D. : mais maintenant ça va un peu mieux quand même <u>parce</u> que maintenant je sais que si un jour		
57	JN : // mh	Regard dirigé vers D.	
58	N. : / c'est ce qu'il faut	Regard dirigé vers D.	
59	D. : que si un jour je dors dehors je m'en apercevrai. Mais j'ai dormi x fois dehors	Regard dirigé vers C.	
60	N. : c'est bien d'être ici mais c'est bien aussi de partir d'ici quoi	Regard dirigé vers D.	
61	D. : oui bien sûr bien sûr mais si tu veux partir d'ici il faut rentrer dans-dans le lard quoi	Regard dirigé vers N. et hochements de tête Geste coverbal illustratif	
62	N. : ouai il faut aller bien quoi	Regard dirigé vers D.	
63	D. : ouai ouai	Regard dirigé vers N.	
64	N. : faut se remettre bien		
65	D. : mais moi je sais que là maintenant je suis prêt là ça fait ça fait à peine un an		
66	JN : ah ouai		
67	D. : oui ça fait un an que j'suis là et là maintenant je sais que je sais que quand j'sortirai de chez moi quand j'sortirai d'ici pour aller chez moi je sais que ça sera une vie basée sur les nouvelles idées <u>que</u> j'ai construit et construit, rincé et rincé de chaque côté quoi	JN : hochements de têtes Geste coverbal illustratif	
68	JN : // ah oui d'accord		
69	C. : vous vous sentez prêt à repartir		
70	D. : ah oui ah oui parce que j'ai peut-être fait des bêtises bêtes de jeunes einh euh non je pense pas enfin si peut-être mais euh: (2s) dans les études que		



	j'ai faites et puis dans les boulots que j'ai faits j'vous assure que mes parents étaient fiers étaient heureux et		
71	<b>JN</b> : / ah ben c'est bien	Regard dirigé vers D.	
72	<b>D.</b> : ouai et puis j'ai bien réussi sauf qu'à un moment ben paf j'ai plié en deux et y avait plus rien après fallait tout remonter le	Geste coverbal illustratif : mime la chute puis l'ascension	
73	<b>JN</b> : // mh		
74	<b>N.</b> : / toujours euh toujours avoir des chutes à un moment ou à un autre	<b>D.</b> : hochements de tête	
75	<b>D.</b> : ah ouai		

## 5. Résultats des patients

Les scores obtenus par chaque patient aux épreuves du protocole MEC de Poche sont synthétisés dans un tableau à double entrée. Les épreuves sont nommées par un numéro :

**1** : discours conversationnel

- **1(a)** : items évaluant le profil lexico-sémantique (/10)

- **1(b)** : items évaluant le profil pragmatique (/22)

**2** : interprétation de métaphores (/12)

**3** : évocation lexicale libre

**4** : jugement sémantique (/6)

**5** : interprétation d'actes de langage (/12)

**6(a)** : discours narratif – rappel de l'histoire paragraphe par paragraphe (/11)

**6(b)** : discours narratif – évaluation de la compréhension du texte (/16)

Les scores en rouge, considérés comme pathologiques, se situent sous le percentile 10 (P10) et sous le point d'alerte (PA) défini par les auteurs.

### 5.1 Roger

#### 5.1.1 Protocole MEC de poche

	Profil lexico-sémantique				Profil pragmatique			Profil discursif		
	1(a)	2	3	4	1(b)	2	5	1	6(a)	6(b)
Pré-thérapie	1	4	12	3	11	4	6	12	3	5
Post-thérapie	4	4	19	4	15	4	8	24	4	15
Moyenne		10,48	63,60	5,52		10,48	10,36	39,16	7,36	13,40
P10		7,60	28,40	4,00		7,60	7,60	33,60	3,60	7,00
P.A		8	29	4		8	7	34	4	8

#### 5.1.2 Description d'image

*Description pré-thérapeutique :*

<b>1</b>	ils sont mal équipés
<b>2</b>	ils font de la casse partout
<b>3</b>	le lavabo il dégueule de l'eau de tous les coins
<b>4</b>	l'autre est monté sur un tabouret
<b>5</b>	pour ramasser de la vaisselle
<b>6</b>	bah c'est tout
<b>7</b>	(relance) bah y a de l'eau

<b>8</b>	qui dégueule partout
<b>9</b>	y a l'autre
<b>10</b>	qui est en train de grimper un meuble

*Description post-thérapeutique :*

<b>1</b>	le bordel partout là-dedans
<b>2</b>	les deux en train de faire les cons avec les plateaux
<b>3</b>	euh des gâteaux
<b>4</b>	il se casse la gueule du tabouret
<b>5</b>	l'autre qui fait la plonge
<b>6</b>	y a la vaisselle
<b>7</b>	qui passe par-dessus
<b>8</b>	elle marche les pieds dedans
<b>9</b>	elle nettoie sûrement
<b>10</b>	c'est tout
<b>11</b>	ce que je vois
<b>12</b>	et puis de l'eau
<b>13</b>	qui coule partout
<b>14</b>	y a beaucoup de flotte
<b>15</b>	pour une assiette ( <b>rires</b> )
<b>16</b>	et lui il essaie de prendre des gâteaux

## 5.2 Jordan

### 5.2.1 Protocole MEC de poche

	Profil lexico-sémantique				Profil pragmatique			Profil discursif		
	<b>1a</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1b</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>6a</b>	<b>6b</b>
Pré-thérapie	8	6	19	4	13	6	4	28	5	8
Post-thérapie	9	8	46	5	17	8	7	33	7	15
Moyenne		8,70	57,87	5,91		8,70	9,87	39,61	8,09	13,87
P10		4,80	39,80	5,40		4,80	7,40	33,00	5,00	8,40
P.A		6	40	5		6	7	34	5	8

### 5.2.2 Description d'image

*Description pré-thérapeutique :*

<b>1</b>	c'est une maison
<b>2</b>	qu'a un voisin
<b>3</b>	alors dans la maison on voit la cuisine
<b>4</b>	dans la cuisine on voit un petit, une petite, une maman

5	le petit veut des gâteaux
6	il monte sur un tabouret
7	qui tombe
8	et la petite se moque
9	pendant ce temps la maman fait la vaisselle
10	et elle a oublié d'éteindre le robinet
11	et de l'eau coule sur le plancher

*Description post-thérapeutique :*

1	la petite fille elle rigole de son frère
2	qui va tomber du tabouret
3	du coup son frère veut des cookies
4	donc il est grimpé pour les prendre
5	mais il va tomber
6	la mère préfère regarder dehors
7	plutôt que regarder la vaisselle
8	elle est en train de nettoyer une assiette
9	et voit pas
10	que l'eau de l'évier déborde

### 5.3 Daniel

#### 5.3.1 Protocole MEC de poche

	Profil lexico-sémantique				Profil pragmatique			Profil discursif		
	1a	2	3	4	1b	2	5	1	6a	6b
Pré-thérapie	2	3	/	5	11	3	11	23	3	1
Post-thérapie	3	8	22	6	13	8	10	26	3	5
Moyenne		11,48	75,76	5,72		11,48	10,62	39,97	8,07	14,17
P10		10,00	53,00	5,00		10,00	9,00	38,00	4,00	11,00
P.A		10	53	5		10	9	38	4	10

#### 5.3.2 Description d'image

*Description post-thérapeutique :*

1	la maman est avec ses enfants dans la cuisine
2	la maman fait la vaisselle
3	et l'eau déborde
4	les enfants jouent à part
5	ils ont des gâteaux
6	la vaisselle goutte par terre

<b>7</b>	le fils est monté sur un tabouret
<b>8</b>	pour prendre des gâteaux
<b>9</b>	sa petite sœur lui montre quoi prendre
<b>10</b>	mais lui se casse la gueule

## 5.4 Nolan

### 5.4.1 Protocole MEC de poche

	Profil lexico-sémantique				Profil pragmatique			Profil discursif		
	<b>1a</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1b</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>6a</b>	<b>6b</b>
Pré-thérapie	6	5	24	6	7	5	6	20	2	1
Post-thérapie	7	8	40	6	11	8	11	27	7	11
Moyenne		8,70	57,87	5,91		8,70	9,87	39,61	8,09	13,87
P10		4,80	39,80	5,40		4,80	7,40	33,00	5,00	8,40
P.A		6	40	5		6	7	34	5	8

### 5.4.2 Description d'image

#### *Description pré-thérapeutique :*

<b>1</b>	elle fait la vaisselle
<b>2</b>	le garçon ramasse la vaisselle
<b>3</b>	il est sur le tabouret
<b>4</b>	et la fille rigole à quelque chose
<b>5</b>	il doit y avoir quelque chose de marrant
<b>6</b>	je sais pas
<b>7</b>	il y a de l'eau
<b>8</b>	qui déborde
<b>9</b>	et voilà je sais pas trop

#### *Description post-thérapeutique :*

<b>1</b>	il y a la maman
<b>2</b>	qui fait la vaisselle
<b>3</b>	la fille et le fils doivent ranger la vaisselle
<b>4</b>	mais le fils mange des cookies
<b>5</b>	et le tabouret va se renverser
<b>6</b>	l'eau déborde de l'évier
<b>7</b>	la mère fait avancer le planning de la maison
<b>8</b>	la fille rigole
<b>9</b>	de voir son frère tomber
<b>10</b>	ils sont dans la cuisine de chez eux

## RESUMÉ

Les lésions cérébrales provoquées par un traumatisme crânien peuvent entraîner des troubles de la communication perturbant la réinsertion familiale, sociale et professionnelle des patients accidentés. La littérature fait état de ces troubles et de la manière de les évaluer mais les outils concrets de rééducation à disposition des orthophonistes sont actuellement peu nombreux.

Notre travail porte sur la construction d'un protocole de rééducation de groupe basé sur des activités inspirées de la méthode PACE (Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness) créée par Davis & Wilcox (1981). Il a pour objectif le réentraînement des capacités conversationnelles et discursives.

L'efficacité de ce protocole a été mesurée au moyen d'épreuves de bilans et d'analyses de corpus conversationnels. Cette évaluation montre que le protocole thérapeutique a été efficace pour l'ensemble de l'échantillon.

**Mots-clés** : traumatisme crânien, troubles de la communication, pragmatique, groupe thérapeutique, méthode PACE.

## SUMMARY

Brain lesions caused by traumatic brain injury can result in communication disorders altering family, social and professional reintegration for afflicted patients. Scientific literature described those pathologies and the way to evaluate them but practical patterns of reeducation available for speech therapists are few at the moment.

This work focuses on building a group reeducation protocol based on activities inspired by the PACE method (Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness) developed by Davis & Wilcox (1981). Our efforts aim at the re-training of conversational and discursive skills.

The efficiency of this protocol was assessed by means of subsequent evaluations and the analysis of conversational logs. This evaluation shows that the therapeutic protocol was successful for the whole sample.

**Key-words** : traumatic brain injury, communication disorders, pragmatic, therapeutic group, PACE method.