



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



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

Par

Tiphaine CHEIPPE
Julie MAGNARD

**PROGRAMME D'INTERVENTION AUPRES D'UNE
PATIENTE CEREBROLESEE DROIT PRESENTANT DES
TROUBLES PRAGMATIQUES-COMMUNICATIONNELS :**

Une étude de cas

Directeurs de Mémoire

Perrine FERRE
Yves JOANETTE
Anne PEILLON

Membres du Jury

Gilles RODE
Emmanuelle AUJOGUES
Dominique KUZDZAL

Date de Soutenance
30 Juin 2016

ORGANIGRAMMES

1. UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Président
Pr. FLEURY Frédéric

Vice-président CFVU
Pr. CHEVALIER Philippe

Président du Conseil Académique
Pr. BEN HADID Hamda

Vice-président CS
M. VALLEE Fabrice

Vice-président CA
Pr. REVEL Didier

Directeur Général des Services
M. HELLEU Alain

1.1 Secteur Santé :

U.F.R. de Médecine Lyon Est
Directeur **Pr. ETIENNE Jérôme**

U.F.R d'Odontologie
Directeur **Pr. BOURGEOIS Denis**

U.F.R de Médecine et de
maïeutique - Lyon-Sud Charles
Mérieux
Directeur **Pr. BURILLON Carole**

Institut des Sciences Pharmaceutiques
et Biologiques
Directeur **Pr. VINCIGUERRA Christine**

Institut des Sciences et Techniques de
la Réadaptation
Directeur **Dr. PERROT Xavier**

Comité de Coordination des
Etudes Médicales (C.C.E.M.)
Pr. ETIENNE Jérôme

Département de Formation et Centre
de Recherche en Biologie Humaine
Directeur **Pr. SCHOTT Anne-Marie**

1.2 Secteur Sciences et Technologies :

U.F.R. de Sciences et Technologies
Directeur **M. DE MARCHI Fabien**

Ecole Supérieure du Professorat et de
l'Education
Directeur **M. MOUGNIOTTE Alain**

U.F.R. de Sciences et Techniques
des Activités Physiques et Sportives
(S.T.A.P.S.)
Directeur **M. VANPOULLE Yannick**

POLYTECH LYON
Directeur **M. PERRIN Emmanuel**

Institut des Sciences Financières et
d'Assurance (I.S.F.A.)
Directeur **M. LEBOISNE Nicolas**

Ecole Supérieure de Chimie Physique
Electronique de Lyon (ESCPE)
Directeur **M. PIGNAULT Gérard**

Observatoire Astronomique de Lyon
Directeur **Mme DANIEL Isabelle**

IUT LYON 1
Directeur **M. VITON Christophe**

2. INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION

Directeur ISTR : **Dr Xavier PERROT**

FORMATION ORTHOPHONIE

Directeur de la formation

Agnès BO

Professeur Associé

Responsable des mémoires de recherche

Agnès WITKO

M.C.U. en Sciences du Langage

Responsables de la formation clinique

Claire GENTIL

Fanny GUILLON

Chargées de l'évaluation des aptitudes aux études
en vue du certificat de capacité en orthophonie

Anne PEILLON, *M.C.U. Associé*

Solveig CHAPUIS

Responsable de la formation continue

Maud FERROUILLET-DURAND

Secrétariat de direction et de scolarité

Bertille GOYARD

Ines GOUDJIL

Delphine MONTAZEL

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier tout particulièrement Perrine Ferré, Yves Joanette et Anne Peillon pour leur bienveillance, leur soutien et leur disponibilité tout au long de ce projet. Nous les remercions pour nos longues heures de discussion et pour leurs conseils avisés. Cette collaboration internationale a été riche d'échanges (malgré le décalage horaire) et de partages d'expériences.

Nous remercions également toute l'équipe du Centre de Recherche de l'Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal pour leur accueil et particulièrement Anaïs, Laurence et Michelle qui nous ont également permis de découvrir la vie montréalaise.

Merci à L'Université Claude Bernard Lyon 1 et au département d'orthophonie qui nous ont permis de nous déplacer à Montréal et de vivre l'expérience de la recherche en orthophonie à l'international.

Merci à tous les professionnels qui ont pris le temps de nous recevoir ou de répondre à nos diverses questions au cours de ce travail. Votre aide ponctuelle nous a été précieuse.

Nous remercions également Claire Sainson de nous avoir mis à disposition la Grille d'Analyse Linguistique d'Interaction Libre (GALI), en cours de réédition au moment de l'analyse de nos données, mais également pour son accueil et ses conseils.

Nous remercions également Hélène et Camille, orthophonistes, qui ont accepté de participer à ce projet et de s'y être pleinement investies.

Un grand merci Mme BD et Mme CD ainsi qu'à leurs familles pour leur investissement dans le programme d'intervention ; sans elles ce projet n'aurait pas pu se réaliser.

Nous remercions également Mme Witko pour son accompagnement et sa disponibilité en tant que Responsable des Mémoires de Recherche en Orthophonie. Merci également à Océane et Camille d'avoir assuré la communication des informations tout au long de ces deux années et d'avoir répondu présentes dans les moments les plus périlleux.

Merci également aux enseignants en charge de la méthodologie et des statistiques qui nous ont permis de construire ce projet et d'organiser nos données avec rigueur et clarté.

Merci à Gilles Rode et Dominique Aujogues qui ont participé au jury de lecture de notre mémoire, pour leurs remarques constructives, leur lecture attentive et leur temps consacré à notre projet.

Enfin, nous tenons à remercier nos familles et nos amis pour leur soutien tout au long de nos années d'études mais également pour leur participation à ce projet (statistiques, correction de notre modeste niveau d'anglais, relecture). Merci à nos amis de promotion, futurs collègues, pour avoir partagé ces quatre années avec nous et nous avoir accompagnées à chaque étape.

SOMMAIRE

ORGANIGRAMMES.....	2
1. UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1.....	2
2. INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION	3
REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE.....	5
INTRODUCTION	9
PARTIE THEORIQUE	11
I Les habiletés pragmatiques-communicationnelles	12
1 Les composants de la conversation.....	12
2 Les règles conversationnelles.....	14
II Lésions cérébrales droites : contexte historique et théorique	16
III Troubles cognitivo-communicationnels en cas de lésion hémisphérique droite.....	17
1 Matériel para-verbal.....	17
2 Matériel non-verbal.....	17
3 Règles conversationnelles	18
4 Aspects cognitifs.....	19
5 Hypothèses cognitives des troubles communicationnels	20
IV Prise en charge orthophonique	21
1 Evaluation orthophonique	21
2 Intervention orthophonique	22
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	25
I Problématique	26
II Hypothèses.....	26
1 Hypothèse générale	26
2 Hypothèses opérationnelles.....	26
PARTIE EXPERIMENTATION	27
I Participants	28
1 Critères d'inclusion et de non-inclusion.....	28
2 Constitution de la population.....	28
3 Description de la participante : Mme BD	29
II Matériel	29

1	Programme d'intervention.....	29
2	Evaluation cognitivo-communicationnelle : Protocole MEC.....	33
3	Questionnaire de conscience du trouble : La Trobe Communication Questionnaire.....	34
4	Analyse de la conversation : GALI	34
III	Procédure	36
1	Préparation des expérimentations.....	36
2	Passation des expérimentations	36
3	Recueil des données.....	38
	PRESENTATION DES RESULTATS.....	39
I	Evaluation cognitivo-communicationnelle : protocole MEC.....	40
1	Habilités entraînées.....	41
2	Habilités non- entraînées	42
II	Questionnaire de conscience du trouble : La Trobe Communication Questionnaire	43
1	Comparaison des réponses de Mme BD et de son aidante	44
2	Comparaison des réponses de Mme BD avant et après l'intervention	45
III	Analyse de la conversation : la GALI	45
1	Analyse des scores totaux	45
2	Analyse par habilités	46
	DISCUSSION DES RESULTATS	51
I	Interprétation des résultats et validation hypothèses	52
1	Validation de l'hypothèse 1.....	52
2	Validation de l'hypothèse 2.....	54
3	Validation de l'hypothèse 3.....	57
II	Implications théoriques et cliniques	60
1	Confrontation des résultats à la littérature.....	60
2	Evaluation de la communication et analyse de la conversation	62
III	Remarques et critiques méthodologiques.....	63
1	Population	63
2	Matériel.....	64
3	Procédure	66
IV	Apports cliniques et personnels	67
V	Perspectives	68
1	Piste concernant le format de l'étude.....	68

2	Piste d'étude des corrélations avec les fonctions exécutives	68
3	Pistes d'approfondissement du programme d'intervention.....	69
	CONCLUSION	70
	REFERENCES	71
	ANNEXES	76
	Liste des annexes.....	77
	Annexe I : Programme d'intervention expérimental	78
1.	Exemple de pictogrammes	78
2.	Programme d'intervention : exemple de trois séances	79
	Annexe II : Epreuves du protocole MEC.....	81
	Annexe III : scores obtenus aux items de la Trobe Communication Questionnaire	84
	Annexe IV : Protocole d'intervention suivi par Mme BD	86
1.	Déroulement des séances suivies par Mme BD	86
2.	Description d'une séance du programme d'intervention avec Mme BD.....	88
	Annexe V : Scores obtenus à Mme BD à la GALI	90
	TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	93
1.	Liste des tableaux.....	93
2.	Liste des figures.....	93
	TABLE DES MATIERES.....	94

SUMMARY

More than 50% of right-hemisphere brain damaged people suffer from pragmatic-communicational disorders which have negative impacts on their activities and relationships, creating a social handicap. Nonetheless, concern for these troubles has come about only recently, and speech-therapists lack evaluation and intervention tools. Because of the present evidence-based practice context, it seems essential to develop specific and scientifically validated tools. Therefore, a speech-therapy intervention programme aiming at rehabilitating people suffering from right-hemisphere brain damage with pragmatic-communicational disorders in a conversational context has been developed by a Quebec research team. This present single-case study aims at exploring the benefits of this programme on the evolution of pragmatic-communicational abilities (prosody, speech rate, eye contact, topic maintenance, facial expression, information quality and quantity and turn talking) in a right-hemisphere brain damaged patient. The patient received an evaluation before and after the intervention, associating communication evaluation and deficit awareness tasks and a conversational analysis in order to identify her performances. Our results, seem to be in agreement with the scientific literature: the programme allows most of the trained abilities improvement. Nevertheless, this improvement is sometimes weak and we can not find distinction between the improvement of trained and untrained abilities. The deficits awareness questionnaire used in the study did not allow us to determine the correlation between the patient's deficit awareness and her evaluation results. Following this study, we thought about right-hemisphere brain damaged patients evaluation problematic, highlighting the interest of associating communication evaluation tasks and conversational analysis. In the future, this study might be continued with a group study to determine the efficacy of the programme. We should also include the privileged communication partner to ecologically transfer the benefits of the intervention.

KEY-WORDS

Acquired brain injury - Right hemisphere - Speech-therapy intervention programme - Pragmatic-communicational abilities - Conversational analysis.

INTRODUCTION

Une lésion cérébrale acquise de l'hémisphère droit peut entraîner des déficits au niveau des habiletés pragmatiques-communicationnelles nécessaires au bon déroulement d'une conversation. Ces atteintes sont retrouvées chez 50% des patients cérébrolésés droits.

Si les troubles langagiers successifs à une lésion hémisphérique gauche sont aujourd'hui reconnus et pris en charge de manière systématique, les troubles successifs à une lésion hémisphérique droite restent encore peu décelables et méconnus des professionnels de santé. En effet, la communauté scientifique se questionne encore sur la définition des troubles de la communication des patients cérébrolésés droits. Un groupe de travail constitué de chercheurs et cliniciens a été mis en place au sein de l'ASHA (American Speech-Language-Hearing Association) pour tenter d'établir des critères diagnostic.

Du fait de ce manque de sensibilisation des professionnels, les patients cérébrolésés droits ne sont que rarement orientés et pris en charge en orthophonie. Les orthophonistes sont également peu outillés pour l'évaluation et la rééducation de ces patients. En effet, ils manquent d'outils d'intervention validés scientifiquement, ne pouvant assurer une prise en charge adaptée aux besoins spécifiques de leurs patients. Malgré la place centrale qu'occupe la conversation dans les échanges interindividuels les données concernant les patients cérébrolésés droits et leur prise en charge sont rares. Il apparaît alors primordial de pouvoir évaluer l'efficacité d'une intervention afin que les orthophonistes puissent appuyer leur choix de prise en charge sur des données probantes.

Pour tenter de répondre à cette demande, l'équipe du Laboratoire Yves Joanette du Centre de Recherche de l'Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal (CRIUGM) a développé un programme d'intervention visant à la rééducation des troubles pragmatiques-communicationnels en contexte de conversation auprès de patients cérébrolésés droits. Ce programme est issu des travaux successifs de différents étudiants en orthophonie français et canadiens.

Si les premières études concernant le programme d'intervention élaboré par l'équipe du CRIUGM montrent des premiers résultats encourageants, il nous semblait pertinent d'associer à une évaluation de la communication en pré et post intervention, une analyse détaillée des aspects pragmatiques de la conversation basée sur un outil clinique. En effet, divers auteurs rapportent que les troubles des patients cérébrolésés droits passent souvent inaperçus au regard des épreuves d'évaluations en contexte structuré. En revanche, en conversation, qui constitue la situation de communication la plus complexe, ces troubles semblent se manifester de manière plus prégnante. L'analyse conversationnelle se présente donc comme un outil indispensable à l'évaluation des troubles des patients cérébrolésés droits.

Nous avons ainsi proposé à une participante québécoise le programme d'intervention et évalué en pré et en post intervention l'évolution de ses habiletés pragmatiques-communicationnelles par des épreuves d'évaluation de la communication et de la conscience du trouble et une analyse détaillée d'un échantillon de conversation.

Notre partie théorique nous permettra de décrire les différents éléments théoriques de la conversation et d'appréhender les difficultés des patients atteints d'une lésion cérébrale droite. Suite à la présentation de notre problématique et de nos hypothèses de recherche, nous

présenterons notre protocole de recherche. Nous en exposerons les différents résultats que nous discuterons par la suite. Enfin, nous proposerons une critique de notre travail ainsi que des prolongements possibles à cette étude.

Chapitre I

PARTIE THEORIQUE

I Les habiletés pragmatiques-communicationnelles

Chaque situation de communication se définit par le contexte dans lequel elle s'inscrit. Celui-ci comprend un cadre (aspects physiques, topologiques et temporels), un nombre donné de participants et des normes culturelles et sociales qui leur sont inhérentes. Les échanges conversationnels diffèrent selon les relations qu'entretiennent les participants. Ces dernières dépendent de différents facteurs tels que leurs caractéristiques individuelles, les liens que les interlocuteurs entretiennent, la nature et le but de l'échange (Picard, 1992). Ainsi, la situation de communication sera différente entre un orthophoniste et son patient, qui partagent un but commun de travail et qui ne se connaissent pas, et entre deux amis de longue date, qui discutent pour le plaisir et possèdent de nombreuses années de connaissances communes.

La situation de communication implique une relation interpersonnelle qui s'organise suivant trois dimensions (Kerbrat-Orecchioni, 1992) :

- ✓ Les relations horizontales ou symétriques dans lesquelles il existe une certaine proximité entre les participants, comme dans une relation entre pairs.
- ✓ Les relations verticales ou complémentaires qui sont marquées par la domination d'un interlocuteur sur l'autre. C'est le cas par exemple des relations soignant-soigné.
- ✓ Les relations interpersonnelles qui peuvent être plus ou moins conflictuelles ou consensuelles.

En situation de communication, les participants sont amenés à utiliser différents types de discours selon la finalité de l'échange.

Le discours se définit comme un ensemble de propositions constituant une unité signifiante (Duchêne May-Carle, 2008). Il concerne les énoncés supérieurs à une phrase, partageant le même thème, produits par un locuteur à l'adresse d'un interlocuteur. Il combine des informations linguistiques et situationnelles.

Tuțescu (1998), en se basant sur la typologie de Jean-Michel Adam, définit différents types de discours : le discours narratif, descriptif, explicatif, argumentatif, injonctif, prédictif, figuratif et conversationnel.

Le discours conversationnel constitue la situation de communication la plus complexe. En effet, plusieurs habiletés entrent en jeu lors de la réalisation du discours conversationnel : les habiletés linguistiques, extralinguistiques, et pragmatiques. Ces deux dernières permettent la prise en compte des informations du contexte, par le traitement des gestes, du langage corporel, des expressions faciales, de la prosodie ou du choix des mots (Myers & Blake, 2008). C'est cette association de diverses habiletés qui rend ce type de discours très complexe tant en réception qu'en production. Dans cette étude, nous nous intéresserons exclusivement au discours conversationnel qui tient une place centrale dans les activités quotidiennes des individus et entraîne un handicap social lorsqu'il est altéré. Nous en décrivons les différents composants et les règles conversationnelles auxquelles il est soumis.

1 Les composants de la conversation

En 2000, Traverso décrit ainsi les différents composants de la conversation : le matériel verbal (ensemble des unités phonologiques, lexicales et morphosyntaxiques de la langue), le matériel para-verbal (unités accompagnant le matériel verbal transmises par le canal auditif) et le matériel non-verbal (unités transmises via le canal visuel). La conversation découle alors

d'une notion de multicanalité, en effet, les interlocuteurs utilisent et s'appuient sur des aspects verbaux et non-verbaux pour l'élaborer (Cosnier, 1996; Kerbrat-Orecchioni, 1998). Nous ne décrivons ici que les unités abordées dans notre étude, à savoir : le débit, la prosodie, le contact visuel, les expressions faciales, les tours de parole, la gestion des thèmes ainsi que la quantité et la qualité de l'information.

1.1 Matériel para-verbal

Parmi les unités accompagnant le matériel verbal transmises par le canal auditif, nous retiendrons particulièrement les aspects rythmiques (débit, pauses) et prosodiques (intonation et intensité) sur lesquels portera notre étude. Ces unités revêtent des fonctions expressives.

1.1.1 Débit

Le débit concerne la distribution temporelle des éléments de la chaîne parlée, plus ou moins rapide selon les locuteurs. Il est ainsi lié à une notion de rythme, et varie selon les locuteurs et les langues (Rouas, Farinas, & Pellegrino, 2004). Le débit peut être mesuré de façon strictement quantitative, en nombre d'unités de parole par unité temporelle. Cependant, d'après Zellner (1998), certains aspects qualitatifs sont à prendre en compte dans la définition du débit telles que les pauses silencieuses ou la longueur des segments verbaux. De plus, les enchaînements et liaisons dans les énoncés influencent le débit, qui semble alors très lié aux aspects prosodiques de la parole.

1.1.2 Prosodie

La prosodie se définit comme étant « l'ensemble des traitements cognitifs qui permettent d'exprimer ou de comprendre pleinement le message verbal à partir de l'utilisation des aspects suprasegmentaux de la parole » (Joanette, 2004, p.13). En effet, dans le discours, de nombreuses variations d'intonation, d'intensité vocale, et de rythme (pauses, accélérations, etc.) peuvent être observées. Ces éléments significatifs participent à la bonne transmission et réception du message oral. Ainsi, la prosodie permet (Cosnier & Kerbrat-Orecchioni, 1991; Fontaney, 1991) de structurer le discours (lier les parties entre elles, souligner l'argumentation), d'indiquer les sentiments en lien avec le thème de la conversation et d'introduire des effets d'ironie ou d'insinuation. Elle permet de mettre en exergue des éléments importants ou de montrer son attention au discours de l'interlocuteur. La prosodie participe également à l'organisation et la régulation des tours de parole. Enfin, elle remplit une fonction grammaticale en appariant à une forme linguistique une fonction communicative. Par exemple, un point d'interrogation en fin de phrase se traduit par une intonation montante à l'oral.

Il convient alors de distinguer la prosodie linguistique et la prosodie émotionnelle. La prosodie linguistique regroupe trois phénomènes : l'accentuation lexicale, qui suit les règles d'accentuation de la langue, et porte toujours sur la dernière syllabe en français ; l'accentuation emphatique, qui permet d'exprimer l'importance accordée à un mot dans la phrase ; et l'expression des modalités, permettant d'exprimer le sens d'une phrase (interrogative, directive, affirmative) (Joanette, 2004). La prosodie émotionnelle permet au locuteur d'exprimer différentes émotions (joie, tristesse, colère, etc.) grâce aux variations d'intonation notamment (Cosnier & Kerbrat-Orecchioni, 1991; Joanette, Goulet, & Hannequin, 1990).

1.2 Matériel non verbal

Le matériel non verbal regroupe les unités transmises via le canal visuel. Elles permettent d'apporter des éléments nouveaux au contenu verbal, d'illustrer certains éléments ou de

transmettre une émotion. De plus, ces unités interviennent dans la planification du discours du locuteur (Cosnier & Brossard, 1984). L'apparence physique, la distance entre les interlocuteurs, les postures, les gestes et notamment le contact visuel et les mimiques permettent d'établir et de maintenir le contact (Mehrabian, 1972). Le matériel non verbal est d'une importance capitale notamment pour la gestion des tours de parole et est indispensable pour la production d'un discours conversationnel de qualité. En effet, il donne à l'interlocuteur l'envie de poursuivre l'interaction. Selon la culture, la langue, les relations qu'entretiennent les interlocuteurs entre eux ou encore leur personnalité, les caractéristiques non-verbales de la communication sont différentes.

1.2.1 Contact visuel

Le contact visuel, d'abord, peut être réciproque ou mutuel : ceci implique un contact visuel établi entre deux individus (Cook, 1977). Il s'établit de manière fragmentée dans le temps et est difficilement maintenu au cours de l'échange (Cosnier & Brossard, 1984). Il permet la recherche de feedback et d'informations (le locuteur s'informe sur la perception de son discours par l'interlocuteur) mais participe également à la distribution de la parole. Ainsi, le locuteur ne regarde pas son interlocuteur en permanence : le contact visuel revêt alors une valeur de signal autorisant ce dernier à prendre son tour de parole (Argyle & Dean, 1965). La quantité de contact visuel est variable selon les individus. Cependant, de manière générale, lorsque la personne est en position de locuteur elle regardera moins son interlocuteur que lorsqu'elle sera en position d'écoute. En effet, lors d'un énoncé long, qui dure plus de cinq secondes, le locuteur détourne le regard ce qui lui permet de planifier son discours et de mettre en mots sa pensée (Kendon, 1967).

1.2.2 Expressions faciales

Les expressions faciales, ou mimiques, sont les témoins de l'état émotionnel de l'individu, elles permettent d'illustrer ou de connoter son discours et son ressenti par le biais de gestes et d'attitudes (Brin, Courrier, Lederle, & Masy, 2004). Elles présentent une force communicative et entrent en jeu dans l'établissement et le maintien de la relation entre deux individus. Il est important de différencier les expressions faciales des émotions qui leur sont souvent associées. En effet, les émotions peuvent également être transmises par le biais de la voix, des gestes, du regard ou encore la posture du locuteur. Par ailleurs, les expressions faciales ne se limitent pas à l'illustration des émotions, elles peuvent également découler d'un état d'esprit (fatigue, réflexion), d'une activité physiologique (douleur, chaleur) ou de la communication non verbale (clin d'œil).

2 Les règles conversationnelles

Malgré sa familiarité et spontanéité la conversation est régie par un ensemble de règles dépendantes du contexte de communication. Il s'agit de règles tacites, implicites. Kerbrat-Orecchioni (1996) définit trois catégories de règles conversationnelles :

- ✓ Les règles régissant l'alternance des tours de parole.
- ✓ Les règles régissant l'organisation structurelle du discours conversationnel (structure discursive, gestion des thèmes, quantité et qualité de l'information).
- ✓ Les règles définissant les relations interpersonnelles.

2.1 Règles régissant l'alternance des tours de parole

Les tours de parole désignent le mécanisme régissant l'alternance des prises de parole et la contribution de chaque interlocuteur au sein d'un échange conversationnel (Maingueneau, 1996). Il s'agit d'un mécanisme dynamique permettant une synchronisation interactionnelle entre les participants. En effet, le locuteur commence à parler précisément quand son interlocuteur s'arrête de parler, terminant ainsi son tour de parole (Kerbrat-Orecchioni, 1992). Pour savoir qu'il peut prendre son tour de parole, le locuteur peut se baser sur des indices verbaux (éléments morphosyntaxiques), vocaux (prosodie, pauses) et mimo-gestuels (Cosnier & Brossard, 1984; Kerbrat-Orecchioni, 1996). Ainsi, les prises de paroles s'enchaînent, les silences et chevauchements se font très brefs.

2.2 Règles régissant l'organisation structurelle du discours conversationnel

La structure du discours se définit à trois niveaux (Van Dijk & Kintsch, 1983) : niveau de représentation global, modèle mental reliant un ensemble cohérent d'informations, la microstructure, information linguistique liée à la syntaxe et la cohésion (Tompkins, Klepousniotou, & Scott, 2013) et la macrostructure.

Le concept de macrostructure représente le contenu global, le thème général, le message central d'un discours. Il s'agit d'une description sémantique abstraite du discours reflétant sa cohérence globale. Cette dernière permet de percevoir le discours comme un tout formé d'un thème, d'une idée générale, de conséquences et de divers objectifs (Myers & Blake, 2008; van Dijk & Kintsch, 1983). L'élaboration de la macrostructure du discours découle de la capacité à faire des inférences, sélectionner, interpréter et mettre en lien les informations au sein d'un contexte en lien avec un thème général (Myers & Blake, 2008).

En situation de conversation, une gestion cohérente des thèmes par les interlocuteurs est nécessaire à la bonne progression de l'échange. Cette gestion résulte d'une collaboration entre les participants : les thèmes doivent être introduits, maintenus et clôturés de manière coordonnée entre les interlocuteurs (Lesser & Milroy, 1993).

Par ailleurs, le locuteur doit pouvoir adapter son discours aux situations de communication en respectant les règles conversationnelles et en fournissant un effort de coopération. Cet effort de coopération se décline en quatre maximes conversationnelles spécifiques et complémentaires définies par Grice et Kant (1979) : la maxime de quantité / exhaustivité (dire autant que nécessaire, mais pas plus), celle de qualité / sincérité (ne pas affirmer ce qui est considéré comme faux, être vrai, véridique), celle d'informativité / pertinence (être informatif, dire des choses à propos) et celle de modalité / manière (s'exprimer sans ambiguïtés, parler dans le ton qui convient).

Ainsi, plusieurs habiletés sont requises pour une communication efficace. Elles constituent ce que Hymes (1984) nomme « la compétence communicative » : connaissances linguistique, capacité d'adaptation du discours au contexte communicationnel, traitement des informations paralinguistiques (informations para-verbales et non-verbales), état psychologique de l'individu, effort de la collaboration. Une lésion cérébrale peut invalider spécifiquement ces aspects particulièrement suite à une lésion hémisphérique droite. Pourtant, l'intérêt pour ces troubles pragmatiques-communicationnels chez les patients cérébrésés droits (CLD) est récent.

II Lésions cérébrales droites : contexte historique et théorique

Jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle, une distribution symétrique des fonctions cérébrales est admise. Cependant, dès 1836, Dax constatant des troubles du langage associés chez les patients atteints d'hémiplégie droite, introduit le principe de latéralisation hémisphérique. De son côté, Broca, en 1865, confirme le rôle privilégié de l'hémisphère gauche pour le langage verbal, suite à une autopsie du cerveau réalisée sur un patient aphasique. Ainsi, pendant près d'un siècle, la dominance hémisphérique demeurera le concept théorique de référence. Il faudra attendre les années soixante pour que le rôle de l'hémisphère droit dans le langage chez les droitiers soit évoqué par différents auteurs tels que Gazzaniga, Eisenson, Weinstein, etc. (Joanette, 2004). A la même époque, Critchley (1962) observe une altération des « habiletés fines » langagières chez les individus ayant subi une atteinte cérébrale droite. Cependant, limités par les conceptions théoriques contemporaines et le manque d'outils, les cliniciens ne parviennent pas à fournir une description précise de la participation de l'hémisphère droit dans le domaine langagier (Joanette, Ferré, & Wilson, 2013). Dès lors, les études expérimentales se multiplient permettant ainsi de confirmer les observations cliniques précédentes.

Dans les années soixante, les concepts traditionnels de communication sont élargis du fait d'une incompatibilité entre connaissances antérieures et nouvelles découvertes. Le concept de communication n'est plus seulement restreint à la parole et au langage, mais il englobe désormais le langage corporel et les aspects non-verbaux. La notion de pragmatique est alors introduite.

La combinaison de travaux portant sur le rôle de l'hémisphère droit et d'autres sur la notion de communication a contribué à progressivement nuancer le concept de dominance hémisphérique au profit d'une complémentarité entre les deux hémisphères (Joanette et al., 2013; Myers, 1999).

Actuellement, il est admis que les deux hémisphères cérébraux sont essentiels à une communication verbale fonctionnelle. L'hémisphère gauche traite plus particulièrement de la forme du langage (phonologie, lexique, morphosyntaxe), tandis que l'hémisphère droit traite, outre les aspects sémantiques, préférentiellement les composantes prosodique, discursive et pragmatique du langage. Ainsi, les patients CLD, contrairement aux patients aphasiques, peuvent présenter une atteinte de la communication, et non des aspects linguistiques tels que la phonologie et la syntaxe (Abusamra, Côté, Joanette, & Ferreres, 2009; Blake, 2010). Cette atteinte communicationnelle est retrouvée dans au moins 50% des cas suite à une lésion cérébrale droite (Benton & Bryan, 1996). Pour désigner ces patients cérébrolésés droits présentant une atteinte communicationnelle, nous utiliserons le sigle CLD*. Il existe une grande hétérogénéité des atteintes cognitivo-communicatives : différents profils d'atteintes ont été décrits, incluant une ou plusieurs composantes communicationnelles déficitaires. Malgré cette variabilité interindividuelle, pour chacun des profils décrivant une atteinte de la communication, une altération du discours, à laquelle nous nous intéresserons par la suite, est rapportée (Ferré et al., 2009).

III Troubles cognitivo-communicationnels en cas de lésion hémisphérique droite

Chez les patients CLD*, les troubles langagiers sont surtout mis en évidence en situation de communication complexe, nécessitant le traitement verbal et non-verbal de multiples informations, ou en situation non naturelle comme les tâches d'évaluation orthophonique nécessitant de réaliser des raisonnements ou des jugements explicites (Blake 2001, citée par Ferré, Ska, Lajoie, Bleau, & Joannette, 2011; Myers & Blake, 2008). Ainsi, le discours conversationnel, qui constitue la situation de communication la plus complexe, est altéré chez plus de 40% des patients CLD* (Joannette et al., 2013) et apparaît alors comme une priorité pour la rééducation orthophonique des patients CLD* présentant une atteinte de la communication. Nous décrivons d'abord les troubles affectant les éléments para-verbaux et non-verbaux et les règles conversationnelles. Nous évoquerons également les autres aspects cognitifs pouvant être altérés en cas de lésion hémisphérique droite ainsi que les hypothèses cognitives pouvant expliquer les troubles pragmatiques-communicationnels des patients CLD*.

1 Matériel para-verbal

Chez les patients CLD*, les deux types de prosodie (linguistique et émotionnelle) peuvent être touchés, tant en réception qu'en production, la prosodie émotionnelle semblant plus affectée que la prosodie linguistique (Myers & Blake, 2008). Cependant, il convient de rester prudent concernant cette donnée car il n'existe aucun consensus actuellement.

Généralement, les auteurs décrivent des patients avec une voix monotone caractérisée par un aplanissement de la courbe prosodique, ainsi qu'un débit atypique ou trop lent et des pauses anormales entre les mots (Blonder, Pickering, Heath, Smith, & Butler, 1995; Pell, 2006). Ces troubles du traitement prosodique constituent une gêne dans les interactions quotidiennes. En effet, associées à un manque d'expressivité faciale, ces altérations entraînent fréquemment une impression d'expression dépressive ou neutre chez les interlocuteurs de ces patients. Il existe une dissociation, difficile à comprendre pour les proches, entre la façon dont ces patients s'expriment et le sentiment qu'ils ressentent effectivement (Joannette et al., 2013). Par ailleurs, les patients CLD* présentent des difficultés à utiliser la prosodie pour identifier les émotions de leur interlocuteur, ce qui peut entraîner une perturbation de l'échange et des relations interpersonnelles avec leur entourage (Blonder et al., 1995; Pell, 2006).

L'atteinte de la prosodie linguistique chez les patients CLD* toucherait principalement les modalités, tant sur le plan expressif que réceptif, affectant ainsi la bonne transmission et compréhension du message verbal (Joannette, 2004). Ces patients présentent notamment des difficultés dans l'interprétation de la prosodie linguistique en l'absence de forme syntaxique informative, ainsi qu'une altération de l'intonation linguistique due à l'aplanissement de la courbe prosodique (Saléon-Terras, 2008).

2 Matériel non-verbal

Les aspects non-verbaux permettent, par le biais du contact visuel et des expressions faciales notamment, de communiquer des émotions et des états d'esprit nécessaires à la bonne transmission d'un message en conversation. En cas de lésion cérébrale droite, ces aspects peuvent être altérés (Abusamra et al., 2009; Blonder et al., 2005). En effet, le contact

visuel des patients CLD* est régulièrement décrit comme inconstant voire absent en situation de conversation (Chantraine, Joannette, & Ska, 1998; Myers, 1999)

De plus, les patients CLD* présentent des difficultés à interpréter et exprimer les émotions en se basant sur les expressions faciales, la prosodie et les mots chargés émotionnellement (Barnes & Armstrong, 2010; Myers & Blake, 2008). Pour comprendre les émotions, il faut pouvoir utiliser les infos contextuelles et extralinguistiques et réaliser des inférences. Ces capacités étant altérées chez les patients CLD*, ces derniers présentent des difficultés à interpréter les émotions, et notamment les expressions faciales les représentant.

Par ailleurs, les patients CLD* peuvent présenter des réponses émotionnelles diminuées, voire inexistantes : ils utilisent moins de mots chargés émotionnellement, ont des réactions physiques émotionnelles moins intenses que ce soit lors de tâches d'évaluation ou en conversation naturelle (Blonder et al., 2005; Myers & Blake, 2008; Shammi & Stuss, 1999).

3 Règles conversationnelles

Ferré et al. (2011), dans leur revue de littérature, mettent en évidence les difficultés des patients CLD* à mener l'échange verbal par manque de prise en compte des règles conversationnelles et de leur partenaire de communication. Ils présentent des difficultés à se mettre à la place de leur interlocuteur et à traiter les repères conversationnels (Tompkins et al., 2013).

3.1 Structure du discours

3.1.1 Macrostructure et microstructure

De manière générale, les patients CLD* présenteraient des troubles affectant essentiellement la macrostructure du discours ; la microstructure, pouvant également être affectée (Monetta & Champagne, 2004; Tompkins et al., 2013). Les capacités à faire des inférences, sélectionner, interpréter et mettre en lien les informations au sein d'un contexte en lien avec un thème général seraient altérées chez les patients CLD*, entraînant ainsi des difficultés tant dans la production que dans la réception de la macrostructure du discours (Myers & Blake, 2008; Tompkins et al., 2013).

Ainsi, Joannette et al. (2013), évoquent une difficulté à rapporter une histoire dans son ensemble, en faire la synthèse et en dégager l'idée principale. Les auteurs notent que cette difficulté survient généralement en l'absence de troubles mnésiques (Titone, Wingfield, Caplan, Waters, & Prentice, 2001). En production, les patients CLD* produisent peu de concepts centraux ou oublient des éléments structurels importants des scripts produits (Myers & Blake, 2008; Tompkins et al., 2013). Leur discours est souvent caractérisé par une perte de la cohérence globale mise en évidence par de nombreuses contradictions, absence de relation et de progression dans le discours. Par ailleurs, ils présentent également un discours tangentiel et autocentré (Blake, 2006) : de nombreuses anaphores, digressions et commentaires personnels sont ainsi relatés (Blake, 2006; Tompkins et al., 2013). De plus, les patients CLD* présentent des difficultés d'évocation lexicale, assez discrètes en conversation ou en tâche de dénomination, mais qui se retrouvent au niveau du discours. Enfin, ces patients sont en difficulté lors d'une tâche de fluence lexicale libre : leur évocation est plus lente, ils produisent moins de mots que les patients contrôles, manquent de stratégie, et activent des mots distants et moins prototypiques (Beausoleil, Fortin, Le Blanc, & Joannette, 2003).

3.1.2 Gestion des thèmes

Concernant la gestion des thèmes, les patients CLD* sont plus dépendants de leurs partenaires de communication pour l'introduction, le maintien et la clôture des thèmes. En effet, ils introduisent moins de thèmes et fournissent moins d'opportunités à leur interlocuteur d'intervenir, d'enrichir l'échange ou de changer de thème (Hird & Kirsner, 2003). Les changements de thème peuvent se faire de manière abrupte ou par un glissement tangentiel. Par ailleurs, ils peuvent initier un nouveau thème sans en informer l'interlocuteur. Ces difficultés peuvent gêner l'échange, la gestion des thèmes résultant de la collaboration des deux partenaires de communication (Lesser & Milroy, 1993).

3.1.3 Informativité

Les patients CLD* peuvent présenter une atteinte de l'informativité : pour la même quantité de mots et de phrases produits que des patients contrôles, ils transmettent moins d'informations (Blake, 2006). Ils vont avoir tendance à se répéter, faire des commentaires non pertinents et transmettre des concepts et des informations peu précis (Myers & Blake, 2008), affectant ainsi les maximes de manière et de relation décrites par Grice.

Dans la littérature, des résultats hétérogènes concernant l'informativité de ces patients sont rapportés. La maxime de quantité de Grice n'est pas respectée : certains individus parlent beaucoup et fournissent trop d'informations et de détails alors que d'autres parlent peu, fournissent des concepts incomplets et donnent le minimum d'éléments nécessaires à la transmission de l'information (Blake, 2010; Blake, 2006). En effet, ils sont moins sensibles aux besoins de l'interlocuteur concernant la quantité et le type d'informations à fournir (Tompkins et al., 2013).

3.2 Tours de parole

Les patients CLD* présentent des difficultés dans la gestion des tours de parole se manifestant par des ruptures dans les tours de parole, ainsi qu'un manque de considération des savoirs partagés avec leur partenaire de communication (Chantraine et al., 1998; Cocks, Hird, & Kirsner, 2007). De plus, ils auraient tendance à prendre plus de tours de parole dans la conversation que leur partenaire (Kennedy, Strand, Burton, & Pertersen, 1994) et à continuer de parler même si l'interlocuteur clôt l'échange (Tompkins et al., 2013).

4 Aspects cognitifs

Il est important de mentionner que d'autres aspects cognitifs que les aspects communicationnels peuvent être altérés en cas de lésion hémisphérique droite. Il conviendra de les prendre en considération, de les objectiver lors de l'évaluation des patients mais également lors de l'adaptation de leur prise en charge.

En cas de lésion droite, certains patients peuvent sembler moins attentifs et moins alertes. Ils présenteraient ainsi des déficits attentionnels pouvant toucher l'orientation et le maintien attentionnel, la vigilance, l'attention sélective et divisée. Les aspects pragmatiques et extralinguistiques de la communication étant fortement liés aux capacités attentionnelles, les patients CLD* peuvent alors présenter des difficultés à prendre en compte les éléments contextuels et inhiber les distracteurs pour ne sélectionner que les informations pertinentes (Myers & Blake, 2008). De plus, l'héminégligence gauche est fréquemment rencontrée en cas d'atteinte cérébrale droite. Elle affecte la partie de l'espace controlatérale à la lésion cérébrale au niveau perceptif, attentionnel et de l'action (Heilman, Watson, & Valenstein, 1985). Ce

trouble a un impact négatif sur la récupération et l'autonomie dans la vie quotidienne, et est fréquemment associé à un déni des déficits dans l'hémicorps négligé (Myers, 1999).

Si l'anosognosie apparaît souvent conjointement à une hémignégligence, elle peut également se manifester de façon isolée. Ce manque de conscience des troubles est très souvent retrouvé chez les patients CLD* (Hartman-Maier, Soroker, Ring, & Katz, 2002), qui ont tendance à surestimer leurs capacités fonctionnelles quotidiennes et sous-estimer leurs déficits (Tompkins, 1995). La présence d'une anosognosie peut impacter l'engagement des patients CLD* dans la rééducation, et se répercuter sur leurs capacités à interagir en situation de communication.

Enfin, des déficits des fonctions exécutives sont fréquemment observés chez ces patients : troubles de l'organisation, de la planification, du séquençage, ou de l'inhibition pouvant se répercuter de façon directe ou indirecte sur les capacités de communication (Blake, 2010; Ferré, Ska, et al., 2011).

5 Hypothèses cognitives des troubles communicationnels

La conversation, particulièrement altérée chez les patients CLD*, est une activité très complexe dépendant de nombreux facteurs. Ainsi, dans la littérature, plusieurs processus cognitifs sous-jacents pouvant déterminer les troubles de la communication verbale des patients CLD* sont décrits. Cependant, il n'existe actuellement aucun consensus, les différents auteurs n'émettent que des hypothèses. Effectivement, des discussions persistent concernant l'existence ou non d'un lien de causalité entre troubles cognitifs et troubles communicationnels chez ces patients. Deux de ces hypothèses pourraient expliquer les déficits conversationnels des patients CLD*.

5.1 Hypothèse de l'utilisation du contexte

En situation de communication, il est nécessaire de se référer à l'information contextuelle afin de pouvoir faire les bonnes interprétations en intégrant des indices multiples. En effet, la prise en compte du contexte est essentielle en communication afin d'intégrer les informations véhiculées par les gestes, la prosodie, les expressions faciales, ou encore les mots et leurs différents sens (Myers & Blake, 2008). C'est en cela que la situation de conversation apparaît comme particulièrement complexe.

Les patients CLD* pourraient avoir des difficultés à former un tout à partir des différentes informations perçues (Martin & McDonald, 2003), du fait d'une lésion droite altérant leur capacité à prendre en compte l'information contextuelle en conversation (Siéroff & Aulair, 2002).

5.2 Hypothèse des ressources cognitives

De manière générale, la quantité d'informations pouvant être traitée par un individu est limitée ; en cas d'interférences, des diminutions de performances sont observées. Les ressources cognitives constituent ainsi un système à capacités limitées (Monetta & Champagne, 2004). Concernant les patients CLD* plusieurs déficits cognitifs sous-jacents déterminant les troubles de la communication verbale ont pu être évoqués.

Les comportements discursifs nécessitant pour l'individu de porter et de maintenir son attention sur plusieurs informations à la fois, un déficit attentionnel pourrait expliquer les troubles discursifs des patients CLD* (Monetta & Champagne, 2004; Tompkins et al., 2013).

Par ailleurs, de nombreux auteurs mettent en avant un hypothétique lien entre les déficits des fonctions exécutives et les déficits communicationnels des patients CLD* (Joanette et al., 2013).

IV Prise en charge orthophonique

Nous aborderons dans cette partie les différentes problématiques auxquelles sont confrontés les orthophonistes concernant la prise en charge de ces patients ainsi que les moyens et pistes dont ils disposent actuellement.

1 Evaluation orthophonique

L'évaluation en orthophonie permet de dépister, décrire et diagnostiquer les troubles de la communication (Côté, Moix, & Giroux, 2004). Pour cela, il est nécessaire de prendre en compte différents facteurs tels que le type d'atteinte, l'état du patient, son âge, sa conscience du trouble et sa motivation, son niveau socioculturel, son entourage, l'impact fonctionnel de ses troubles, mais surtout son niveau antérieur (Côté et al., 2004; Tompkins et al., 2013).

1.1 Les obstacles à l'évaluation orthophonique des patients CLD*

Les auteurs rapportent de nombreux obstacles à l'évaluation orthophonique des troubles communicationnels des patients CLD*. Tout d'abord, ces troubles sont hétérogènes, souvent peu manifestes et discrets, difficiles à mettre en évidence lors d'une simple conversation par des personnes non expertes. Ces patients sont donc peu orientés vers un orthophoniste, ou alors, le sont pour des troubles associés parfois prioritaires ou plus facilement identifiables (dysarthrie, dysphagie, paralysie faciale, etc.). De plus, du fait de leur manque de conscience du trouble, ils expriment rarement de plainte à ce sujet, et n'émettront pas toujours de demande spontanée de prise en charge (Côté et al., 2004; Myers, 1999). Ainsi, évaluer leur degré de conscience du trouble semble être le point de départ de l'évaluation des capacités cognitives des patients CLD* permettant alors d'orienter l'intervention. Actuellement, il existe des questionnaires de conscience du trouble concernant les capacités communicationnelles des patients. Cependant, la plupart s'intéressent aux patients cérébrolésés gauches. Un petit nombre de questionnaires sont adaptés aux profils d'atteinte de la communication des patients cérébrolésés droits, comme l'adaptation francophone de la Trobe Communication Questionnaire (Douglas, Bracy, & Snow, 2007). Ils sont proposés aux patients pouvant présenter une anosognosie (traumatisme crânien, lésion cérébrale acquise, pathologie neurodégénérative) et à leur aidant pour permettre la comparaison de leurs observations et ainsi l'estimation du niveau de conscience des troubles des patients.

1.2 Les outils d'évaluations actuels

Par ailleurs, du fait de l'intérêt récent pour les troubles communicationnels de cette population, un manque d'expertise clinique des orthophonistes dans ce domaine est rapporté. Associé à cela, les professionnels n'ont à leur disposition que peu d'outils francophones d'évaluation spécifiques et validés scientifiquement. En 2000, Duchêne crée un outil d'évaluation du versant implicite du langage d'un point de vue pragmatique : la Gestion de l'implicite. Ce test s'avère pertinent pour les patients CLD de haut niveau socioculturel (Duchêne, 2000). Quatre ans plus tard, Joanette et al. (2004), proposent une batterie d'évaluation spécifique à cette population, le Protocole Montréal d'Evaluation de la Communication (MEC). Ce protocole, permet de tester les aspects de la communication

pouvant être atteints en cas de lésion cérébrale droite. Il existe depuis 2011 une version réduite de ce protocole, le MEC de Poche, outil de dépistage rapide, pratique et complet, adapté aux milieux de soins aigus (Ferré, Lamelin, Côté, Ska, & Joannette, 2011).

La conversation est une situation de communication très complexe du fait de la mise en jeu d'aspect verbaux et non verbaux mais également émotionnels et motivationnels. Ces aspects sont rarement mis en évidence lors des épreuves d'évaluations orthophoniques, mais peuvent être affectés en cas de lésion droite (Sainson, Barat, & Aguert, 2014). Il apparaît donc nécessaire d'associer à une évaluation de la communication une observation structurée et rigoureuse des comportements communicationnels et ainsi de combiner des tâches structurées avec des tâches plus écologiques (Blake, 2010; Tompkins et al., 2013).

1.3 Apports de l'analyse de la conversation

Afin d'affiner cette évaluation des troubles communicationnels, certains auteurs mettent en avant l'intérêt d'utiliser les techniques d'analyse conversationnelle (AC) auprès de cette population (Barnes & Armstrong, 2010). L'AC, telle que définie par l'approche de Sacks et Schegloff (cités par Kerbrat-Orecchioni, 1996) est une méthode qualitative de l'analyse de conversations représentatives des interactions quotidiennes d'une personne. Elle constitue un bon support d'évaluation de la conversation car il s'agit d'une approche écologique et qualitative (Boles, 1998). Cependant, cette méthode semble peu adaptée à la réalité clinique du fait de l'importante charge de travail requise (Boles, 1998; Leopold, 2010). De plus, l'AC se centre sur trois thèmes principaux : initiation et tours de parole, réparations et gestion des thèmes (Kerbrat-Orecchioni, 1996) ; ce qui ne semble pas suffisant au vu des atteintes identifiées chez les patients CLD*.

Aujourd'hui, il existe plusieurs outils d'analyse de la conversation (Joannette et al., 2013). Cependant, ces outils sont souvent peu édités, peu validés scientifiquement et peu utilisés en clinique car nécessitant une observation et un temps d'analyse trop longs. Ils offrent néanmoins un support pour guider les orthophonistes dans leur observation informelle des déficits des patients CLD*. Dernièrement, un outil semblant répondre aux besoins des orthophonistes a été publié par Sainson et al. (2014) : la Grille d'Analyse Linguistiques d'Interaction libre (GALI). Cet outil d'évaluation interactif de la conversation sera présenté dans la partie expérimentation.

Malgré ces nombreux obstacles, l'évaluation reste une étape primordiale de l'intervention orthophonique auprès des patients CLD*. En effet, les troubles communicationnels retrouvés chez ces patients ont des conséquences négatives pouvant affecter leurs activités sociales, professionnelles et interpersonnelles et ainsi impacter considérablement leur vie quotidienne et celle de leurs proches constituant ainsi un réel handicap social (Abusamra et al., 2009; Côté et al., 2004). Par ailleurs, une évaluation de qualité permet de définir au mieux les besoins du patient et de son entourage et de hiérarchiser et organiser les objectifs de prise en charge.

2 Intervention orthophonique

D'après le modèle de la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé) (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2001), l'objectif premier d'une rééducation concernant un individu en situation de handicap est la participation sociale. En ce sens, il apparaît nécessaire d'offrir aux patients CLD* une prise en charge adaptée de leurs déficits communicationnels et interactionnels, en considérant l'environnement social dans lequel ils évoluent.

2.1 Evaluation de l'efficacité de l'intervention

Actuellement en quête de preuve d'efficacité, la pratique orthophonique se tourne de plus en plus vers l'Evidence Based Practice (EBP) ; littéralement « Pratique basée sur les preuves ». L'EBP prône l'importance d'utiliser les données de la recherche scientifique pour la prise en charge des patients (Durieux, Pasleau, & Maillart, 2012). En basant leur pratique sur les preuves scientifiques, les orthophonistes contribuent à l'évolution des pratiques professionnelles (Durieux et al., 2012), et sont capables d'argumenter leurs choix thérapeutiques auprès de leurs patients, de leurs proches et des autres professionnels. Il apparaît ainsi primordial de pouvoir proposer aux orthophonistes des méthodes d'intervention dont l'efficacité a été prouvée scientifiquement (Blake, Frymark, & Venedictov, 2013; Monfort, Juarez Sanchez, & Monfort Juarez, 2014).

Dans la littérature, l'AC apparaît comme un outil de mesure pertinent des changements communicationnels qualitatifs chez le patient après une thérapie (Beeke, Maxim, & Wilkinson, 2007), et constitue ainsi une mesure possible de l'efficacité de la prise en charge (Boles, 1998; Cosnier & Driot, 2009). En effet, pour pouvoir évaluer l'efficacité d'une intervention orthophonique proposée aux patients CLD*, il est nécessaire d'effectuer une analyse qualitative spécifique et précise concernant les éléments entraînés durant la thérapie. Cependant, au vu des inconvénients de l'AC évoqués plus haut, d'autres pistes d'outils d'évaluation de l'efficacité de l'intervention sont à explorer, telles que des grilles d'analyse plus facilement utilisables dans la pratique clinique.

2.2 Etat des lieux

L'intervention orthophonique se trouve confrontée aux mêmes obstacles que l'évaluation orthophonique, notamment celui du manque flagrant d'outils.

En effet, les orthophonistes manquent d'outils et de méthodes d'intervention spécifiques à cette population et validés scientifiquement pour les guider dans la prise en charge de ces patients (Blake, 2007; Gindri et al., 2014; Moix & Côté, 2004). Les orthophonistes sont ainsi amenés à utiliser des outils dédiés à d'autres populations de patients, tels les patients aphasiques, ou bien se voient dans l'obligation de développer des « outils maison », qui ne sont pas validés scientifiquement.

Cependant, certains principes directeurs ont été mis en avant pour guider les orthophonistes dans leur prise en charge des patients CLD*. Il n'existe pas encore de consensus quant aux processus sous-jacents pouvant expliquer les déficits des patients CLD*. Ainsi, il est préférable de privilégier une intervention centrée sur la tâche, visant directement les activités de la vie quotidienne de l'individu devenues problématiques suite à l'AVC, plutôt qu'une intervention centrée sur les processus (Myers, 1999). En 2005, Pautz définit les trois étapes primordiales de la rééducation des patients CLD* : la sensibilisation pour permettre la levée de l'anosognosie, la progression de la difficulté que ce soit au niveau de la tâche ou de la rétroaction fournie au patient et enfin, la considération des atteintes cognitives pour l'adaptation du matériel et de la prise en charge.

Par ailleurs, la littérature concernant la prise en charge des troubles cognitivo-communicatifs des patients traumatisés crâniens montre l'intérêt de l'utilisation d'une intervention de type métacognitif, qui aurait un impact sur les aspects entraînés en rééducation (Blake, 2007). Au cours d'une rééducation métacognitive, le patient est amené à réfléchir sur ses propres productions et réflexions (auto-questionnement, auto-évaluation) dans le but

d'acquérir de nouvelles stratégies internes et externes qu'il pourra utiliser dans vie quotidienne (Coelho (2005) cité par Patenaude, 2013). Ce type d'approche semble d'un intérêt particulier car les processus métacognitifs permettent la généralisation et le maintien des stratégies mises en place lors de la rééducation (Cicerone & Tupper (1991), cités par Patenaude, 2013). Cependant, peu d'études jusqu'alors ont exploré ce principe de rééducation auprès des patients CLD*. Il semble alors pertinent de se baser sur la littérature concernant les patients traumatisés crâniens, plus riche et apportant des preuves plus solides de l'efficacité d'une telle approche (Blake, 2007; Ferré et al., 2011).

En se basant sur ces différents principes et afin de répondre au manque d'outils nécessaires à la prise en charge des patients CLD*, l'équipe de recherche du laboratoire Yves Joannette a ainsi élaboré un programme d'intervention orthophonique spécifique, que nous décrirons par la suite.

Chapitre II

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

I Problématique

D'après la littérature, nous constatons qu'au moins 50% des patients victimes d'AVC droit présentent des troubles de la communication (Benton & Bryan, 1996). Ces perturbations, souvent associées à un manque de conscience du trouble, entraînent des difficultés dans les échanges discursifs en touchant notamment les aspects pragmatiques de la conversation, menant à des difficultés d'adaptation dans l'interaction quotidienne pour ces patients.

Actuellement, il n'existe aucun outil d'intervention ciblé et validé scientifiquement à disposition des orthophonistes pour la prise en charge de cette population. Ainsi, l'équipe québécoise du laboratoire Yves Joannette, a développé un programme d'intervention visant à la rééducation des aspects pragmatiques en contexte de conversation suite à un AVC droit (Ardisson & Besnardeau, 2007; Patenaude, 2013; Puzé, 2005; Vachon, 2012; Wilshire, 2003). Concernant ce programme d'intervention pour patients CLD*, l'étude de Patenaude (2013) présente de premiers résultats encourageants. Cependant, il nous semble pertinent d'associer à des épreuves d'évaluation de la communication en pré et post intervention, une analyse détaillée des aspects pragmatiques de la conversation basée sur un outil clinique.

De cette réflexion découle notre question de recherche :

Un programme d'intervention visant à la rééducation des troubles discursifs consécutifs à un AVC droit permet-il l'amélioration des comportements pragmatiques-communicationnels des patients cérébrlésés droits?

II Hypothèses

1 Hypothèse générale

Nous nous attendons à ce que le programme d'intervention orthophonique expérimental permette une amélioration des habiletés pragmatiques-communicationnelles de la personne cérébrlésée droit entraînées dans le programme.

2 Hypothèses opérationnelles

Hypothèse 1 : Nous nous attendons à observer une amélioration quantitative des résultats de la participante aux épreuves d'évaluation de la communication entre les évaluations pré et post intervention. Si le programme est spécifique, cette amélioration sera davantage marquée pour les résultats aux épreuves correspondant aux habiletés entraînées, alors que les résultats concernant les habiletés non entraînées resteront inchangés ou ne montreront pas d'amélioration significative.

Hypothèse 2 : Nous nous attendons à observer une amélioration qualitative, jugée par les observateurs et évaluée par un outil d'évaluation interactif de la conversation, des habiletés entraînées dans le programme d'intervention entre les évaluations pré et post intervention, alors qu'il n'y aura pas d'évolution des habiletés non entraînées.

Hypothèse 3 : Nous nous attendons à ce que l'amélioration qualitative et quantitative des résultats obtenus par la participante aux épreuves d'évaluation de la communication et l'outil d'évaluation interactif de la communication soit liée aux observations recueillies dans un questionnaire de conscience du trouble.

Chapitre III

PARTIE EXPERIMENTATION

Dans cette partie, nous présenterons le déroulement de nos expérimentations. Nous décrirons les étapes de recrutement des participants, les différents outils utilisés et la procédure choisie pour la réalisation de notre protocole de recherche.

I Participants

Suite à l'établissement de critères d'inclusion et de non-inclusion, nous avons procédé au recrutement de notre population. Nous décrivons ici le profil de la participante retenue pour cette étude de cas.

1 Critères d'inclusion et de non-inclusion

1.1 Critères d'inclusion

Les patients pouvant participer à l'étude doivent être des adultes droitiers, ayant subi un AVC droit. La langue d'éducation ou langue maternelle doit être le français. Les participants doivent être stables sur le plan médical, tel que rapporté dans leur dossier médical, et se trouver à plus de six semaines de distance de leur AVC. Ils doivent présenter une atteinte pragmatique avérée par une évaluation orthophonique, d'au moins deux des sept aspects entraînés lors du programme. Ils ne doivent pas avoir suivi d'intervention orthophonique avant la participation au protocole de recherche. Ils doivent être volontaires pour participer à une thérapie orthophonique individuelle. Enfin, les patients doivent bénéficier d'un séjour d'au moins cinq semaines consécutives en centre de réadaptation pour pouvoir bénéficier du programme de rééducation intensif.

1.2 Critères de non-inclusion

Les sujets ne doivent pas présenter d'atteinte de l'hémisphère gauche, ni aucun autre trouble neurologique. Les participants souffrant d'une dépendance aux drogues ou à l'alcool, d'une dépression traitée médicalement seront aussi exclus de la participation au projet.

2 Constitution de la population

L'équipe du CRIUGM et les établissements participant à l'étude ont assuré le recrutement des participants répondant aux critères d'inclusion et de non-inclusion ainsi que des orthophonistes participant au protocole de recherche grâce à des collaborations avec les équipes des milieux cliniques de Montréal : Institut de Réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal (IRGLM), Hôpital de Réadaptation Villa Medica (HRVM) et Centre de Réadaptation Lucie-Bruneau (CRLB). Les participants ont signé le formulaire d'information et de consentement approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'IUGM et le Centre de Recherche Interdisciplinaire en Réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR).

Deux participantes correspondant aux critères d'inclusion ont été recrutées et ont pu bénéficier de l'ensemble du programme d'intervention. Les contraintes imposées par les critères d'inclusion et la réalité clinique actuelle, notamment l'allophonie fréquente à Montréal ainsi que les durées de séjour en centre de réadaptation trop courtes pour la tenue complète du programme d'intervention, ont limité le recrutement de patients et n'ont pas permis d'atteindre un nombre suffisant de participants pour une étude de cas multiple. N'existant à ce jour pas de méthodologie validée concernant l'intervention orthophonique de remédiation du discours conversationnel des patients CLD*, une étude de cas unique a été déterminée

comme la méthodologie expérimentale la plus adaptée pour statuer sur nos hypothèses. Il s'agit d'un format d'étude adapté à l'analyse des habiletés pragmatiques et l'évaluation de l'efficacité des traitements (Bloom & Obler, 1998). En effet, c'est un format qui permet de voir l'impact d'un nouveau traitement sur une population très réduite afin d'avoir de premiers résultats avant de réaliser une étude à plus grande échelle, impliquant des moyens nécessairement plus importants.

3 Description de la participante : Mme BD

Mme BD est âgée de 44 ans au moment de l'intervention orthophonique. Elle est mère de trois filles et vit actuellement avec son conjoint et sa fille cadette. Elle a étudié jusqu'au secondaire 5 (Canada) ce qui correspond à la classe de seconde (France) soit dix ans d'études. Elle travaille en comptabilité comme commis aux comptes recevables et est très appréciée de ses collègues et de son employeur. Elle est très active à son domicile et s'occupe des tâches domestiques et administratives. Mme BD indique avoir peu de filtre social et manquer de tact occasionnellement avant son AVC.

Mme BD a subi un AVC ischémique de l'artère cérébrale moyenne droite le 09/06/2015, diagnostiqué au CT Scan réalisé le même jour. Ce sont les seules informations dont nous disposons, n'ayant pas eu accès aux données d'imagerie cérébrale. Elle a été hospitalisée au Montréal Neurological Institute (MNI) à Montréal pour traitement, mais n'a pas eu de thrombectomie. Elle a ensuite été admise à l'institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal le 22/06/2015 pour une réadaptation fonctionnelle intensive jusqu'au 07/08/2015. Elle a été intégrée à notre projet d'étude le 14/07/2015, soit six semaines après son AVC.

A son entrée en service de réadaptation, les examens paramédicaux révèlent une hémiparésie gauche, des troubles cognitivo-communicatifs modérés qui affectent la pragmatique sur le plan expressif et la compréhension sur le plan réceptif. Elle présente également une dysarthrie légère, par atteinte du motoneurone supérieur affectant l'hémiface gauche ainsi qu'une négligence visuelle gauche limitant l'évaluation à base de matériel visuel. Cependant, ses capacités d'orientation, de mémoire à long terme, de jugement, d'autocritique, et de tolérance à la frustration sont jugées intactes par l'équipe soignante.

II Matériel

Nous avons proposé à Mme BD le programme d'intervention expérimental proposé par l'équipe de recherche du laboratoire Yves Joanette. Afin d'évaluer l'évolution de ses habiletés pragmatiques-communicationnelles, nous avons réalisé une évaluation avant et après l'intervention constituée d'épreuves d'évaluation de la communication, d'un questionnaire d'évaluation de la conscience des troubles et d'une analyse de la conversation. Nous décrirons ici les différents outils utilisés dans cette étude.

1 Programme d'intervention

Depuis 2003, l'équipe québécoise du laboratoire Yves Joanette développe un programme d'intervention visant à la rééducation des aspects pragmatiques-communicationnels en contexte de conversation suite à un AVC droit.

1.1 Construction du programme d'intervention

Ce programme est le résultat de plusieurs travaux de recherche en orthophonie. Tout d'abord, Wilshire (2003) et Turcotte (2005) ont exploré les différents moyens d'intervention orthophonique pour cette population et ont débuté l'élaboration d'un outil d'intervention spécifique. Par la suite, Pauzé (2005) a proposé des principes directeurs d'une intervention, cités précédemment. En 2007, Ardisson et Besnardeau ont créé du matériel d'intervention repris par Vachon (2012) lors de la création du programme d'intervention. Enfin, Patenaude (2013) a mené une étude de cas pilote afin de tester son efficacité. Ces travaux ont abouti à l'élaboration d'un programme d'intervention expérimental structuré pour la rééducation des troubles pragmatiques-communicationnels des patients CLD*. La méthode de remédiation choisie est de type métacognitif et s'appuie sur la levée de l'anosognosie des patients. Il est à noter qu'il s'agit d'une thérapie directe, centrée sur le patient.

Il s'agit d'un programme expérimental visant à l'amélioration de sept aspects de la conversation pouvant être altérés en cas de lésion hémisphérique droite :

- ✓ Contact visuel
- ✓ Expressions faciales
- ✓ Débit de parole
- ✓ Prosodie
- ✓ Tours de parole
- ✓ Maintien du thème
- ✓ Quantité et qualité de l'information

Seuls les aspects déficitaires révélés lors de l'évaluation orthophonique initiale sont entraînés en séance. Les patients bénéficient donc de six à quatorze séances selon leurs difficultés initiales. En effet, chaque patient participera au minimum à six séances comprenant :

- ✓ Une première séance d'introduction au programme d'intervention : explication des troubles et leurs impacts, présentation des séances et du matériel.
- ✓ Trois séances minimum d'entraînement des habiletés altérées.
- ✓ Une séance finale pour reprendre toutes les habiletés entraînées.
- ✓ Une séance finale avec un proche pour reprendre toutes les habiletés entraînées et présenter les outils et attitudes de communication à adopter avec le patient CLD*.

Il s'agit d'un programme intensif de rééducation avec un orthophoniste, à raison d'une heure par jour trois à quatre jours par semaine.

1.2 Matériel

Afin de guider l'orthophoniste dans son intervention, une description du déroulé de chaque séance ainsi que divers outils (pictogrammes, saynètes filmées, exercices) sont mis à sa disposition. Par ailleurs, la volonté des auteurs étant de créer un programme d'intervention hiérarchisé, la difficulté des tâches et stimuli augmente progressivement afin de permettre au patient de progresser.

1.2.1 Pictogrammes

Afin d'illustrer chaque habileté conversationnelle entraînée des pictogrammes ont été créés. Il s'agit d'apporter un support visuel représentatif de l'habileté concernée. Par exemple,

l'image de l'eau qui déborde du verre représente un trop plein d'informations fourni par l'individu. Plusieurs exemples de ces pictogrammes sont disponibles en Annexe I.1. Les huit pictogrammes créés spécifiquement pour le programme d'intervention ont été testés par Vachon (2012) et sont cités dans le Tableau 1 ci-dessous :

Tableau 1

Description des Pictogrammes

Habilités entraînées	Pictogrammes représentatifs
Contact visuel	Image de lunettes
Expressions faciales	Images de masques – émotions (neutre, triste, joyeux)
Débit de parole	Images de trois mixeurs à trois vitesses différentes
Prosodie	Images de deux radios (une avec onde sonore active, l'autre avec une onde plate)
Tours de parole	Images d'un carrefour routier (une avec voitures accidentées au milieu, l'autre sans)
Maintien du thème	Images d'un jeu de fléchettes (une où la fléchette atteint le centre de la cible, l'autre où elle la manque)
Quantité et qualité de l'information	Image d'un perroquet (pour la répétition) Image de trois verres remplis à différentes hauteurs (pour la quantité d'information)

Ces pictogrammes ont également pour fonction d'apporter une rétroaction systématique (feedback visuel) au patient en situation en conversation. En effet, ce feedback codifié remplace le feedback naturel dont les patients CLD* ont rarement conscience (mimiques, mouvements de tête par exemple). Ce feedback permet au thérapeute d'exprimer une gêne ou un manque lors de l'échange. Lorsque le thérapeute introduit une nouvelle habileté à travailler, il présente le pictogramme qui lui est associé et l'utilise dans la séance. Par la suite, à chaque séance, tous les pictogrammes entraînés auparavant seront utilisés par le thérapeute, de manière cumulative.

1.2.2 Saynètes

Afin d'illustrer les habiletés entraînées dans le programme des saynètes ont été enregistrées. Chaque saynète porte sur une ou plusieurs habiletés conversationnelles. Il s'agit de courts extraits vidéo dans lesquels des acteurs jouent des scènes de la vie quotidienne. Un acteur joue la personne CLD*, illustrant ainsi le comportement communicationnel altéré, et un ou plusieurs autres jouent les proches de cette personne. Ainsi, dans la vidéo « téléphone » par exemple, l'acteur jouant la personne CLD* présente un débit trop rapide, ne laissant pas de place à son interlocuteur dans l'échange.

Ces saynètes sont utilisées dans le programme d'intervention pour favoriser la prise de conscience des troubles chez les patients CLD* et la nécessité d'adopter un comportement conversationnel adapté à la situation de conversation. Ainsi, le thérapeute propose au patient de visionner la saynète permettant de cibler l'habileté entraînée dans la séance, une première fois sans commentaires. Puis l'orthophoniste et le patient discutent de cette saynète : quel acteur présente une altération de la communication ? Quelle est-elle ? Quels sont les impacts de cette altération sur leur échange ? Ensuite, le patient visionne de nouveau la saynète en pointant le pictogramme représentatif de l'habileté afin d'identifier les moments où l'altération

communicationnelle est présente. L'orthophoniste arrêtera la vidéo à plusieurs reprises pour discuter ou mettre en avant certains éléments pertinents de l'extrait.

1.2.3 Exercices

Pour chaque habileté entraînée dans le programme d'intervention, plusieurs exercices et supports sont mis à disposition du thérapeute. Il peut s'agir de dialogues à jouer, de scènes illustrées à commenter, d'extraits vidéo ou audio à analyser, de phrases à énoncer selon une consigne précise, de textes à commenter, ou autres supports favorisant la mise en place d'une conversation. Ces supports de travail ont été élaborés par Ardisson et Besnardeau (2007). Ces exercices visent à fournir au patient une possibilité d'entraîner l'habileté conversationnelle ciblée dans un contexte structuré pour pouvoir ensuite l'appliquer en situation de conversation naturelle.

Pour chaque séance, il est laissé au thérapeute le choix des activités proposées parmi plusieurs, structurées de manière similaire, dans l'idée d'adapter l'intervention à chaque patient.

1.2.4 Extraits de conversation patient/ orthophoniste filmés

En fin de séance, l'orthophoniste propose à son patient un temps de conversation libre ou bien orienté sur un thème donné. Au cours de ces échanges, le thérapeute apporte une rétroaction systématique (feedback visuel via l'utilisation de pictogrammes) portant sur différents aspects pragmatiques impliqués dans le déroulement de l'échange. Par exemple, l'orthophoniste présentera le pictogramme « radio » s'il juge que l'intonation du patient est trop monotone. L'objectif étant que le patient régule son comportement conversationnel lorsque son interlocuteur lui signifie une gêne. Dans l'exemple précédent, l'objectif est que le patient module sa voix pour exprimer une émotion ou une caractéristique linguistique.

Ce temps d'échange est filmé lors de certaines séances pour être ainsi présenté au patient à la séance suivante. Il est ainsi amené à s'autoévaluer et prendre conscience de ses difficultés. Les pictogrammes lui sont proposés pour l'aider dans cette auto-évaluation : il pointe alors celui correspondant au comportement non-adapté. Au fil des séances, le patient disposera de plus en plus de pictogrammes et devra donc être attentifs à différents comportements. Lorsqu'un comportement inadapté n'est pas identifié par le patient, l'orthophoniste le pointera à sa place ou arrêtera la vidéo pour en discuter avec lui.

1.3 Construction des séances

Conformément aux principes directeurs ayant permis la construction du programme d'intervention, nous retrouvons pour chaque séance les mêmes étapes de progression :

- ✓ Identification du comportement entraîné grâce à l'utilisation de saynètes filmées et de pictogrammes (illustrer le comportement, échanger sur l'habileté).
- ✓ Prise de conscience grâce à la visualisation d'extraits de conversation du patient avec l'orthophoniste (auto-évaluation à l'aide des pictogrammes, échanges).
- ✓ Production du comportement entraîné au cours d'exercices ou d'une situation de conversation (mise en situation, entraînement).

Il s'agit de l'architecture de base de chaque séance. Par la suite, suivant l'avancée du patient dans l'entraînement des habiletés altérées, c'est le type d'activités et de stimuli qui va varier en difficulté. Le détail de trois séances est disponible en Annexe I.2.

Dans ce travail de recherche, c'est l'impact de la structure globale du programme d'intervention sur les habiletés pragmatiques-communicationnelles que nous souhaitons apprécier. Il s'agira d'étudier l'évolution des habiletés de la participante avant et après l'intervention proposée.

2 Evaluation cognitivo-communicationnelle : Protocole MEC

Afin d'évaluer l'évolution des habiletés pragmatiques-communicationnelles de la participante nous avons choisi d'utiliser le « Protocole Montréal d'Evaluation de la Communication » (MEC), outil de référence normé concernant l'évaluation des troubles des patients CLD. Cet outil a été créé en 2004 par l'équipe du CRIUGM (Joanette et al., 2004) et est « né du besoin clinique d'une évaluation approfondie, en langue française, des habiletés verbales de communication des CLD » (Saléon-Terras, 2008, p.22). Il permet d'évaluer les quatre aspects de la communication pouvant être atteints en cas de lésion hémisphérique droite : la prosodie, le discours, la sémantique et la pragmatique. Il a été normalisé sur 185 sujets témoins répartis en trois groupes d'âges et deux niveaux de scolarité. Il est composé de quatorze tâches qui sont présentées dans le Tableau 2.

Tableau 2
Epreuves du protocole MEC

Epreuves	Objectif
Prosodie linguistique – compréhension (/12)	Évaluent la composante prosodique
Prosodie linguistique – répétition (/12)	
Prosodie émotionnelle – compréhension (/12)	
Prosodie émotionnelle – expression (/18)	
Prosodie émotionnelle – répétition (/12)	
Interprétation de métaphores (/40)	Évaluent la composante lexico-sémantique
Evocation lexicale – critère libre	
Evocation lexicale – critère orthographique	
Evocation lexicale – critère sémantique	
Jugement sémantique (/24)	Évaluent la composante discursive
Discours conversationnel* (/34)	
Discours narratif (rappel /13 questions /12)	
Interprétation d'actes de langage indirects (/40)	Évaluent la composante pragmatique
Interprétation de métaphores (/40)	

*évalue également la composante pragmatique

Le protocole comprend également un questionnaire sur la conscience des troubles.

Dans cette étude, nous n'avons sélectionné que les épreuves suivantes qui sont en lien avec les habiletés communicationnelles entraînées par la suite dans le programme d'intervention. Toutes ces épreuves sont décrites en Annexe 2 :

- ✓ Les cinq épreuves évaluant la composante prosodique.
- ✓ Les trois épreuves d'évocation lexicale.
- ✓ Les deux épreuves évaluant la composante discursive.

Pour chaque épreuve, trois classes d'âge sont disponibles avec pour chacune une moyenne, un écart-type et un point d'alerte défini selon deux niveaux d'études (inférieur ou supérieur à 11 ans). Ceci nous permet de situer le score du patient par rapport à la norme. Une analyse qualitative peut venir compléter les résultats quantitatifs de chaque épreuve.

3 Questionnaire de conscience du trouble : La Trobe Communication Questionnaire

La Trobe Communication Questionnaire est un questionnaire de conscience du trouble créé initialement pour les patients traumatisés crâniens. Elle mesure la perception des habiletés de communication du patient en comparant les réponses au questionnaire fournies par le patient lui-même (LCQ-S) et par un proche (LCQ-O) (Douglas et al., 2007). Avec l'accord direct des auteurs, nous avons pu utiliser la version francophone du questionnaire. Tous les items du questionnaire sont disponibles en Annexe III.

Pour chacun des 30 items, une échelle de fréquence d'apparition des comportements de communication est proposée : 1 = jamais ou rarement, 2 = parfois, 3 = souvent, et 4 = généralement ou toujours. Après avoir expliqué l'échelle de cotation au patient, l'examineur lui lit les questions les unes après les autres et recueille sa réponse en entourant le chiffre correspondant. Le questionnaire destiné au proche lui est remis et il cotera seul, au domicile par exemple.

Ainsi, lorsqu'un item évoque une difficulté pour le patient ou un comportement peu adapté à une situation de conversation, le score se rapprochant le plus de la norme est 1. Par exemple, à l'item 17 « A des problèmes à utiliser son ton de voix pour faire passer le message », si le patient et/ou son aidant considèrent qu'il n'y a pas de difficulté à ce niveau, ils attribueront la note de 1. A l'inverse, lorsqu'un item évoque une facilité ou un comportement attendu en conversation, le score se rapprochant de la norme est 4. Par exemple, à l'item 23 « met les idées ensemble de façon logique », si le patient et/ou son aidant considèrent qu'il n'y a pas de difficulté à ce niveau, ils attribueront la note de 4.

Pour une analyse plus fine de la perception des troubles de Mme BD, nous avons décidé d'interpréter ses réponses et celles de son aidante de façon qualitative essentiellement. Ceci nous permettra de préciser quels troubles sont correctement perçus par Mme BD et lesquels ne le sont pas, ce que ne met pas en évidence le score global. En effet, du fait de la cotation inversée pour certains items, le score global ne reflète pas le niveau de conscience du trouble du patient. De plus, le questionnaire n'étant pas normé, nous ne pouvons comparer les résultats obtenus à une norme. Ainsi, nous privilégions une analyse qualitative des réponses.

4 Analyse de la conversation : GALI

Si l'analyse de la conversation n'est habituellement pas utilisée pour valider un programme d'intervention, il nous a semblé pertinent d'associer ce type d'analyse à notre évaluation de la communication afin d'évaluer au mieux les habiletés impliquées dans le programme d'intervention et ainsi disposer d'informations quant à la portée clinique de ce dernier.

La Grille d'Analyse Linguistique d'Interaction Libre (GALI), élaborée par Claire Sainson et éditée en 2013 (Sainson et al., 2014), est un logiciel d'aide à l'analyse vidéo validé sur 17 patients traumatisés crâniens avec syndrome dysexécutif et 34 sujets témoins. Elle permet l'analyse qualitative et quantitative des habiletés conversationnelles verbales et non-verbales des patients traumatisés crâniens avec syndrome dysexécutif initialement (Sainson et al.,

2014). La GALI permet à l'orthophoniste d'analyser des extraits vidéo de 10 à 20 minutes de son patient en situation d'échange conversationnel avec un interlocuteur familier ou non. Malgré le cadre artificiel de la rééducation, il s'agit de garder un échange le plus libre et écologique possible. Ainsi, la consigne donnée au patient est la suivante : « Nous allons discuter de tout et de rien pendant une vingtaine de minutes » (Jacquet & Le Cor, 2015).

La GALI comporte cinq volets : l'énoncé, l'énonciation, le niveau pragma-interactionnel, les gestes extra-communicatifs et emblèmes et les ajustements de l'interlocuteur. L'orthophoniste pourra alors évaluer les trois niveaux de l'interaction définis par Cosnier et Brossard, (1984) :

- ✓ L'énoncé : 26 items portant sur la forme du discours (intonation, expressions faciales, etc.). Il s'agit de l'acte de production.
- ✓ L'adéquation de l'énonciation : 25 items portant sur l'adéquation du processus mental d'élaboration du discours. Il s'agira de regarder la structuration de l'énoncé, la posture, le contact visuel, les gestes coverbaux et l'authenticité des interlocuteurs.
- ✓ Le niveau pragma-interactionnel : 69 items portant sur le discours en lien avec l'interlocuteur. Les items porteront sur la distribution et le partage des tours de parole, le maintien et la co-construction de l'interaction.

A chacun de ces niveaux correspond une échelle de synthèse dans la GALI : ES1 pour « énoncé », ES2 pour « énonciation » et ES3 pour « pragma-interactionnel ». Une dernière partie facultative de 27 items s'intéresse aux comportements de l'interlocuteur.

Grâce aux enregistrements vidéo, la cotation s'effectue en différé par rapport au temps de passation, ce qui permet une analyse plus détaillée des comportements conversationnels du patient et de son interlocuteur. Il s'agit d'une cotation sur une échelle de 0 à 5 (0 = comportement toujours présent / 1 = très souvent / 2 = souvent / 3 = rarement / 4 = très rarement / 5 = jamais). En fin de cotation, une échelle de synthèse est générée permettant de mettre en avant les difficultés du patient, la GALI comportant un nombre important d'items (120 items) (Sainson et al., 2014). Suite à la cotation nous obtenons un score global (SG) pour chacune des trois échelles. Tous ces scores sont gradués de 0 à 5 suivant la sévérité du déficit (0 = absence de déficit / 1 = déficit très léger / 2 = déficit léger / 3 = déficit modéré / 4 = déficit sévère / 5 = déficit très sévère). Pour aider à la cotation, le thérapeute dispose de vidéos et de fiches explicatives dans le logiciel pouvant le guider dans la compréhension des items.

D'après nos recherches, la GALI est la seule grille permettant une analyse fine de tous les aspects entraînés dans le programme d'intervention. De plus, elle comprend 120 items classés en trois niveaux, ce qui permet de mener une analyse fine et structurée de l'échange conversationnel. C'est un outil d'évaluation reproductible dans le temps et pouvant être utilisé en phase initiale ou séquentielle (Sainson et al., 2014). Ainsi, cette grille nous permettra de mettre en évidence l'évolution ou non des habiletés communicationnelles de notre participante suite à la rééducation. De plus, la GALI présente l'avantage d'être accessible à la pratique clinique tout en respectant une méthodologie de recherche.

Par ailleurs, Jacquet et Le Cor (2015), dans leur travail de recherche, ont montré une corrélation positive significative entre les résultats à l'épreuve de discours conversationnel du MEC et les items du niveau pragma-interactionnel de la GALI. En revanche, l'épreuve de discours conversationnel du MEC ne permet pas de mettre en évidence toutes les atteintes conversationnelles révélées par la GALI. Ainsi, la GALI semble être un outil plus précis pour déceler les troubles communicationnels des patients.

Pour ce travail de recherche, nous souhaitons ajouter à l'analyse quantitative des scores de la GALI, une analyse qualitative des items reclassés en différentes catégories afin de différencier les habiletés entraînées des habiletés qui n'ont pas été entraînées dans le programme d'intervention. Nous avons ainsi regroupé les items concernant respectivement la prosodie, le contact visuel, le débit, la quantité et qualité de l'information, les expressions faciales et les tours de parole pour les habiletés entraînées ; les phatiques et régulateurs, la posture, les gestes et la participation à la conversation pour les habiletés non-entraînées. Par ailleurs, nous considérons qu'un item est déficitaire dès lors que la note attribuée est différente de 0.

III Procédure

1 Préparation des expérimentations

Avant la phase d'expérimentation, nous avons repris le matériel du programme d'intervention tel qu'il avait été réalisé pour l'étude de Patenaude (2013). Nous avons vérifié le contenu de chaque séance afin de respecter le déroulement suivant : identification du comportement entraîné sur autrui, conscience (jugement sur vidéo) et production du comportement adéquat. De plus, nous nous sommes assurées que le déroulement des séances permettait une augmentation progressive de la difficulté afin que le sujet puisse s'améliorer. Enfin, nous avons rassemblé tous les fichiers informatiques nécessaires à l'utilisation du programme d'intervention dans un dossier organisé par séance.

Par la suite, nous avons rencontré les orthophonistes participant à l'étude. Il s'agissait de leur présenter le programme d'intervention ainsi que ses objectifs et de pouvoir répondre à leurs questions. Nous leur avons également donné nos consignes concernant les enregistrements vidéo qui nous serviront par la suite pour l'analyse des données. En effet, afin d'obtenir une rééducation se rapprochant le plus possible de la réalité clinique, l'orthophoniste était seule avec son patient. C'était donc à elle d'installer la caméra afin de filmer la séance d'évaluation et/ou d'intervention. Les consignes données aux orthophonistes pour la prise de vidéo étaient les suivantes :

- ✓ Il faut pouvoir voir dans un même champ le patient et l'orthophoniste.
- ✓ Il est impératif de voir le patient de face, pour pouvoir analyser précisément ses expressions faciales et son regard. Nous souhaitons que le cadrage prenne la moitié supérieure du corps du patient afin de voir les gestes éventuellement réalisés (bras, mains, épaules, etc.).
- ✓ L'orthophoniste sera filmé de dos ou de profil.
- ✓ Le cadrage doit permettre de voir aisément le pictogramme montré au patient.

2 Passation des expérimentations

Le Tableau 3 présente un récapitulatif du design de notre étude regroupant ainsi les différents intervenants, outils et lieux à chaque étape de notre protocole de recherche.

Tableau 3
Design de l'étude

Préparation des expérimentations – semaine 1 (juillet 2015)		
<ul style="list-style-type: none"> Recrutement patiente au centre de réadaptation Une rencontre orthophoniste pour présentation protocole expérimental et communication des consignes au centre de réadaptation et par e-mail 		
Pré – test - semaine 1 (juillet 2015)		
Orthophoniste	Etudiante en orthophonie	Sœur de Mme BD
4 séances, centre de réadaptation : <u>Protocole MEC</u> <ul style="list-style-type: none"> Prosodie linguistique Compréhension Discours narratif Evocation lexicale avec critère orthographique Prosodie émotionnelle Compréhension Evocation lexicale avec critère sémantique Discours conversationnel Evocation lexicale libre + conversation orthophoniste - patiente filmée	1 séance, centre de réadaptation : <u>Protocole MEC</u> <ul style="list-style-type: none"> Prosodie émotionnelle – répétition Prosodie linguistique – répétition Prosodie émotionnelle – production <u>TROBE</u> <ul style="list-style-type: none"> Questionnaire patient 	A domicile : <u>TROBE</u> <ul style="list-style-type: none"> Questionnaire proche
Intervention - semaine 2, 3, 4 et 5 (juillet – aout 2015)		
<ul style="list-style-type: none"> 2 séances, centre de réadaptation : présentation du projet et de définition des horaires 13 séances d'intervention avec le protocole expérimental 1 heure par jour, 4 jours par semaines au centre de réadaptation 		
Post – test - semaine 5 (aout 2015)		
Membre de l'équipe de recherche du CRIUGM	Orthophoniste	Sœur de Mme BD
2 séances au centre de réadaptation : <u>Protocole MEC</u> <ul style="list-style-type: none"> Prosodie linguistique Compréhension Discours narratif Evocation lexicale avec critère orthographique Prosodie émotionnelle Compréhension Evocation lexicale avec critère sémantique Discours conversationnel Evocation lexicale libre Prosodie émotionnelle – répétition Prosodie linguistique – répétition <u>TROBE</u> <ul style="list-style-type: none"> Questionnaire patient 	1 conversation orthophoniste - patiente filmée au centre de réadaptation	A domicile : <u>TROBE</u> <ul style="list-style-type: none"> Questionnaire proche
Analyses des extraits de conversation Orthophoniste – patiente (décembre 2015)		
<i>Etudiantes en orthophonie</i> : GALI (prêt de l'outil pendant deux jours)		

Après avoir signé le formulaire de consentement autorisant l'utilisation des données écrites et vidéos pour ce projet, Mme BD a commencé le protocole de recherche par cinq séances d'évaluation pré-intervention réparties sur la semaine du 13 juillet 2015, soit six semaines après son AVC. L'orthophoniste a assuré quatre de ces séances, et nous en avons assuré une. Toutes les rencontres ont eu lieu dans un bureau individuel, au sein du centre de réadaptation. De plus, la Trobe Communication questionnaire version aidant a été remplie par la sœur de Mme BD. Suite à l'évaluation, l'orthophoniste a défini les objectifs de rééducation suivants : maintenir le contact visuel, augmenter l'expressivité du visage, augmenter

l'expressivité de la voix (prosodie), adapter sa vitesse de réaction / production (parole et chant), rester dans le thème, doser la quantité d'information selon le contexte, et respecter les tours de parole. Toutes les habiletés visées par le programme ont donc été proposées à Mme BD.

Avant de débiter le programme d'intervention, l'orthophoniste a rencontré Mme BD lors de deux séances afin de lui présenter le projet et de définir les horaires. Elle a également commencé à lui expliquer le concept de prosodie. Par la suite, Mme BD a effectué treize séances d'intervention avec le programme d'intervention, à raison d'une séance d'une heure par jour, quatre jours par semaine (Annexe IV.1). Une des séances d'intervention est décrite en Annexe IV.2.

A la fin de la période d'intervention orthophonique, Mme BD a effectué deux séances d'évaluation post-intervention. Cette évaluation a été réalisée par un membre de l'équipe de recherche du CRIUGM. Une nouvelle fois, la sœur de Mme BD a rempli le questionnaire aidant de la Trobe Communication Questionnaire.

D'après l'orthophoniste, Mme BD s'est montrée très investie dans la prise en charge. Elle a trouvé difficile de se regarder en vidéo pour s'autocritiquer. Dès le départ, Mme BD a fait preuve de bonnes capacités d'analyse et d'autocorrection quant aux aspects pragmatiques inadéquats à identifier tant sur elle-même que sur autrui.

3 Recueil des données

Les membres du laboratoire du CRIUGM ont récupéré les enregistrements audio et vidéo réalisés par les orthophonistes participant à l'étude. En juin et juillet 2015, nous nous sommes rendues à Montréal au sein du CRIUGM afin de travailler avec l'équipe à notre projet de recherche. Une fois les données récupérées, nous les avons anonymées.

Chapitre IV

PRESENTATION DES RESULTATS

Dans cette partie nous présenterons d'abord les résultats obtenus aux épreuves du protocole MEC et à la Trobe Communication Questionnaire. La présentation des scores quantitatifs sera accompagnée de commentaires permettant une analyse qualitative des résultats obtenus par Mme BD. Concernant la Trobe Communication questionnaire, nous comparerons l'évolution des réponses de Mme BD et de son aidante d'une part, puis nous analyserons l'évolution des réponses données par Mme BD avant et après l'intervention d'autre part. Enfin nous présenterons les résultats de l'analyse de la conversation, c'est-à-dire les résultats obtenus à la GALI par Mme BD. Nous avons choisi, pour une meilleure lisibilité des résultats, de séparer ceux relatifs aux habiletés entraînées (contact visuel, prosodie, débit, expression faciale, quantité et qualité de l'information, tours de parole, maintien du thème) et ceux relatifs à des habiletés qui n'ont pas été entraînées dans le programme d'intervention.

I Evaluation cognitivo-communicationnelle : protocole MEC

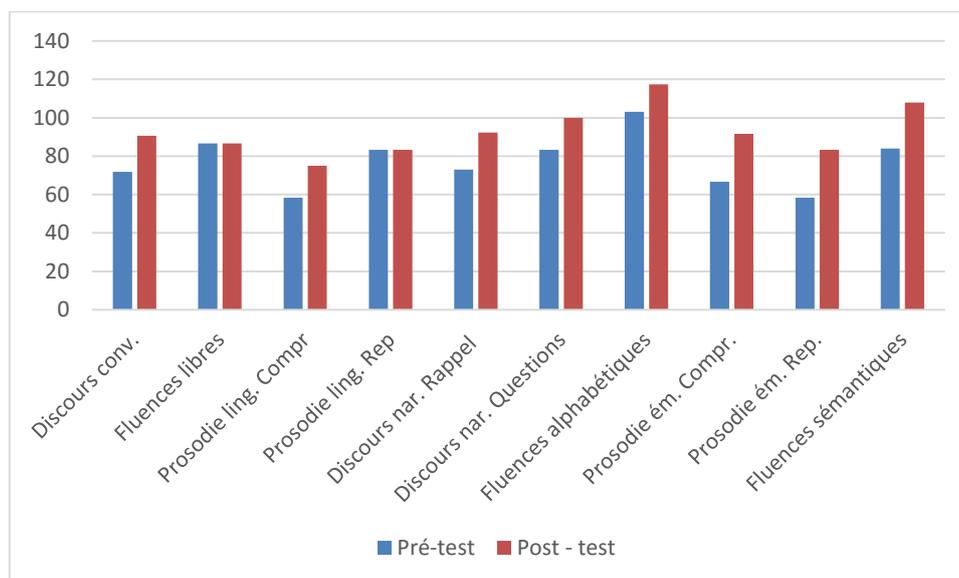
Nous avons comparé les scores bruts de Mme BD à la norme « 30-49 ans » avec une durée de scolarité inférieure ou égale à onze ans. Les analyses des résultats quantitatifs seront accompagnées de commentaires qualitatifs.

Afin d'évaluer l'évolution des scores obtenus par Mme BD aux épreuves du protocole MEC entre le pré-intervention et le post-intervention nous avons utilisé un test de Wilcoxon. Nous avons inclus les scores aux épreuves du protocole MEC en pré-intervention et en post-intervention convertis en pourcentage. Chaque score constitue une variable dépendante continue, qui est analysée en fonction de son « rang ». La variable indépendante catégorielle est la condition pré-intervention (PRE) ou post-intervention (POST). Nos deux variables sont constituées des différents scores obtenus par Mme BD aux épreuves du protocole MEC. Les deux ensembles de scores diffèrent significativement pré et post traitement ($Z = -2,5$, $p < 0,05$). En effet, la médiane des scores aux tâches d'évaluation pré-intervention est de 72,5 et de 88,6 en post intervention.

La figure 1 présente l'évolution des scores de Mme BD obtenus aux épreuves du protocole MEC entre le pré-intervention et le post-intervention. Les épreuves n'étant pas toutes cotées sur le même score total, nous avons converti les scores obtenus par Mme BD en pourcentage, la note maximale pouvant être obtenue à chaque épreuve correspondant à 100%. Cela permet d'avoir une représentation visuelle globale de l'évolution des scores de Mme BD suite à l'intervention. Le détail de ses scores par épreuve est présenté ci-après.

Figure 1

Evolution des scores obtenus par Mme BD aux épreuves du protocole MEC entre le pré et le post-intervention convertis en pourcentage



1 Habilités entraînées

Les épreuves suivantes ont permis d'évaluer l'évolution des habiletés ayant été entraînées dans le programme d'intervention.

1.1 Discours conversationnel

Tableau 4

Scores obtenus à l'épreuve de discours conversationnel du protocole MEC en pré et en post intervention

	Pré-intervention	Post-intervention	Seuil d'alerte
Discours conversationnel (/34)	23*	29*	32

(*) : Score inférieur au seuil d'alerte

Les scores obtenus par Mme BD à l'épreuve de discours conversationnel sont présentés dans le Tableau 4. En pré-intervention, pour l'épreuve « discours conversationnel » Mme BD manque d'initiative verbale, elle répond de manière succincte aux questions qui lui sont posées. Elle n'exprime pas toujours ses idées de manière précise et se répète parfois, l'orthophoniste a ainsi besoin de poser des questions pour obtenir plus d'informations. Elle coupe parfois la parole à l'orthophoniste et perd le fil de la conversation. Sa voix est monotone et son débit rapide. Mme BD présente une expressivité faciale faible voire inexistante.

En post-intervention, Mme BD exprime ses idées de manière plus précise qu'avant la rééducation et ne répète plus les informations. Elle ne perd plus le fil de la conversation et respecte les tours de parole. Le débit est moins rapide et les expressions faciales, notamment l'expression de joie, sont plus présentes. Cependant, la voix reste toujours monotone.

1.2 Prosodie émotionnelle

Tableau 5

Scores obtenus aux épreuves de prosodie émotionnelle du protocole MEC en pré et en post-intervention

	Pré-intervention	Post-intervention	Seuil d'alerte
Prosodie émotionnelle – compréhension (/12)	8	11	4
Prosodie émotionnelle – expression (/18)	11	Non évalué	8
Prosodie émotionnelle – répétition (/12)	7*	10	9

(*) : Score inférieur au seuil d'alerte

Les scores obtenus par Mme BD aux épreuves de prosodie émotionnelle sont présentés dans le Tableau 5. Concernant l'épreuve de « prosodie émotionnelle – compréhension », en pré-intervention les patrons d'intonation de tristesse et de colère ne sont pas toujours identifiés en revanche tous les patrons d'intonations de joie sont correctement identifiés. En post-intervention, tous les patrons d'intonation de joie et de tristesse sont reconnus, cependant un item correspondant au patron intonatif de la colère n'est pas correctement reconnu.

Concernant l'épreuve de « prosodie émotionnelle – répétition » en pré-intervention, la répétition du patron d'intonation de la joie est parfaitement réussie mais est plus difficile pour la tristesse et la colère. En post-intervention, tous les items de répétition du patron d'intonation de la joie sont réussis, cependant la répétition des patrons d'intonation de tristesse et de colère reste difficile.

1.3 Prosodie linguistique

Tableau 6

Scores obtenus aux épreuves de prosodie linguistique du protocole MEC en pré et en post-intervention.

	Pré-intervention	Post-intervention	Seuil d'alerte
Prosodie linguistique – compréhension (/12)	7	9	6
Prosodie linguistique – répétition (/12)	10	10	9

(*) : Score inférieur au seuil d'alerte

Les scores obtenus aux épreuves de prosodie linguistique sont présentés dans le Tableau 6. Concernant l'épreuve de « prosodie linguistique – compréhension » en pré-intervention, Mme BD réalise de nombreuses erreurs d'identification des différents types de phrases. En post-intervention, tous les items de phrases interrogatives sont correctement identifiés. De plus, Mme BD n'identifie correctement que la moitié des phrases impératives et fait une erreur d'identification sur les phrases affirmatives.

Concernant l'épreuve de « prosodie linguistique – répétition », en pré-intervention comme en post-intervention, la répétition de phrases impératives est parfaitement réussie mais Mme BD fait une erreur en répétition de phrases interrogatives et affirmatives.

2 Habiletés non-entraînées

Les épreuves du protocole MEC suivantes évaluent des habiletés qui n'ont pas été entraînées dans le programme d'intervention.

2.1 Discours narratif

Tableau 7

Scores obtenus aux épreuves de discours narratif du protocole MEC en pré et en post-intervention

	Pré-intervention	Post-intervention	Seuil d'alerte
Discours narratif – Rappel (/13)	9,5	12	5
Discours narratif – Questions (/12)	10	12	6

(*) : Score inférieur au seuil d'alerte

Concernant l'épreuve « Discours narratif – Rappel » en pré-intervention, Mme BD oublie des détails dans le rappel, mais l'idée générale de l'histoire est comprise (idée de manipulation, stratégie). Les scores obtenus par Mme BD aux épreuves de discours narratif sont présentés dans le Tableau 7.

2.2 Evocation lexicale

Tableau 8

Scores obtenus aux épreuves d'évocation lexicale du protocole MEC en pré et en post-intervention

	Pré-intervention	Post-intervention	Seuil d'alerte
Evocation lexicale – critère libre	52	52	37
Evocation lexicale – critère orthographique	26	27	13
Evocation lexicale – critère sémantique	21	27	17

(*) : Score inférieur au seuil d'alerte

Les scores obtenus par Mme BD aux différentes épreuves d'évocation lexicale sont présentés dans le Tableau 8.

Pour l'épreuve « Evocation lexicale – critère libre » en pré-intervention, Mme BD utilise des stratégies de recherche sémantique. Lors de l'évaluation post-intervention elle utilise encore des stratégies de recherche sémantique mais répète trois mots.

Pour l'épreuve « Evocation lexicale – critère orthographique » en pré-intervention, Mme BD utilise quelques stratégies de recherche phonologique. Lors de l'évaluation post-intervention elle répète cinq mots dont deux fois le même. Elle utilise encore quelques stratégies de recherche phonologique et une stratégie morphologique.

Pour l'épreuve « Evocation lexicale – critère sémantique » en pré comme en post-intervention, Mme BD utilise une stratégie de recherche sémantique.

II Questionnaire de conscience du trouble : La Trobe Communication Questionnaire

Pour rappel, lorsqu'un item évoque une difficulté pour la participante ou un comportement peu adapté à une situation de conversation, le score se rapprochant le plus de la norme est 1. A l'inverse, lorsqu'un item évoque une facilité ou un comportement attendu en conversation, le score se rapprochant de la norme est 4.

Le tableau détaillé des réponses de Mme BD et son aidante est en Annexe III. Les figures 2 et 3 décrivent l'évolution des scores attribués par la Mme BD et son aidante entre le pré-intervention et le post-intervention aux 30 items du questionnaire.

Figure 2

Evolution des scores attribués par Mme BD aux items de la Trobe Communication Questionnaire

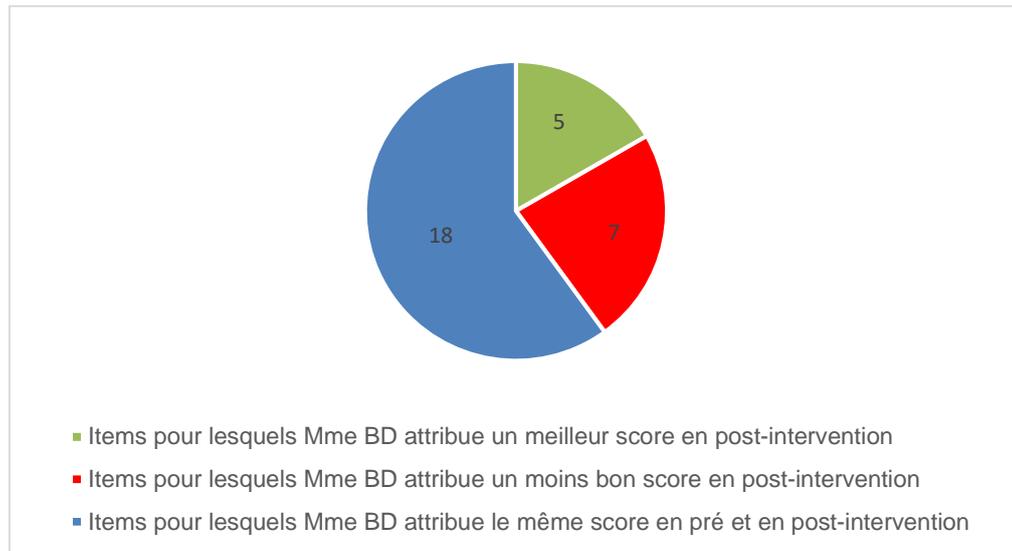
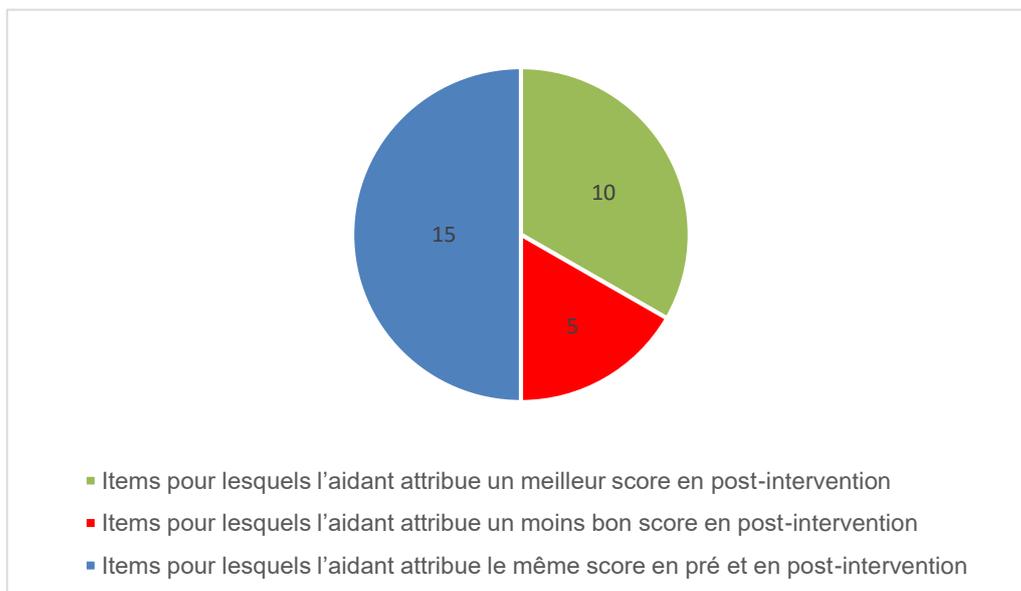


Figure 3

Evolution des scores attribués par l'aidant attribués par Mme BD aux items de la Trobe Communication Questionnaire



1 Comparaison des réponses de Mme BD et de son aidante

En pré-intervention, la participante obtient un score de 58 au questionnaire, et son aidante un score de 59. L'écart entre les deux est de un point. En post-intervention, Mme BD obtient 52 points, et son aidante 56, soit un écart de quatre points. En pré-intervention comme en post-intervention, la participante et son aidante n'ont pas des scores totaux qui divergent beaucoup. Cependant, l'analyse plus détaillée des réponses aux items nous permet de noter des différences dans la perception que chacune se fait des troubles de Mme BD.

Sur les trente items du questionnaire, il y en a onze pour lesquels les scores attribués par Mme BD et son aidante reflètent la même évolution entre le pré-intervention et le post-

intervention (l'évolution peut être positive, négative ou égale). Ainsi, Mme BD et son aidante sont d'accord pour dire que la participante passe moins rapidement à un autre thème de conversation, dit ou fait moins de choses que les autres pourraient considérer grossières ou embarrassantes. De plus, elles considèrent toutes deux que la participante présente en pré-intervention comme en post-intervention des comportements adaptés concernant six items. En effet, d'après elles, Mme BD garde le fil de la conversation même dans des endroits bruyants, met les idées ensemble de façon logique ou encore prend le temps de penser à ce que l'autre personne a dit. Pour les dix-neuf autres items, la participante et son aidante ont des avis divergents en termes d'évolution pré-post intervention.

2 Comparaison des réponses de Mme BD avant et après l'intervention

Sur les trente items du questionnaire, il y en a dix-huit pour lesquels la participante a donné la même réponse en pré-intervention et en post-intervention. Pour quatorze de ces dix-huit items, Mme BD s'attribue en pré-intervention comme en post-intervention un score de 1 ou de 4 correspondant à un comportement adapté en situation de conversation. Ainsi, Mme BD considère adopter un comportement adapté pour quatorze items : les mêmes que ceux énoncés précédemment lors de la comparaison avec le questionnaire de l'aidant et également les items concernant la difficulté à regarder l'autre parler, le fait de répondre de façon appropriée aux questions posées ou encore de savoir quand parler et écouter. Pour quatre de ces dix-huit items, Mme BD estime toujours éprouver des difficultés en post-intervention. Elle dit parler souvent trop lentement, parfois hésiter, faire des pauses ou se répéter et faire des faux départs avant de faire passer son message. De plus, elle estime encore présenter plus de difficultés en post-intervention à penser au mot particulier qu'elle veut dire.

Sur les trente items, il y en a cinq pour lesquels nous notons une évolution positive entre le pré-intervention et le post-intervention. Ainsi, Mme BD estime en post-intervention avoir moins de difficultés à utiliser son ton de voix pour faire passer son message et à démarrer les conversations. De même, elle dit ne plus aller toujours sur le même terrain de conversation, ne plus passer à un autre thème de conversation trop vite et dire moins souvent des choses que les autres pourraient considérer grossières ou embarrassantes.

Pour les sept derniers items nous notons une évolution négative entre les réponses données par Mme BD en pré-intervention et en post-intervention. Ainsi, la participante se note de façon plus négative concernant le fait d'omettre des détails importants, d'avoir besoin de beaucoup de temps pour penser avant de répondre à l'interlocuteur, de parler trop vite, de continuer de parler de choses trop longtemps dans ses conversations. Mme BD trouve moins facile de changer son style de parole en fonction de la situation de conversation et a plus de difficulté à penser à des choses à dire pour entretenir les conversations et à les amener à leur fin.

III Analyse de la conversation : la GALI

1 Analyse des scores totaux

Pour rappel, les scores totaux sont gradués de 0 à 5 suivant la sévérité du déficit (0 = absence de déficit / 1 = déficit très léger / 2 = déficit léger / 3 = déficit modéré / 4 = déficit sévère / 5 = déficit très sévère). Les scores obtenus par Mme BD en pré et en post intervention sont présentés dans le Tableau 9.

Tableau 9
Scores totaux obtenus suite à la GALI en pré et en post-intervention

	Pré-intervention		Post-intervention	
	Score brut	Z score	Score brut	Z score
Énoncé	5	-3,25	1	0,6
Énonciation	1	-1,46	1	-1,46
Pragma-interactionnel	5	-9,3	1	-1,2

Concernant la catégorie « énoncé », Mme BD présente, en pré-intervention un déficit très sévère de l'acte de production du discours. En post-intervention, son score indique un déficit très léger.

Nous observons la même évolution du score global pour la catégorie « pragma-interactionnel » entre le pré-intervention et le post-intervention. Mme BD évolue d'un déficit très sévère vers un déficit léger du discours en lien avec son interlocuteur.

Enfin, concernant l'adéquation de l'énonciation, Mme BD obtient le même score global en pré-intervention et en post-intervention. Il n'y a donc pas eu d'évolution pour les différents items de cette catégorie pour laquelle Mme BD présente un déficit très léger de l'élaboration du discours.

2 Analyse par habiletés

Pour rappel, nous avons souhaité ajouter à l'analyse quantitative des scores de la GALI, une analyse qualitative à partir des items que nous avons reclassés en différentes catégories (Annexe V) afin de différencier les habiletés entraînées des habiletés qui n'ont pas été entraînées dans le programme d'intervention. Les habiletés pour lesquelles Mme BD a obtenu un score brut différent de 0 aux items de la GALI sont considérées comme déficitaires. Lorsque le score à un item est supérieur à 3/5, les habiletés concernées sont considérées comme très déficitaires.

2.1 Habiletés entraînées

Les habiletés ayant été entraînées dans le programme d'intervention et pouvant être évaluées avec la GALI sont les suivantes : prosodie, contact visuel, débit, expressions faciales, quantité et qualité d'information, tours de parole.

Le Tableau 10 indique le nombre d'items déficitaires (scores différents de 0/5) obtenus par Mme BD en pré et post-intervention selon les habiletés entraînées :

Tableau 10
Items déficitaires par habileté entraînée obtenus à la GALI en pré et en post-intervention

	Pré-intervention	Post-intervention
Prosodie	7/8	6/7
Contact visuel	4/13	0/12
Débit	3/3	3/4
Quantité et qualité d'information	10/20	2/20
Expressions faciales	13/16	12/16
Tours de parole	2/3	1/3

2.1.1 Prosodie

Avant l'intervention, les scores obtenus par Mme BD aux items relatifs à la prosodie sont très faibles (supérieurs à 3/5).

Après l'intervention, nous notons une faible amélioration (1 point d'écart) pour cinq items, portant essentiellement sur la prosodie linguistique (rôle syntaxique de l'intonation, gestion des tours de parole). Les scores de deux items portant sur l'utilisation de la prosodie émotionnelle n'évoluent pas. En post-intervention, les scores de Mme BD restent faibles par rapport à la norme. Son intonation reste globalement monotone : nous ne distinguons pas les différents types de phrases (interrogatives, affirmatives, etc.) ou émotions communiquées par Mme BD. Les items portant sur l'utilisation de l'intonation pour argumenter et produire des effets d'ironie et d'insinuation n'ont pas pu être observés, les deux situations d'échanges (pré et post intervention) n'ayant pas requis d'argumentation, d'ironie ou d'insinuation.

2.1.2 Contact visuel

Avant l'intervention, seul l'item « le regard en position de récepteur est encourageant » présente un score de 3 qui est très déficitaire. Ainsi, le contact visuel est un aspect pour lequel la majorité des items sont déjà dans la norme en pré-intervention.

En post-intervention, tous les items se normalisent sauf l'item 3.47 portant sur les clignements de paupières, non-observable lors de l'évaluation à cause du reflet des lunettes de la participante.

2.1.3 Débit

En pré-intervention, Mme BD présente un débit rapide. Nous n'avons pas pu évaluer son usage des pauses car ses prises de paroles sont très succinctes, ne nous permettant pas d'observer sa gestion des pauses.

Suite à l'intervention, la participante s'améliore pour deux items. La durée de ses pauses avant une prise de parole s'est normalisée et Mme BD a un peu ralenti son débit (évolution d'un point seulement). Malgré une évolution positive des scores, Mme BD présente toujours un débit rapide.

2.1.4 Quantité et qualité d'information

En pré-intervention, Mme BD a des difficultés à élaborer la macrostructure de son discours (connexion entre les idées, cohérence), répète des informations, exprime des propos égocentrés et prend peu en compte les savoirs partagés avec son interlocuteur et ses demandes de clarification. Ces items présentent des scores moyens (1 ou 2/5). En revanche, la moitié des items sont dans la norme : Mme BD exprime un discours authentique, approprié à la situation et correct grammaticalement. Elle ne donne pas trop d'informations et n'exagère pas les informations données.

Après l'intervention, huit items se sont normalisés. Les items « articule clairement » et « les propos ne sont pas trop égocentrés » n'ont pas présenté d'évolution : Mme BD ne présente pas de trouble d'articulation mais a certaines difficultés quant à l'enchaînement des sons sur les mots longs et complexes.

2.1.5 Expressions faciales

Avant l'intervention, Mme BD obtient aux items relatifs aux expressions faciales des scores très faibles (supérieurs à 3/5) que ce soit en tant que locuteur ou récepteur. En effet, elle a un faciès figé, peu en lien avec le contenu du discours. Les mimiques des émotions de base ne sont pas retrouvées. Ses expressions faciales n'ont pas un rôle facilitateur ni régulateur pour l'interlocuteur. Elle n'a que très peu d'expressions faciales, mais quand elle en exprime, ce n'est pas excessif et ça ne provoque pas de gêne pour son interlocuteur.

Suite à l'intervention, huit items présentent une amélioration. Mme BD réalise plus d'expressions faciales en conversation et ces dernières illustrent plus ses propos, cependant l'amélioration porte surtout sur les expressions produites en tant que récepteur. Ces dernières sont plus facilitatrices et font plus écho à celles du locuteur. Quatre items n'ont pas évolué : Mme BD présente toujours une activité faciale constante, avec peu d'expressions des émotions de base et des expressions peu encourageantes en tant que locuteur. Ainsi en post-intervention, les scores obtenus aux items portant sur les expressions faciales restent déficitaires, malgré une amélioration.

2.1.6 Tours de parole

Avant l'intervention, Mme BD n'est pas toujours habile à prendre et respecter les tours de parole, et réalise souvent une pause avant de prendre la parole. En revanche, elle réalise des chevauchements adaptés à la fin des tours de parole.

Suite à l'intervention, l'item « Le sujet est habile à prendre et à respecter les tours de parole » se normalise, mais Mme BD réalise toujours de nombreuses pauses avant de commencer à parler.

Ainsi, concernant les habiletés entraînées, seuls les items concernant le contact visuel se sont normalisés. Pour toutes les autres habiletés nous notons une amélioration globale des scores plus ou moins marquée. Les habiletés quantité et qualité d'information ainsi que débit présentent encore des items avec des scores déficitaires mais proches de la norme (1 et 2), alors que les résultats aux items concernant la prosodie et les expressions faciales restent très déficitaires (supérieurs à 3).

2.2 Habiletés non-entraînées

Certaines habiletés pragmatiques-communicationnelles ne sont pas entraînées dans le programme d'intervention mais sont évaluées dans la GALI. Il s'agit des phatiques et régulateurs, de la posture, des gestes et de la participation à la conversation.

Le Tableau 11 présente le nombre d'items déficitaires (scores différents de 0/5) en pré et post-intervention selon les habiletés non entraînées.

Tableau 11

Items déficitaires par habileté non-entraînée obtenus à la GALI en pré et en post-intervention

	Pré-intervention	Post-intervention
Phatiques et régulateurs	10/11	7/11
Posture	7/11	6/11
Gestes	9/13	7/12
Participation à la conversation	4/9	1/9

2.2.1 Phatiques et régulateurs

Les phatiques désignent les émissions du locuteur permettant de vérifier l'attention et la compréhension de l'interlocuteur ou d'appuyer certaines parties du discours. Les régulateurs correspondent aux réalisations du récepteur permettant de confirmer son attention et sa compréhension du discours. Ces productions sont nécessaires au bon fonctionnement de l'échange (Kerbrat-Orecchioni, 1996).

En pré-intervention, les scores obtenus par Mme BD aux items relatifs à cette catégorie sont très faibles (supérieurs à 3/5). Mme BD utilise peu de phatiques et de régulateurs dans son discours. Un item est d'ailleurs non-observable (3.28) : la participante réalisant peu de régulateurs verbaux et vocaux en pré intervention, nous ne pouvons dire s'ils remplissent leur fonction de pilotage ou non.

Suite à l'intervention, cinq items présentent une amélioration : Mme BD réalise un peu plus de phatiques et de régulateurs, et ils apparaissent plus appropriés à la situation. Trois items sont plus altérés en post-intervention, et deux n'ont pas présenté d'amélioration : Mme BD utilise toujours peu de régulateurs et ces derniers ne chevauchent presque jamais la parole de l'interlocuteur.

2.2.2 Posture

Avant l'intervention, Mme BD obtient des scores très faibles (supérieurs à 3/5) aux items relatifs à la posture. Elle produit peu de modifications posturales et régulatrices en lien avec la situation et le discours. Elle réalise essentiellement des mouvements de confort.

En post-intervention, cinq items présentent une amélioration : la participante adopte une posture qui incite plus le récepteur à participer à la conversation. Cependant les scores restent faibles. Un item n'a pas présenté d'amélioration et un est plus altéré en post-intervention. Nous notons qu'en pré comme en post-intervention, Mme BD adopte une posture détendue et adaptée.

2.2.3 Gestes

Avant l'intervention, Mme BD obtient des scores très faibles (supérieurs à 3/5) aux items relatifs aux gestes. Elle a une activité gestuelle faible, avec peu de gestes coverbaux ponctuant le discours. Les gestes produits ont essentiellement une valeur illustrative et non connotative.

Après l'intervention, trois items présentent une amélioration : la participante a une activité gestuelle plus importante qu'en pré-intervention, mais restant toujours faible. Un item est plus altéré en post-intervention et quatre items ne présentent pas d'amélioration : les gestes coverbaux restent en faible nombre et peu variés. L'item 2.17 « Le sujet produit davantage de gestes abstraits en discours argumentatif » est non-observable en post-intervention, la situation d'échange n'ayant pas requis d'argumentation.

2.2.4 Participation à la conversation

En pré-intervention, Mme BD obtient des scores moyens à très faibles (de 2/5 à 4/5) aux items portant sur la participation à la conversation. Elle manque d'initiative verbale, pose peu de questions et il s'avère difficile pour l'interlocuteur de garder un intérêt pour ses propos.

Suite à l'intervention, tous les items se sont normalisés sauf le 3.21 « Le sujet est intéressant à écouter ». Un item n'a pas pu être observé en pré ni en post intervention: 3.17 « Le sujet se soucie des points d'intérêt de l'autre, il ne dirige pas la conversation ». Nous

notons qu'en pré comme en post-intervention, Mme BD est respectueuse, adopte un langage adapté à la situation et réagit aux sollicitations de son interlocuteur.

Ainsi, concernant les habiletés non entraînées, hormis la participation à la conversation dont tous les items sauf un se sont normalisés, les autres habiletés présentent toujours des résultats très déficitaires suite à l'intervention.

Chapitre V

DISCUSSION DES RESULTATS

Dans cette partie nous présenterons tout d'abord l'interprétation des résultats obtenus aux différentes évaluations qui nous permettront de statuer sur la validation de nos hypothèses. Puis, nous discuterons des implications théoriques et cliniques de notre travail en lien avec la littérature. Enfin, nous apporterons un regard critique sur notre procédure et proposerons des prolongements à cette étude.

I Interprétation des résultats et validation hypothèses

La pratique orthophonique nécessite de développer constamment des outils d'évaluation et de prise en charge validés par des études scientifiques afin de permettre aux orthophonistes d'appuyer leurs choix thérapeutiques sur des données probantes. Actuellement, il n'existe aucun outil d'intervention ciblé et validé scientifiquement à disposition des orthophonistes pour la prise en charge des patients CLD* présentant des troubles pragmatiques-communicationnels. Aussi, il semble essentiel de développer des outils d'intervention spécifiquement élaborés pour cette population. Un programme d'intervention visant à la rééducation des aspects pragmatiques en contexte de conversation suite à un AVC droit a été élaboré par l'équipe de recherche du laboratoire Yves Joanette depuis 2003. Les habiletés entraînées dans le programme d'intervention sont les suivantes : contact visuel, expressions faciales, prosodie, débit, quantité et qualité de l'information, tours de parole et maintien du thème.

Cette présente étude vise à mettre en évidence les apports d'un tel programme d'intervention au niveau des habiletés pragmatiques-communicationnelles d'une participante CLD*. Afin de répondre à cet objectif de recherche, nous avons proposé le programme d'intervention à une participante CLD*, durant trois semaines à raison de treize séances et avons réalisé une évaluation de la communication à l'aide d'une batterie d'évaluation normée (protocole MEC) et une évaluation de la conscience du trouble à l'aide d'un questionnaire (La Trobe Communication Questionnaire) ainsi qu'une analyse de la conversation (GALI) avant et après l'intervention.

Dans cette étude, nous nous attendons à ce que ce programme d'intervention orthophonique expérimental permette une amélioration des habiletés pragmatiques-communicationnelles de la participante entraînées dans le programme.

1 Validation de l'hypothèse 1

Nous nous attendions à observer une amélioration quantitative des résultats de la participante aux épreuves d'évaluation de la communication entre les évaluations pré et post intervention. Si le programme est spécifique, cette amélioration sera davantage marquée pour les résultats aux épreuves correspondant aux habiletés entraînées, alors que les résultats qui concernent les habiletés non entraînées resteront inchangés ou ne montreront pas d'amélioration significative.

Nous avons proposé à Mme BD les épreuves d'évaluation de la communication du protocole MEC en pré et post intervention et avons séparé les résultats correspondant aux habiletés entraînées dans le programme à celles ne l'étant pas. Nous avons utilisé un test de Wilcoxon pour évaluer l'évolution globale des scores obtenus par Mme BD aux épreuves du protocole MEC entre le pré-intervention et le post-intervention.

Le programme d'intervention proposé a permis l'amélioration globale de toutes les habiletés pragmatiques-communicationnelles de Mme BD au regard du protocole MEC. En effet, lorsque nous analysons les scores de chaque épreuve isolément, nous notons une amélioration des scores entre le pré et le post-intervention pour toutes les épreuves portant sur le discours conversationnel, la prosodie émotionnelle et le discours narratif. En revanche, pour la prosodie linguistique et l'évocation lexicale, les épreuves de « prosodie linguistique – répétition » et « évocation lexicale – critère libre » ne présentent pas d'évolution suite à l'intervention. Cela peut être dû à la variabilité des performances des patients CLD* souvent rapportée en situation d'évaluation (Ferré, Ska, et al., 2011).

Par ailleurs, nous notons que peu de scores obtenus en pré-intervention par Mme BD étaient situés en dessous du seuil d'alerte défini par le protocole MEC. Cela peut également être dû à la variabilité des performances des patients CLD*. En effet, si nous avons repéré des difficultés de manière qualitative, celles-ci n'apparaissent pas comme pathologiques aux épreuves du protocole MEC.

1.1 Habiletés entraînées

Concernant l'épreuve « discours conversationnel » du protocole MEC, le score obtenu par Mme BD s'est amélioré en post-intervention, passant de 23/34 à 29/34. En post-intervention son score se rapproche du seuil d'alerte défini à 32 mais reste toujours inférieur à celui-ci. L'amélioration de Mme BD en discours conversationnel est tout de même notable : elle respecte mieux les tours de parole, a ralenti son débit de parole et réalise plus d'expressions faciales (notamment l'expression de joie). Toutes ces habiletés (tours de parole, débit, expressions faciales) ont pu être entraînées spécifiquement dans le programme d'intervention.

Cependant, nous notons que son ton de voix reste toujours monotone en conversation alors qu'elle réussit les épreuves de prosodie en post-intervention. En effet, tous les scores relatifs aux épreuves de prosodie sont au-dessus du seuil d'alerte en post-intervention. Cette dissociation peut s'expliquer par le fait que lors d'épreuves structurées les troubles des patients CLD* peuvent passer inaperçus alors qu'en conversation, la charge cognitive est trop importante et les troubles sont donc plus difficiles à compenser (Ferré, Ska, et al., 2011).

1.2 Habiletés non entraînées

Concernant les habiletés non-entraînées dans le programme d'intervention, nous notons que Mme BD présente de meilleurs scores en post-intervention aux épreuves concernant le discours narratif (rappel et questions). Il s'agit d'un type de discours qui n'a pas été entraîné dans le programme, celui-ci visant spécifiquement le discours conversationnel. Cependant, en entraînant les habiletés communicationnelles, nous observons une amélioration des habiletés en discours narratif chez la participante. En effet, par le biais du programme, Mme BD a été sensibilisée et entraînée aux différentes habiletés nécessaires à l'élaboration du discours conversationnel qui sont également impliquées dans la narration. Il s'agit de notions telles que la quantité et la qualité de l'information à transmettre, la cohérence à apporter à son discours, le maintien d'un même thème, la prise en compte de l'interlocuteur et des connaissances partagées avec lui, etc. De plus, Scroll & For (2003) notent que les intonations et les aspects non-verbaux sont des habiletés communes à la conversation et à la narration. Par ailleurs, le discours narratif est un type de discours moins complexe que le discours conversationnel, car il implique un moins grand nombre d'habiletés cognitives simultanément (Davis, O'Neil-Pirozzi, & Coon, 1997). Mme BD semble ainsi avoir transféré les bénéfices tirés du travail sur le discours conversationnel à ses habiletés narratives.

Notre hypothèse est donc partiellement validée d'après l'analyse des observations quantitatives des résultats obtenus aux épreuves d'évaluation de la conversation (protocole MEC). En effet, nous avons pu observer une amélioration globale, suite à l'intervention, des scores obtenus aux épreuves du protocole MEC par Mme BD également visible au test de Wilcoxon ($Z=2,52$, $p= <0,05$). Cependant, nous n'avons pas observé de dissociation entre les habiletés entraînées et les habiletés non-entraînées en termes d'amélioration des scores. Les résultats dont nous disposons ne nous permettent pas de statuer sur la spécificité du programme d'intervention.

2 Validation de l'hypothèse 2

Nous nous attendions à observer une amélioration qualitative, jugée par les observateurs et évaluée par un outil d'évaluation interactif de la conversation (la GALI), des habiletés entraînées dans le programme d'intervention entre les évaluations pré et post intervention, alors qu'il n'y aurait pas d'évolution sur les habiletés non entraînées.

Nous avons réalisé une analyse de la conversation sur un extrait de conversation entre Mme BD et son orthophoniste en pré et post intervention grâce à un outil d'évaluation interactif de la conversation, la GALI. Les items de la GALI sont répartis en trois catégories : énoncé (forme du discours), énonciation (adéquation du processus d'élaboration du discours) et pragma-interactionnel (discours en lien avec l'interlocuteur). Pour faciliter la lisibilité de nos résultats et leur interprétation, nous avons également séparé les résultats des items de la GALI correspondant aux habiletés entraînées dans le programme (contact visuel, expressions faciales, prosodie, débit, quantité et qualité de l'information et tours de parole) à celles ne l'étant pas (phatiques et régulateurs, posture, gestes et participation à la conversation). Cette nouvelle répartition des items est retrouvée en annexe V.

Entre les évaluations pré et post-intervention, nous observons une amélioration des scores obtenus à la GALI par Mme BD. Ainsi, elle est passée d'un déficit très sévère à un déficit très léger pour les catégories « énoncé » et « pragma-interactionnel ». Il persiste donc un déficit très léger quant à la forme du discours de Mme BD et à son adaptation à un interlocuteur. En revanche, nous ne notons pas d'amélioration pour la catégorie « énonciation ». Mme BD présente toujours un déficit très léger de l'élaboration du discours. En regardant le détail des items de cette catégorie « énonciation », nous observons que les items en lien avec des habiletés entraînées se sont normalisés : il s'agit des items relatifs à la structuration interne des idées (connexion entre les idées, répétition d'information, élaboration du discours, etc.), faiblement altérés en pré-intervention. En revanche, les items de la catégorie « énonciation » très altérés en pré-intervention et restant pathologiques en post-intervention sont ceux relatifs à l'activité gestuelle de Mme BD, l'habileté non entraînée dans le programme d'intervention. Ainsi, Mme BD présentait un déficit très léger de l'élaboration du discours en pré-intervention, principalement dû à l'altération de son activité gestuelle. Ce déficit est toujours présent en post-intervention puisque les habiletés gestuelles n'ont pas été entraînées dans le programme. Ceci pourrait expliquer l'absence de progression pour cette catégorie contrairement aux deux autres.

2.1 Habiletés entraînées

Qualitativement, lorsque nous isolons les items relatifs aux habiletés entraînées dans le programme, nous constatons une amélioration partielle de ces dernières entre le pré-intervention et le post-intervention.

2.1.1 Contact visuel

Le contact visuel est la seule habileté à s'être totalement normalisée en post-intervention. Il s'agissait de la moins altérée avant le début de l'intervention, mais le programme a permis de normaliser les déficits subtils présentés par Mme BD en pré-intervention. L'orthophoniste souligne d'ailleurs que dès le début de l'hospitalisation, la participante arrivait à maintenir le contact visuel mais que son regard déviait à droite dès qu'une pause se manifestait. Elle note qu'en post-intervention, cette tendance demeure, bien que nettement moins marquée.

Toutes les autres habiletés entraînées présentent une amélioration partielle suite à l'intervention.

2.1.2 Quantité et qualité de l'information

En ce qui concerne l'habileté quantité et qualité de l'information, l'item « articule clairement » ne présente pas d'amélioration. Nous nous y attendions étant donné qu'en pré-intervention Mme BD présentait une dysarthrie légère, et que l'articulation n'était pas un objectif de l'intervention. Par ailleurs, le faible score à l'item « les propos ne sont pas trop égocentres » en pré comme en post-intervention peut s'expliquer par la situation de communication elle-même, impliquant un thérapeute avec son patient. En effet, dans une relation thérapeutique, les thèmes abordés sont relatifs essentiellement au patient. Il y a moins de réciprocité dans l'échange puisqu'il s'agit d'une relation hiérarchique verticale (Kerbrat-Orecchioni, 1992).

2.1.3 Prosodie

Concernant la prosodie, la progression de Mme BD suite à l'intervention est faible. Cela est concordant avec nos observations qualitatives : après l'intervention, Mme BD s'exprime toujours avec un ton de voix monotone. Nous notons qu'en pré-intervention la prosodie émotionnelle est plus altérée que la prosodie linguistique. En post-intervention, les deux présentent une amélioration, mais la prosodie émotionnelle reste toujours plus altérée. Cela est en accord avec la littérature : d'après certains auteurs, les patients CLD* présentent d'avantage de difficultés en prosodie émotionnelle que linguistique (Joanette, 2004).

2.1.4 Débit

Mme BD présente une amélioration concernant le débit de parole : celui-ci est plus ralenti qu'avant l'intervention mais reste un peu rapide après l'intervention. Cependant, il est à noter qu'elle parlait déjà avec un débit assez rapide avant son AVC. Nous pouvons penser qu'elle a retrouvé le débit qu'elle avait l'habitude d'utiliser avant son accident.

2.1.5 Expressions faciales

Les items relatifs aux expressions faciales montrent une amélioration faible avec des scores qui restent toujours déficitaires. Nous notons par ailleurs, que lorsque Mme BD est en position de récepteur, ses expressions faciales sont plus présentes qu'en position de locuteur. Cela peut s'expliquer par le fait la position de récepteur entraîne moins de charge cognitive que la position de locuteur permettant ainsi à Mme BD d'être plus attentive à ses expressions faciales. Il est à noter que suite à son AVC, Mme BD présentait une atteinte motoneurone supérieur affectant l'hémiface gauche. Cela peut entraîner une difficulté supplémentaire pour la réalisation des expressions faciales.

2.1.6 Tours de parole

Mme BD respecte de mieux en mieux les tours de parole mais fait toujours des pauses avant de commencer à parler. Il pourrait s'agir de difficultés de compréhension impliquant un temps de latence avant de répondre, mais Mme BD répond toujours de manière adaptée à son interlocuteur. Ceci nous amène à penser que ses difficultés pourraient s'expliquer par le fait que Mme BD prenne le temps de construire sa réponse.

Ainsi, nous notons une amélioration globale des habiletés entraînées dans le programme d'intervention. Cependant, tous les items ne se sont pas normalisés et certaines habiletés montrent une faible amélioration, notamment la prosodie et les expressions faciales. Notre hypothèse est donc partiellement validée car l'amélioration des habiletés entraînées n'est pas homogène.

2.2 Habiletés non-entraînées

Pour rappel, les habiletés non-entraînées dans le programme d'intervention sont les suivantes : phatiques et régulateurs, posture, gestes et participation à la conversation.

2.2.1 Phatiques et régulateurs

Mme BD utilise de plus en plus de phatiques et de régulateurs appropriés à la situation, mais reste toujours en difficulté dans leur utilisation. Nous avons noté une régression pour trois items, cependant cette régression n'est pas forcément représentative de la réalité car la nuance entre deux notes est parfois faible, sensible à la subjectivité de chaque examinateur et peut varier d'un jour à l'autre.

2.2.2 Posture

Concernant la posture, Mme BD présentait des scores très faibles en pré-intervention et malgré une amélioration de la majorité des items en post-intervention, ceux-ci restent toujours très déficitaires. Mme BD présente une posture adaptée mais les modifications de celle-ci au cours de l'échange sont essentiellement liées à son confort et non à une visée interactionnelle.

2.2.3 Gestes

Pour la majorité des items concernant les gestes, Mme BD ne présente pas d'amélioration: les gestes coverbaux restent en faible nombre et peu variés. Cependant, les hochements de tête se font plus nombreux, permettant de ponctuer le discours de Mme BD et de montrer à son interlocuteur qu'elle suit bien la conversation. Elle semble ainsi plus présente dans l'échange.

2.2.4 Participation à la conversation

Concernant la participation à la conversation, tous les items se sont normalisés. Mme BD est adaptée et réagit bien aux sollicitations de son interlocuteur. Un item ne s'est pas normalisé : « le sujet est intéressant à écouter ». Nous pouvons lier cela au fait que Mme BD présente un manque d'expressions faciales, une monotonie de la parole entraînant une dissociation entre ses propos et l'émotion transmise à son interlocuteur. Tout ceci peut créer, chez son interlocuteur, un manque d'intérêt pour les propos de Mme BD. Enfin, nous avons pu avoir l'impression que Mme BD ne se souciait pas des points d'intérêt de son interlocuteur. La situation de conversation entre un thérapeute et son patient pourrait expliquer cette impression. En effet, lorsque l'orthophoniste pose des questions concernant les intérêts de

Mme BD, celle-ci y répond mais ne renvoie pas la question car il n'est pas habituel pour un patient de poser des questions personnelles à son thérapeute.

Concernant les habiletés non travaillées, nous notons une faible amélioration des items. Cependant la participation à la conversation s'est normalisée, ce qui impliquerait une généralisation des entraînements du programme d'intervention à la participation générale de la conversation.

Notre hypothèse 2 est donc partiellement validée. En effet, nous notons des améliorations pour les habiletés entraînées, mais ces-dernières restent souvent faibles. De plus, nous constatons une amélioration très faible de certaines habiletés non-travaillées ainsi qu'une nette amélioration de la participation à l'échange qui n'a pas été spécifiquement travaillée. Nos résultats ne nous permettent pas de statuer sur la spécificité du programme.

3 Validation de l'hypothèse 3

Nous nous attendions à ce que l'amélioration qualitative et quantitative des résultats obtenus par la participante aux épreuves d'évaluation de la communication et à l'outil d'évaluation interactif de la communication soit liée aux observations recueillies dans le questionnaire de conscience du trouble.

Au questionnaire de conscience du trouble, Mme BD et son aidante (sa sœur) présentent des scores totaux relativement proches, ce qui nous laisse d'abord penser que Mme BD semble relativement consciente de ses difficultés. Or, nous notons qu'il y a seulement onze des trente items du questionnaire pour lesquels les scores attribués par Mme BD et son aidante reflètent la même évolution entre le pré et le post-intervention. Parmi ces onze items, neuf relèvent une absence d'évolution. Cela concerne majoritairement les items pour lesquels Mme BD a un score maximal en pré-intervention, ne pouvant donc pas améliorer son score.

Pour six items pour lesquels Mme BD s'accordait la note maximale, nous notons qu'en post-intervention l'évolution est négative. Cela peut être dû à son état émotionnel au moment de la passation du questionnaire : Mme BD peut être plus ou moins défaitiste ou enthousiaste, impliquant ainsi une variation dans la notation des items. Cela peut également vouloir dire qu'elle se note plus sévèrement entre le pré et le post-intervention, ayant été sensibilisée aux différentes habiletés conversationnelles. L'entraînement dont elle a pu bénéficier grâce au programme d'intervention lui aurait ainsi permis d'avoir une meilleure conscience de ses difficultés. Cette dernière hypothèse nous semble la plus probable étant donné que Mme BD a toujours montré, d'après son orthophoniste, de bonnes capacités d'analyse et d'autocritique durant la rééducation.

Ainsi, pour une analyse plus pertinente de ces résultats, nous allons détailler les liens entre les évaluations réalisées avec le protocole MEC, la GALI et la Trobe Communication Questionnaire au regard des différentes habiletés pragmatiques-communicationnelles.

3.1 Prosodie

Suite à l'intervention, la prosodie de Mme BD reste altérée malgré une amélioration visible à la GALI et aux épreuves du protocole MEC. Au vu des réponses de Mme BD au questionnaire de conscience du trouble, nous remarquons qu'elle se note plus sévèrement concernant la facilité à changer son style de parole (ton de voix, choix des mots) en fonction de la situation alors que sa sœur estime qu'elle a pu s'améliorer sur cet item. Mme BD trouve donc plus difficile d'adapter son style de parole en conversation. Suite à l'intervention elle a pu

prendre conscience de l'importance de cette modulation en conversation et de la difficulté qu'elle a à le réaliser. Cependant, elle pense avoir moins de difficultés après l'intervention à utiliser correctement son ton de voix. Il est possible que la participante ait ainsi conscience de réussir à moduler sa voix en contexte structuré mais trouve encore cela difficile de l'appliquer en conversation. Cette dernière hypothèse est en accord avec les résultats des évaluations du protocole MEC et de la GALI : les scores de Mme BD se sont améliorés, mais restent déficitaires en situation de conversation. Mme BD considère d'ailleurs qu'il s'agit de l'habileté qui lui reste le plus à travailler en fin de prise en charge, ce que nous avons pu observer lors de l'analyse de la conversation.

3.2 Contact visuel

Avant l'intervention, Mme BD estime ne pas avoir de difficulté concernant le contact visuel. Cependant, des troubles très fins émergent aux évaluations réalisées et l'orthophoniste observe une déviation du regard à droite lors des pauses interactionnelles. Donc, Mme BD ne semblait pas avoir conscience de son léger trouble du contact visuel. Suite à l'intervention, les scores de Mme BD aux évaluations se normalisent pour cette habileté, et la participante estime toujours ne pas présenter de trouble. Nous ne pouvons alors pas statuer sur l'amélioration ou non de sa conscience du trouble étant donné qu'elle s'attribue la note maximale en pré comme en post-intervention et qu'il n'y a effectivement plus de trouble en post-intervention. Nous notons que le contact visuel reste difficile à évaluer même pour des examinateurs sensibilisés ; il n'est alors pas étonnant que la participante et sa sœur n'aient pas eu conscience de ces légers troubles en pré-intervention.

3.3 Débit

Alors que sa sœur pense que son débit est adapté en pré comme en post-intervention, Mme BD a ressenti un ralentissement de son débit de parole depuis son accident, qui persiste selon elle après l'intervention. Cependant, nous notons aux évaluations réalisées avec le protocole MEC et la GALI que Mme BD présente un débit rapide. De plus, la participante et son aidante nous informent toutes deux qu'avant son AVC, Mme BD présentait déjà un débit rapide. Il se peut alors que l'AVC ait effectivement entraîné une réduction du débit, mais que celui-ci paraisse toujours trop rapide à un interlocuteur non-familier.

3.4 Maintien du thème

Après l'intervention, Mme BD ne semble pas consciente d'avoir encore tendance à rester sur les mêmes thèmes de conversation alors que sa sœur le constate régulièrement au cours de leurs échanges. Nous l'avons également relevé lors de l'analyse de la conversation où Mme BD parle très fréquemment de ses sorties en bateau. Nous pouvons présumer qu'elle a dû réduire ses activités suite à son accident impliquant ainsi une diminution des thèmes de conversation. Cette diminution des thèmes de conversation est également notée par son entourage. Cela est à mettre en lien avec une difficulté à introduire de nouveaux éléments pour entretenir la conversation mise en évidence lors de l'analyse réalisée avec la GALI.

Sa sœur note également que Mme BD est moins impliquée dans la conversation depuis son AVC. En effet, elle répond seulement aux questions qui lui sont posées sans rebondir sur les propos de son interlocuteur. Cette tendance demeure suite au programme d'intervention d'après sa sœur. Nous avons évoqué la possibilité que ce soit la situation thérapeutique qui entraîne ce manque de réciprocité dans l'échange, or il s'avère que cela se retrouve également avec des interlocuteurs familiaux (ici, sa sœur).

Ainsi, Mme BD semble présenter des difficultés dont elle n'a pas conscience à entretenir la conversation et maintenir une réciprocité dans l'échange. Cependant, elle semble consciente de faire parfois des pauses, des hésitations ou des répétitions au cours d'une conversation et d'avoir des difficultés à initier de nouvelles conversations.

3.5 Quantité et qualité d'information

Aux évaluations réalisées avec le protocole MEC et la GALI, si Mme BD s'est toujours montrée réceptive aux questions de son interlocuteur, ses réponses sont plus étayées suite au programme l'intervention. En revanche, au questionnaire de conscience du trouble, la participante explique avoir du mal à juger de la quantité d'information à donner : elle dit donner parfois trop d'informations et parfois trop peu. Nous n'avons pas relevé ce type de difficulté lors de nos évaluations, mais celles-ci portent seulement sur un instant conversationnel donné. Néanmoins, l'orthophoniste note que la quantité d'information donnée par Mme BD est encore sous-optimale après l'intervention, son discours étant parfois parsemé de détails peu informatifs.

Par ailleurs, Mme BD et son aidante relevaient au questionnaire de conscience du trouble avant l'intervention une difficulté marquée à inhiber les propos pouvant s'avérer inappropriés en conversation. Effectivement, elles notent toutes deux que Mme BD avait déjà peu de filtre social et pouvait manquer occasionnellement de tact avant son AVC. Selon elles, cela semble être moins important suite à l'intervention. Nous n'avons pas noté lors de nos analyses conversationnelles ce type de propos, ce qui nous laisse penser que Mme BD peut adapter son discours à un interlocuteur non-familier, notamment un thérapeute.

3.6 Expressions faciales

Il n'y a pas d'item relatif aux expressions faciales dans la Trobe Communication Questionnaire. Cependant, en remplissant le questionnaire avec l'orthophoniste, Mme BD exprime le ressenti de devoir encore travailler cette habileté malgré une amélioration depuis le début de la prise en charge. Cela est en accord avec les résultats obtenus au protocole MEC et à la GALI qui reflètent une habileté toujours altérée après l'intervention. L'orthophoniste souligne que Mme BD présente un visage plus expressif, mais essentiellement en début d'interaction ou sur de très brefs échanges. Elle parvient donc à réaliser les expressions faciales en contexte structuré, mais présente des difficultés à les associer à son discours en situation de conversation, tâche complexe requérant une charge cognitive importante. De plus, la présence d'une atteinte du motoneurone supérieur affectant l'hémiface gauche peut également être à l'origine des difficultés de Mme BD et ainsi ralentir la récupération de cette habileté.

3.7 Tours de parole

Concernant la gestion des tours de parole, Mme BD dit savoir quand prendre ses tours de parole en pré comme en post-intervention mais parfois faire de faux départs et couper la parole de son interlocuteur, ce qui est en accord avec les remarques de sa sœur et les évaluations réalisées avec le protocole MEC et la GALI. En effet, nous notons qu'en pré-intervention, il arrive parfois à Mme BD de couper la parole de son interlocuteur mais le reste du temps, elle fait des pauses avant de commencer à parler. Ce temps de latence est toujours observé en post-intervention. Cela peut s'expliquer par plusieurs hypothèses. La participante peut avoir besoin de temps pour élaborer sa réponse avant de prendre la parole, ce que nous pourrions mettre en lien avec la difficulté qu'elle évoque à trouver le mot particulier qu'elle veut dire. Mme

BD peut ainsi éprouver le sentiment de chercher ses mots, ralentissant ainsi sa prise de parole. Par ailleurs, elle peut s'avérer plus sensible à la nécessité de faire attention aux habiletés entraînées afin de garantir le bon déroulement de l'échange impliquant ainsi des temps de latence avant sa prise de parole. Enfin, elle pourrait se noter plus sévèrement en post-intervention sur cet item, ayant pris conscience de faire des pauses durant son discours, ce qui est en accord avec nos observations lors de l'analyse conversationnelle.

Nous ne pouvons pas valider cette hypothèse, la Trobe Communication Questionnaire ne permettant pas de statuer objectivement sur l'amélioration ou non de la conscience du trouble de Mme BD. Une évaluation neuropsychologique de l'anosognosie de Mme BD en pré et en post-intervention plutôt qu'un questionnaire de conscience des troubles aurait pu permettre de statuer sur cette hypothèse, comme nous le discuterons par la suite.

En revanche, nous avons pu confronter quatre différents points de vue sur l'amélioration de Mme BD et ses capacités : nos évaluations (protocole MEC et GALI), les réponses et commentaires au questionnaire de conscience du trouble de la participante et ceux de son aidante, ainsi que les remarques de l'orthophoniste. Au regard de cette confrontation, nous observons que Mme BD semble présenter de bonnes capacités d'analyse et d'autocritique de ses difficultés relevées par son orthophoniste dès le début de la prise en charge. Nous notons toutefois que concernant le maintien du thème, les résultats à nos évaluations sont concordants avec les observations de l'aidante et de l'orthophoniste mais en opposition avec celles de la participante. Cette dernière ne semble pas avoir conscience de cette difficulté notée par tous les intervenants, ce qui peut s'expliquer par le fait que les patients CLD* aient parfois tendance à surestimer leurs capacités fonctionnelles quotidiennes et sous-estimer leurs déficits (Tompkins, 1995). Ainsi, Mme BD semble avoir conscience de ses difficultés de manière plus ou moins correcte selon les habiletés concernées.

II Implications théoriques et cliniques

Nous confronterons ici nos données à celles de la littérature et ouvrirons des pistes de réflexion quant à l'évaluation et la prise en charge orthophonique des patients CLD*.

1 Confrontation des résultats à la littérature

Dans cette présente étude nous avons voulu mettre en avant les apports de ce programme d'intervention sur les habiletés pragmatiques-communicationnelles à travers une étude de cas unique en confrontant nos données à celles de la littérature scientifique. Nous entamons une réflexion qui devra être complétée ultérieurement par une étude de groupe. Par ailleurs, la littérature quant à l'efficacité clinique des méthodes d'intervention portant sur les habiletés communicationnelles des patients CLD* reste à ce jour très limitée. En effet, la conversation constitue une composante complexe, impliquant plusieurs habiletés communicationnelles, ce qui rend difficile la mise en place d'un cadre d'intervention.

Puisqu'il n'existe pas encore, à notre connaissance, de traitement comparable au programme d'intervention proposé à Mme BD et prouvé scientifiquement comme étant efficace (Gindri et al., 2014), nous ne sommes donc pas en mesure d'établir des preuves directes d'efficacité et de spécificité du programme d'intervention présenté dans notre étude. En revanche, notre travail constitue une contribution intéressante pour examiner l'effet d'une intervention hiérarchisée et spécifique sur les habiletés pragmatiques-communicationnelles auprès de patients CLD*.

Les différentes habiletés travaillées dans le programme n'ont pas été étudiées de façon isolée et spécifique dans la littérature, mise à part la prosodie. Aussi, nous allons discuter les habiletés pragmatiques et discursives, et détailler ensuite la composante prosodique.

1.1 Prise en charge des habiletés discursives et pragmatiques

Les habiletés discursives et pragmatiques sont difficilement dissociables, et sont donc souvent étudiés et traités ensemble (Ferré, Ska, et al., 2011). Nous disposons de très peu de données concernant les interventions proposées aux patients CLD*, surtout en ce qui concerne le discours et la pragmatique (Blake, 2007). Dans notre étude, Mme BD présente une amélioration partielle des habiletés entraînées dans le programme. Cela est en accord avec certaines études retrouvées dans la littérature présentant des protocoles permettant aux participants une amélioration des habiletés pragmatiques et discursives entraînées, mais avec une persistance de certains déficits.

Ainsi en 1990, Klonoff, Sheperd, O'Brien, et Chiapellose sont intéressés à l'efficacité d'un programme de rééducation auprès de trois patients CLD*. Il s'agit d'un programme d'intervention intensif des habiletés discursives et pragmatiques centré sur une approche psycho-éducative dans laquelle le patient et ses proches sont sensibilisés aux troubles consécutifs à une lésion hémisphérique droite. Ce programme comprend également une thérapie de groupe portant sur des aspects cognitifs, physiques, émotionnels, langagiers et communicationnels. Tous les participants de l'étude ont présenté une amélioration des habiletés discursives et pragmatiques suite à l'intervention. Cependant, plusieurs aspects pragmatiques restent altérés, notamment ceux relatifs au respect des règles conversationnelles (gestion de la quantité d'informations à transmettre, le maintien du thème, respect des tours de parole) (Blake et al., 2013). Dans son étude, Varley (2008) rapporte une amélioration chez son patient dans la gestion de son discours et de la quantité d'informations à donner, cependant, ces améliorations ont révélé une pauvreté des idées exprimées par ce patient (Mackenzie & Brady, 2008). Enfin, dans son étude de cas, Wilshire (2003) décrit également une amélioration, mais seulement partielle, des habiletés entraînées chez une patiente ayant bénéficié d'une thérapie inspirée des principes de la littérature et adaptée à ses déficits, comprenant un travail centré sur l'explicitation des règles pragmatiques en contexte structuré.

1.2 Prise en charge de la prosodie

En ce qui concerne la composante prosodique, nous avons noté chez Mme BD une faible amélioration globale des performances entre le pré-intervention et le post-intervention. Dans la littérature, les programmes spécifiques de rééducation de la prosodie obtiennent des résultats encourageants (rapportés dans la revue de Ferré, Ska, et al., 2011). Ainsi, les participants de l'étude de Guillet (2009) ayant bénéficié d'un entraînement spécifique de la prosodie ont présenté une amélioration tant en prosodie émotionnelle que linguistique. De même, un protocole de rééducation de l'aprosodie incluant une thérapie motrice et une thérapie cognitivo-linguistique a permis une amélioration de l'utilisation de la prosodie émotionnelle chez les cinq participants (Leon et al., 2005).

Cette différence avec la littérature peut s'expliquer de plusieurs façons. Tout d'abord, les différentes études de la littérature mesurent l'évolution de la prosodie en pré-post intervention grâce à des évaluations qui restent pour la plupart très formelles (protocole MEC, production de phrases données, etc.). Or, nous savons que les performances des patients CLD* peuvent s'avérer très variables lors de tâches structurées en contexte d'évaluation (Ferré, Ska, et al.,

2011). Une évaluation qualitative associée permettrait d'affiner ces résultats. Par ailleurs, Leon et al. (2005) soulignent que les troubles prosodiques dans le cadre d'une lésion hémisphérique droite sont difficiles à diminuer avec une prise en charge car une anosognosie est fréquemment retrouvée chez ces patients. Grâce à l'analyse détaillée des réponses de Mme BD et de son aidante à la Trobe Communication Questionnaire, nous avons en effet noté que la participante n'est pas toujours consciente de ses difficultés, notamment lorsque cela concerne certaines habiletés déficitaires avant l'intervention. Enfin, ce programme d'intervention vise l'amélioration des habiletés pragmatiques-communicationnelles : il s'agit d'un objectif plus large que l'amélioration de la seule composante prosodique, ce qui peut expliquer le fait que l'amélioration observée chez Mme BD soit faible, par rapport aux données de la littérature. Cela est en accord avec les résultats obtenus dans deux études : celle de Bleau (2010) portant sur une intervention concernant les troubles de la communication chez une participante présentant une lésion hémisphérique droite, où toutes les habiletés ont présenté une amélioration sauf la compréhension de la prosodie linguistique ; et celle de Patenaude (2013), où seuls les résultats en compréhension de la prosodie émotionnelle et linguistique n'ont pas présenté d'amélioration. Dans ces deux interventions globales portant sur communication, la prosodie est la seule composante à ne pas s'être améliorée de façon homogène. Tous ces arguments nous permettent de supposer que la rééducation de la prosodie chez les patients CLD* pourrait nécessiter un entraînement spécifique et ciblé.

Le programme d'intervention permet l'amélioration de la majorité des comportements pragmatiques-communicationnels entraînés chez Mme BD. Il apparaît ainsi qu'une intervention orthophonique de type intensif et ciblée sur des aspects communicationnels précis soit pertinente et efficace pour la prise en charge de cette participante. Cela est en accord avec les études précédemment évoquées (Patenaude, 2013; Wilshire, 2003) et les éléments théoriques exposés par Ferré, Ska, et al. (2011), Myers (1999) et Pautz (2005), qui sont à l'origine des principes directeurs appliqués dans ce programme, à savoir : une intervention centrée sur la tâche, établie sur trois fondements (levée de l'anosognosie, progression de la difficulté et considération des atteintes cognitives) et de type métacognitif.

2 Evaluation de la communication et analyse de la conversation

Mme BD présente une amélioration significative de ses scores au protocole MEC. Ainsi en entraînant des habiletés pragmatiques-communicationnelles précises, le programme d'intervention vise une amélioration plus large des habiletés communicationnelles, ce qui a été le cas chez Mme BD. Cependant, nous notons une différence entre les résultats de la participante obtenus aux épreuves du protocole MEC et à la GALI. En pré-intervention, Mme BD présente des scores en-dessous du point d'alerte aux épreuves du protocole MEC pour deux épreuves seulement. Or les thérapeutes de Mme BD évoquaient une atteinte conversationnelle marquée et notamment une atteinte pragmatique expressive et réceptive. Cette atteinte conversationnelle a ensuite été mise en évidence lors de l'évaluation réalisée avec la GALI.

Cette différence de résultats chez Mme BD entre les épreuves du protocole MEC et la GALI soulève la problématique de l'évaluation des troubles des patients CLD*. En effet, les épreuves d'évaluation ne sont pas toujours représentatives des capacités et difficultés réelles des patients. Les épreuves d'évaluation de la communication (protocole MEC) ne semblent pas mettre en évidence les difficultés réelles de Mme BD, qui sont révélées grâce à une évaluation approfondie de la conversation (GALI). Cela est en accord avec les observations de Klonoff et al. (1990), qui constatent que les mesures cognitives et langagières habituelles sous-estiment

l'impact d'une lésion cérébrale droite sur les habiletés sociales et relationnelles du patient et différent de ce que les proches et cliniciens observent dans les situations plus écologiques (Barnes & Armstrong, 2010). Il apparaît alors important de pouvoir étudier les habiletés communicationnelles dans une réelle conversation plutôt que dans une tâche d'évaluation seule (Weed, cité par Joannette et al., 2013).

Les orthophonistes ont donc besoin de tâches quantitatives pour structurer l'évaluation des patients CLD*. En effet, l'utilisation de tâches standardisées et normées permet de comparer le patient à la norme, de voir l'évolution quantitative de ses scores avant et après l'intervention et de pouvoir comparer différentes études entre elles. Mais ces évaluations n'étant pas suffisantes, il est nécessaire de les associer à une évaluation plus qualitative de la conversation de type analyse conversationnelle. Cette combinaison de deux types d'évaluation permet d'identifier précisément les difficultés présentées par le patient afin de lui proposer une prise en charge et des objectifs adaptés (Weed cité par Joannette et al., 2013). Dans cette présente étude, nous avons perçu l'intérêt d'associer ces deux types d'évaluation pour cibler au mieux les atteintes présentées par Mme BD. Prenons notamment l'exemple de la composante prosodie : cette-dernière n'était pas altérée en pré-intervention au regard des épreuves du protocole MEC, mais l'analyse conversationnelle réalisée avec la GALI nous a permis de constater que sept des neuf items relatifs à la prosodie étaient très altérés, ce qui était cohérent avec les remarques des thérapeutes et de la famille de la participante. Par ailleurs, nous notons que les épreuves du protocole MEC nous donnent des informations sur les habiletés verbales essentiellement, alors que l'évaluation réalisée grâce à la GALI nous fournit également des éléments sur les habiletés non-verbales du participant, centrales dans une analyse des habiletés pragmatiques-communicationnelles.

Cela nous amène à nous poser la question de la place d'une évaluation approfondie de la conversation au cours de l'évaluation clinique initiale des patients CLD*. Ainsi, d'après Jacquet et Le Cor (2015), l'épreuve « discours conversationnel » du protocole MEC pourrait être réalisée en première intention pour dépister les troubles du patient CLD*, et la GALI pourrait servir à affiner le diagnostic et la description des troubles dans un second temps (Jacquet & Le Cor, 2015).

III Remarques et critiques méthodologiques

Notre étude portant sur l'intérêt d'un programme d'intervention visant la rééducation des troubles pragmatiques-communicationnels auprès d'une participante CLD*, nous avons choisi de nous centrer sur l'analyse détaillée des scores et observations recueillis en pré et post-intervention. Aussi, nous ne sommes pas attachées à discuter de la construction du programme, cette réflexion ayant déjà été menée dans les précédents mémoires ayant permis son élaboration.

1 Population

Nous pouvons nous demander si la participante a été intégrée au protocole de recherche suffisamment à distance de son AVC pour exclure l'attribution des bénéfices du programme d'intervention à un effet plus large de la récupération spontanée de certaines habiletés. En effet, à six semaines post-AVC, Mme BD se situe toujours dans la phase aiguë post-AVC et peut donc encore bénéficier des effets d'une récupération spontanée. Pour statuer sur ce point, nous aurions pu proposer à Mme BD une double évaluation en pré-intervention afin de

s'assurer de la stabilité de ses troubles avant de lui proposer le programme d'intervention. En effet, cette double évaluation nous aurait permis de voir si Mme BD se situait toujours en phase de récupération spontanée ou non. Cependant au vu des temps de séjours en centre de réadaptation très courts au Québec, nous ne pouvions attendre plus longtemps avant de lui proposer le programme d'intervention. Afin de valider scientifiquement l'efficacité de ce programme d'intervention, il semble ainsi nécessaire de répliquer cette étude sur des patients CLD* hors phase de récupération spontanée, en leur proposant une double évaluation en pré-intervention.

De plus, nous avons été confrontées à des difficultés concernant l'analyse de certaines données du fait de l'origine québécoise de Mme BD et de son orthophoniste notamment concernant la qualité de l'information. En effet, certaines expressions ont parfois un sens différent en québécois. L'analyse de la prosodie nous a également demandé plus d'attention car différente entre le français « de France » et le français québécois.

2 Matériel

2.1 Protocole MEC

Actuellement le protocole MEC est un des outils de référence pour l'évaluation des troubles langagiers des patients CLD. Cependant, comme discuté plus tôt, ces troubles passent souvent inaperçus lors d'épreuves d'évaluation de la communication : ils sont souvent compensés lors de tâche répétitive et structurée (Ferré, Ska, et al., 2011). En revanche ces derniers sont difficiles à compenser en situation de tâche complexe comme la conversation. Nous avons pu être confrontées à cette difficulté lors de l'évaluation initiale de Mme BD. En effet, au regard du protocole MEC elle ne présente que deux scores en dessous du seuil d'alerte alors que lorsque nous analysons qualitativement ses compétences pragmatiques-communicationnelles au cours d'une conversation, nous pouvons relever de nombreuses difficultés non révélées par les épreuves d'évaluation.

2.2 Trobe Communication Questionnaire

L'adaptation française de la Trobe Communication Questionnaire est un outil permettant au thérapeute d'estimer le niveau de conscience des troubles de son patient. Il ne s'agit pas d'un outil visant à évaluer l'anosognosie, diagnostic référant à une notion complexe nécessitant une évaluation neuropsychologique approfondie.

Dans cette étude, ce questionnaire a été utilisé afin de recueillir des informations qualitatives intéressantes sur la façon dont Mme BD et son aidante (sa sœur) percevaient les troubles de la participante. En effet, il n'a pas été possible d'utiliser les scores totaux obtenus avec le questionnaire car la cotation est inversée pour certains items (le score se rapprochant le plus de la norme peut ainsi être 1 ou 4 selon les items). De plus, la version française du questionnaire n'est pas normée. Ainsi, nous ne pouvons pas interpréter le score total, ni le comparer à une norme, pour juger du niveau de conscience du trouble de la participante. C'est pourquoi nous avons privilégié une analyse qualitative des réponses données par Mme BD et son aidante.

Enfin, il est à noter que les items de la Trobe Communication Questionnaire ne permettent pas d'explorer toutes les habiletés entraînées dans le programme d'intervention de la même manière. Ainsi, nous n'avons pas pu estimer le niveau de conscience du trouble de Mme BD

quant à la catégorie « expressions faciales » via le questionnaire, et avons dû exploiter le ressenti de la participante exprimé à l'orthophoniste quant à cette habileté.

A l'avenir, pour disposer d'une analyse plus précise du niveau de conscience des troubles des sujets CLD*, nous pourrions envisager de faire passer la Trobe Communication Questionnaire à une troisième personne (proche du participant) afin de comparer leurs avis quand il y a désaccord. En effet, il a été difficile d'interpréter les désaccords entre les réponses de Mme BD et de son aidante sur certains items : est-ce que Mme BD n'a pas conscience de son trouble ? Est-ce que son aidante ne se rappelle plus, sur ou sous-estime ses difficultés ? Par ailleurs, il pourrait être envisagé, dans une future étude, de solliciter un neuropsychologue pour réaliser une évaluation de l'anosognosie des patients.

2.3 GALI

La GALI est un outil récent (Sainson et al., 2014), peu connu des orthophonistes, que nous avons découvert pendant nos recherches, permettant de compléter notre évaluation de manière qualitative et structurée. La GALI repose sur une solide base théorique qui permet de définir et de décrire les comportements auxquels l'examineur doit prêter attention au cours de son évaluation. L'examineur est ainsi guidé à l'aide de vidéos et de définitions précises des différents comportements verbaux et non-verbaux de la conversation. De plus, l'étalonnage se fait par catégorie (âge et sexe) ce qui est très intéressant pour comparer les résultats du patient aux normes de la catégorie à laquelle il appartient. Cependant cet étalonnage a été réalisé sur peu de participants. La GALI est un outil pouvant être investi par les cliniciens : sa prise en main est rapide, la cotation se fait rapidement, d'autant plus avec de la pratique et l'interprétation des comportements est facilitée. Cependant, il est nécessaire d'être formé à la gestion de la conversation afin d'assurer l'échange d'informations entre l'orthophoniste et son patient de manière équilibrée lors de la réalisation de la conversation filmée.

Lors de la cotation nous avons été confrontées à quelques difficultés. Certains items regroupent plusieurs notions, il est donc difficile de dissocier les améliorations et d'attribuer un score global. De même, certains items ne différencient pas la qualité et la fréquence d'apparition d'un comportement. Il était donc difficile d'attribuer une note lorsqu'un comportement était peu fréquent mais adapté lorsqu'il était produit. De plus, certaines questions posées à la négative pouvaient être difficiles à coter, mais ce problème devrait s'atténuer avec la pratique de l'outil.

La GALI est l'outil qui correspondait le plus à nos besoins pour ce mémoire, mais il n'avait pas été prévu initialement pour analyser les résultats du programme d'intervention. Ainsi, la GALI explore toutes les habiletés entraînées dans le programme, sauf l'habileté « maintien du thème », qui n'a pu être évaluée via cet outil. De plus nous avons choisi cet outil après avoir fait les enregistrements vidéo et n'avons pas pu sensibiliser suffisamment l'orthophoniste à nos besoins pour l'analyse vidéo. En effet, le contexte thérapeutique entraîne un échange d'information qui peut être pauvre, avec peu d'informations nouvelles : nous sommes à l'hôpital, Mme BD voit peu de monde et a réduit ses activités. Ainsi, il aurait été intéressant de filmer la participante dans une conversation avec un proche en pré post intervention afin d'obtenir un échange d'informations peut-être plus riche et de voir s'il y a des différences en fonction de l'interlocuteur.

3 Procédure

Nous avons pu soulever différentes pistes de réflexion tout au long de la réalisation de notre étude concernant notamment la passation des évaluations avant et après l'intervention ainsi que l'application d'un projet clinique de recherche dans un cadre universitaire.

3.1 Evaluations

Concernant les évaluations avant et après l'intervention nous avons également relevé quelques biais dans la procédure. Tout d'abord, trois expérimentateurs ont participé aux passations des évaluations. Ceci peut avoir entraîné des différences d'ordre méthodologique et relationnel pouvant influencer les réponses de Mme BD aux différentes épreuves. En revanche, il était intéressant de confier les passations en post-intervention à un examinateur extérieur, l'orthophoniste étant impliquée dans la relation thérapeutique avec Mme BD suite à l'intervention.

Par ailleurs, Les examinateurs ayant analysé les données n'étaient pas neutres : ils étaient impliqués dans la recherche et savaient quels extraits appartenaient à l'évaluation pré-intervention et post-intervention. Il faut donc rester vigilant car une grande part de subjectivité est impliquée dans la cotation des épreuves et l'analyse des données. Nous pouvons également nous interroger sur un potentiel effet re-test entre le pré et le post-intervention pour les épreuves du protocole MEC et pour la Trobe Communication Questionnaire. Nous n'avons également pas pu évaluer l'amélioration de Mme BD pour l'épreuve de « prosodie émotionnelle – production » du protocole MEC suite à un oubli de l'examineur chargé de l'évaluation post-intervention. Il aurait été intéressant de pouvoir comparer les capacités prosodiques de Mme BD en production dans deux situations : épreuves d'évaluation et conversation libre. Par ailleurs, concernant la passation post-intervention de la Trobe Communication Questionnaire, l'orthophoniste demandait à Mme BD si elle remarquait une différence entre avant et après la rééducation pour chaque item en plus de la question initialement posée. Ce double questionnement pour chaque item doublant le nombre d'informations à traiter peut avoir complexifié la tâche pour Mme BD. Ainsi, ces résultats peuvent être partiellement biaisés. La sœur de Mme BD qui a rempli le questionnaire chez elle a également rapporté des difficultés à comprendre certaines questions ce qui a pu induire des réponses ne correspondant pas à ses observations réelles.

L'analyse qualitative de la conversation a également été soumise à différents biais. En effet, nous n'avons bénéficié que d'une courte durée pour analyser les extraits avec la GALI. Les analyses des différents extraits se sont donc succédé rapidement, ce qui a pu engendrer des interférences entre les différentes vidéos et ainsi biaiser certains scores. Nous n'avons pas eu le temps de nous former suffisamment à l'utilisation de l'outil et lors du traitement des données, nous nous sommes aperçues que certains items n'avaient pas été cotés de façon optimale. Nous n'avons également pas obtenu d'extrait de conversation assez long au milieu de l'intervention que nous aurions pu analyser. Ceci nous aurait permis d'observer les progrès de Mme BD au cours de la rééducation, et ainsi d'observer les effets du travail effectué en début et en fin de prise en charge (Gindri et al., 2014). Enfin, nous n'avons pas pris en compte les compétences de l'interlocuteur, ce qui nous aurait permis de considérer l'interaction, et donc les performances des deux locuteurs ainsi que leur influence mutuelle.

3.2 Méthodologie de recherche

Tout d'abord, nous avons été confrontées à une contrainte temporelle liée au calendrier universitaire. Un temps d'étude plus long aurait pu nous permettre d'évaluer les effets de l'intervention à distance (trois et six mois après l'intervention), d'intégrer plus de participants et surtout de voir si les bénéfices tirés par Mme BD suite à l'intervention sont exclusivement dus au programme d'intervention, à une récupération spontanée ou au simple fait d'avoir bénéficié d'échanges conversationnels.

Par ailleurs, comme évoqué plus haut, les temps de séjours en centre de réadaptation sont très courts au Québec. Le temps de séjour restreint de Mme BD nous a seulement permis de lui proposer l'ensemble des séances nécessaires selon ses déficits communicationnels et une évaluation pré et post-intervention. En revanche, cela ne nous a pas permis de réaliser la dernière séance en présence d'un proche pour transférer les outils et les attitudes de communications à adopter avec Mme BD.

De plus, nous avons rencontré des difficultés liées à l'application clinique d'un projet de recherche. De nombreux intervenants sont impliqués dans le projet (laboratoire, centre de réadaptation, étudiantes), il fallait alors veiller à la bonne transmission des informations. Le programme ayant été administré par une orthophoniste dans un centre de réadaptation, nous avons dû nous adapter aux aléas du cadre institutionnel: organisation logistique, parfois d'autres soignants dans la pièce pour observation, séances écourtées du fait de la fatigabilité de Mme BD très stimulée au centre de réadaptation. La participante n'a pas toujours été régulièrement présente du fait de permissions de sortie prolongées ou de la programmation d'autres rééducations.

Enfin, ce programme d'intervention vise à l'amélioration des habiletés pragmatiques-communicationnelles des patients CLD*. Il s'agit d'un objectif de travail très fonctionnel, au plus près des besoins réels du patient. Ces habiletés sont sollicitées au quotidien lors des échanges interpersonnels et dépendent du contexte d'énonciation ainsi que du partenaire de conversation impliquant alors une difficulté à établir un programme d'intervention standardisé. S'ajoute à cela le fait que les atteintes présentées par les patients CLD* soient hétérogènes (Blake et al., 2013). Il est donc important de fournir aux orthophonistes un programme qui puisse être adapté aux atteintes cognitives et communicationnelles des patients ainsi qu'à leurs ressources. Cependant, cette possibilité de personnalisation du programme d'intervention à chaque patient rend difficile l'identification des forces et des faiblesses de la méthode (Gindri et al., 2014).

Malgré les biais induits par un projet de recherche clinique, ce type de programme est accessible aux thérapeutes, leur permettant potentiellement de se projeter dans son application directe.

IV Apports cliniques et personnels

Réaliser ce mémoire de recherche a été une expérience enrichissante tant sur le plan professionnel que personnel. Nous avons pu approfondir nos connaissances théoriques concernant des patients encore peu connus et pris en charge en orthophonie et participer à sensibiliser les professionnels et lecteurs à leurs difficultés communicationnelles. Nous avons développé une expertise dans ce domaine et nourri une réflexion sur les moyens d'évaluation les plus adaptés pour ces patients. En confrontant nos données à celles de la littérature et en

échangeant avec les différents professionnels intervenant auprès de ces patients nous avons pris pleinement conscience de l'enjeu réel cette problématique.

Ce travail nous a par ailleurs permis de découvrir un outil d'évaluation interactif de la conversation sous forme de logiciel d'aide à l'analyse vidéo, la GALI. Cet outil nous a permis de compléter de façon appropriée notre évaluation de la communication et d'enrichir et structurer nos observations cliniques. Nous avons eu l'occasion de rencontrer Claire Sainson, qui a élaboré la GALI, et d'avoir des échanges pertinents et constructifs pour notre étude. Nous espérons contribuer, par ce présent travail, à faire connaître cet outil qui constitue un réel apport à l'évaluation clinique des troubles communicationnels chez les patients cérébrolésés et traumatisés crâniens.

De plus nous avons pu intégrer une étude en cours au sein du laboratoire Yves Joannette et ainsi découvrir son fonctionnement. Nous avons échangé et travaillé avec les praticiens-chercheurs de l'équipe, bénéficiant ainsi de leur accompagnement et de leur expérience. Nous avons également pu rencontrer et travailler avec les deux participantes répondant aux critères d'inclusion de l'étude, nous engageant ainsi dans une relation thérapeutique et aiguisant également notre regard clinique sur ces troubles communicationnels fins.

Ce programme d'intervention expérimental permet de répondre au manque actuel important de lignes directrices et d'outils concernant l'intervention orthophonique auprès des patients CLD*. Ce projet, résultat de plusieurs mémoires d'orthophonie successifs et du travail du laboratoire, signe une collaboration franco-qubécoise très enrichissante. Dans cette continuité, ce programme d'intervention pourrait être ultérieurement adapté en France (tournage des saynètes filmées avec des acteurs français, modification de certaines expressions locales). D'autres prolongements et pistes de réflexions sont envisageables.

V Perspectives

1 Piste concernant le format de l'étude

Comme nous l'évoquons dans le descriptif de notre expérimentation, nous avons réalisé une étude de cas unique pour permettre d'obtenir des premiers résultats sur l'intérêt clinique de ce programme d'intervention. Cependant, il est nécessaire de répliquer cette étude sur un plus grand échantillon, avec une méthodologie plus rigoureuse et des outils d'évaluation plus adaptés, afin de confirmer ou non nos premiers résultats et pouvoir statuer sur la spécificité ou non du programme. De plus, intégrer une large population de participants à l'étude permettrait de diminuer l'effet de la grande variabilité interindividuelle des troubles des patients CLD*. Cela offrirait également la possibilité de voir si ce type de programme d'intervention est adapté aux différents profils d'atteintes communicationnelles de ces patients.

2 Piste d'étude des corrélations avec les fonctions exécutives

De nombreux auteurs mettent en avant un hypothétique lien entre les déficits des fonctions exécutives et les déficits communicationnels des patients CLD* (pour revue, voir Joannette et al., 2013). En effet, la flexibilité mentale, l'inhibition, l'attention ou encore la mémoire de travail sont des habiletés requises en conversation, et leur altération pourrait être à l'origine des troubles communicationnels des patients CLD*. Cependant, aucun lien n'a encore été prouvé. Aussi, il pourrait être intéressant dans une future étude d'associer à l'évaluation pré et post-intervention des habiletés communicationnelles du patient une évaluation de ses fonctions

exécutives. Les résultats d'une telle étude pourraient fournir des éléments allant ou non dans le sens de cette hypothèse explicative. En effet, cela permettrait de voir si les fonctions exécutives sont déficitaires en pré-intervention pour tous les patients de l'étude, et si le programme d'intervention a une influence sur leur évolution.

3 Pistes d'approfondissement du programme d'intervention

Pour apporter une dimension plus écologique au programme d'intervention et ainsi favoriser la généralisation des bénéfices du travail réalisé dans la vie quotidienne du patient, il serait intéressant d'intégrer au programme d'intervention un travail avec son partenaire privilégié de communication. Inclure le partenaire de communication permettrait à ce-dernier d'être plus sensible aux habiletés à entraîner et d'apprendre à les stimuler. Il pourrait ainsi adopter un comportement fournissant au patient suffisamment de feed-back pour continuer à progresser. Prendre en compte le partenaire de communication dans la prise en charge orthophonique est une pratique de plus en plus fréquente, notamment avec les patients aphasiques, et donne des résultats très encourageants.

Suivant la même logique, il pourrait être intéressant d'intégrer d'autres intervenants médicaux et paramédicaux à l'application de ce programme d'intervention (Patenaude, 2013). En effet, cela permettrait d'avoir plusieurs professionnels sensibilisés aux troubles communicationnels des patients CLD* et aux attitudes à adopter en conversation avec eux pour les stimuler quotidiennement en leur fournissant les feedbacks nécessaires pour progresser. Cela favoriserait également la généralisation des progrès du patient en situation écologique (Côté, Moix, & Joannette, 2003).

Enfin, il serait intéressant d'adapter ce programme d'intervention à d'autres populations de patients présentant des atteintes communicationnelles similaires, tels que les patients traumatisés crâniens (Blake, 2007). Une adaptation du programme auprès des patients traumatisés crâniens est d'ailleurs en cours de réalisation à Montréal avec l'équipe du Dr Marcotte, chercheuse au centre de recherche de l'Hôpital Sacré-Cœur de Montréal.

CONCLUSION

Des troubles de la communication sont relevés chez plus de la moitié des patients cérébrolésés droits et constituent un réel handicap social. Ces troubles étant discrets et peu décelables lors d'un simple entretien ou lors de tâches structurées, ces patients sont rarement orientés vers des orthophonistes. Ces derniers sont par ailleurs confrontés à un manque d'outils d'évaluation et d'intervention spécifiques et validés scientifiquement. Pour répondre à ce manque, l'équipe de recherche du laboratoire Yves Joanette a développé un programme d'intervention visant à la rééducation des troubles pragmatiques-communicationnels des patients cérébrolésés droits.

L'objectif de notre travail était d'évaluer les apports de ce programme d'intervention expérimental au niveau des habiletés pragmatiques-communicationnelles d'une participante cérébrolésée droit. Pour cela, nous avons choisi d'associer une évaluation de la communication (protocole MEC) et une analyse qualitative de la conversation via un outil informatique interactif (Grille d'Analyse Linguistique de l'Interaction libre). Ceci nous a permis d'identifier les performances et difficultés de la participante avant et après l'intervention. Nous avons également mis en relation ces résultats avec les réponses obtenues par Mme BD et son aidante à un questionnaire de conscience du trouble (Trobe Communication Questionnaire). Nous souhaitions voir si les progrès de Mme BD étaient liés à une meilleure conscience de ses troubles.

Suite à l'intervention, la participante présente une amélioration de la majorité des habiletés entraînées. Cependant, cette amélioration s'avère parfois faible, et nous ne notons pas de distinction marquée entre l'évolution des habiletés entraînées et non-entraînées dans cette intervention. Nous n'avons pas pu statuer sur le lien entre la conscience du trouble de la participante et ses résultats obtenus aux évaluations car le questionnaire de conscience des troubles utilisé ne l'a pas permis. Malgré la validation, seulement partielle, des hypothèses de départ, les résultats obtenus ainsi que le retour de l'orthophoniste et de la participante sur cette intervention semblent très encourageants.

Nos résultats soulignent l'intérêt de proposer un programme d'intervention intensif et structuré mais adaptable à chaque patient, spécifiquement élaboré pour les patients cérébrolésés droit, visant la rééducation des troubles pragmatiques communicationnels.

Cette étude de cas nous a permis de soulever la problématique de l'intégration d'une analyse de la conversation à l'évaluation des troubles des patients cérébrolésés droits, souvent minimisés par les épreuves d'évaluation. La sensibilisation des professionnels ainsi qu'une modification des procédures d'évaluation, notamment grâce à l'analyse de la conversation, permettraient une meilleure orientation et une meilleure prise en charge des troubles pragmatiques-communicationnels de ces patients.

A l'avenir, l'application de notre travail à une étude de groupe permettrait de confirmer nos présents résultats et ainsi d'offrir aux orthophonistes un nouvel outil d'intervention validé scientifiquement. Enfin, nous notons la nécessité d'intégrer le partenaire privilégié de communication afin de généraliser les apports de la prise en charge.

REFERENCES

- Abusamra, V., Côté, H., Joannette, Y., & Ferreres, A. (2009). Communication impairments in patients with right hemisphere damage. *Life Span and Disability, 12*(1), 67–82.
- Ardisson, J., & Besnardeau, J. (2007). *Contribution à l'élaboration d'un matériel d'intervention orthophonique visant la réhabilitation des troubles pragmatiques expressifs d'adultes cérébrolésés*. Lyon : Mémoire d'orthophonie.
- Argyle, M., & Dean, J. (1965). Eye-contact, distance and affiliation. *Sociometry, 28*, 289 – 302.
- Barnes, S., & Armstrong, E. (2010). Conversation after right hemisphere brain damage: motivations for applying conversation analysis. *Clinical Linguistics & Phonetics, 24*(1), 55–69.
- Beausoleil, N., Fortin, R., Le Blanc, B., & Joannette, Y. (2003). Unconstrained oral naming performance in right- and left-hemisphere damaged individuals: When education overrides the lesion. *Aphasiology, 17*, 143–158.
- Beeke, S., Maxim, J., & Wilkinson, R. (2007). Using conversation analysis to assess and treat people with aphasia. *Seminars in Speech and Language, 28*(2), 136–147.
- Benton E., & Bryan K. (1996). Right cerebral hemisphere damage: incidence of language problems. *International Journal of Rehabilitation Research., 19*(1), 47–54.
- Blake, M. L. (2006). Clinical relevance of discourse characteristics after right hemisphere brain damage. *American Journal of Speech Language Pathology, 15*, 255–267.
- Blake, M. L. (2007). Perspectives on treatment for communication deficits associated with right hemisphere brain damage. *American Journal of Speech-Language Pathology / American Speech-Language-Hearing Association, 16*(4), 331–42.
- Blake, M. L. (2010). Communication Deficits Associated with Right Hemisphere Brain Damage. In *Handbook of language and Speech* (p. 556–576). Wiley-Blackwell.
- Blake, M. L., Frymark, T., & Venedictov, R. (2013). An Evidence-Based Systematic Review on Communication Treatments for Individuals With Right Hemisphere Brain Damage, 22.
- Bleau, A. (2010). *Intervention Concernant les Troubles de la Communication Chez une Personne avec Lésion Cérébrale Droite*. Montréal : mémoire d'orthophonie.
- Blonder, L. X., Heilman, K. M., Ketterson, T., Rosenbek, J., Raymer, A., Crosson, B., & Al., E. (2005). Affective facial and lexical expression in aprosodic versus aphasic stroke patients. *Journal of the International Neuropsychological Society, 11*, 677–685.
- Blonder, L. X., Pickering, J. E., Heath, R. L., Smith, C. D., & Butler, S. M. (1995). Prosodic characteristics of speech pre- and post-right hemisphere stroke. *Brain and Language, 51*, 318–335.
- Bloom, R. L., & Opler, L. K. (1998). Pragmatic breakdown in patients with left and right brain damage: Clinical implications. *Journal of Neurolinguistics, 11*(1-2), 11–20.
- Boles, L. (1998). Conversational discourse analysis as a method for evaluating progress in aphasia: A case report. *Journal of Communication Disorders, 31*(3), 261–274.
- Brin, F., Courrier, C., Lederle, E., & Masy, V. (2004). *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues : Ortho Edition.
- Broca, P. (1865). Sur la faculté du langage articulé. *Bulletin de La Société d'Anthropologie, 6*, 337–393.
- Chantraine, Y., Joannette, Y., & Ska, B. (1998). Conversational abilities in patients with right hemisphere damage. *Journal of Neurolinguistics, 11*(1-2), 21–32.
- Cocks, N., Hird, K. M., & Kirsner, K. (2007). The relationship between right hemisphere damage and

- gesture in spontaneous discourse. *Aphasiology*, 21, 299–319.
- Cook, M. (1977). Gaze and mutual gaze in social encounters. *American Scientist*, 65(3), 328 – 333.
- Cosnier, J. (1996). Le Geste et le co-pilotage interactionnel. *Psychologie de La Motivation*, 21, 129–138.
- Cosnier, J., & Brossard, A. (1984). Communication non-verbale, co-texte ou contexte. In Cosnier J., Brossard A. *La communication non-verbale, texte de base en psychologie*. (p. 1 – 29). Paris: Delachaux et Niestlé.
- Cosnier, J., & Driot, A. (2009). *Prise en charge de la communication à partir d'analyses conversationnelles : étude préliminaire concernant deux personnes aphasiques et leur partenaire conversationnel privilégié*. Lyon : Mémoire d'orthophonie.
- Cosnier, J., & Kerbrat-Orecchioni, C. (1991). *Décrire la communication*. Lyon: PUL.
- Côté, H., Moix, V., & Giroux, F. (2004). Evaluation des troubles de la communication des cérébrolésés droits. *Rééducation Orthophonique*, 219, 111–126.
- Côté, H., Moix, V., & Joannette, Y. (2003, mai). *Les troubles de la communication des cérébrolésés droits : situation actuelle de la prise en charge dans la pratique orthophonique au Québec*. Communication Affichée Aux Journées Scientifiques Du REPAR, Québec.
- Critchley, M. (1962). Speech and speech-loss in relation to duality of the brain. In Mountcastle V. *Interhemispheric relations and cerebral dominance* (p. 208–213). Baltimore: Press, John Hopkins.
- Davis, G., O'Neil-Pirozzi, T. M., & Coon, M. (1997). Referential cohesion and logical coherence of narration after right hemisphere stroke. *Brain and Language*, 56(2), 183–210.
- Dax, M. (1836). Lésions de la moitié gauche de l'encéphale coïncidant avec l'oubli des signes de la pensée (Lu au Congrès méridional tenu à Montpellier en 1836). *Gazette Hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, 2e Série*, 2, 259–262.
- Douglas, J., Bracy, C., & Snow, P. (2007). Measuring perceived communicative ability after traumatic brain injury: Reliability and validity of the La Trobe Communication Questionnaire. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 22, 31–38.
- Duchêne, A. (2000). *La gestion de l'implicite*. Isbergues : Ortho Edition.
- Duchêne May-Carle, A. (2008). Les inférences dans la communication : cadre théorie général. *Rééducation Orthophonique*, 234, 15–24.
- Durieux, N., Pasleau, F., & Maillart, C. (2012). Sensibilisation à l'Evidence-Based Practice en logopédie. *Les Cahiers de l'ASELF*, 9, 7–15.
- Ferré, P., Clermont, M. F., Lajoie, C., Côté, H., Abusamra, V., Ska, B., & Fonseca, R. P. (2009). Identification de profils communicationnels parmi les individus cérébrolésés droits : Profils transculturels clusters. *Revista Neuropsicologia Latinoamericana*, 1(1), 32–40.
- Ferré, P., Lamelin, F., Côté, H., Ska, B., & Joannette, Y. (2011). *Protocole Montréal d'Évaluation de la Communication version de Poche*. Isbergues : Ortho Edition.
- Ferré, P., Ska, B., Lajoie, C., Bleau, A., & Joannette, Y. (2011). Clinical Focus on Prosodic, Discursive and Pragmatic Treatment for Right Hemisphere Damaged Adults: What's Right? *Rehabilitation Research and Practice*, 2011.
- Fontaney, L. (1991). Intonation et régulation de l'interaction. In Cosnier J., Kerbrat-Orecchioni C. *Décrire la conversation*. Presses Universitaires de Lyon.
- Gindri, G., Pagliarin, K. C., Casarin, F. S., Branco, L. D., Ferré, P., Joannette, Y., & Fonseca, R. P. (2014). Rehabilitation of discourse impairments after acquired brain injury. *Dementia e neuropsychologia*. 8(1), 58–65.

- Grice, H. P., & Kant, E. (1979). Logique et conversation. *Communications*, 30(1), 57–72.
- Guillet, S. (2009). *Intérêt d'un entraînement spécifique de la prosodie chez deux patients cérébrolésés droits : étude de cas*. Tours : Mémoire d'orthophonie.
- Hartman-Maier, A., Soroker, N., Ring, H., & Katz, N. (2002). Awareness of deficits in stroke rehabilitation. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 34(4), 158–164.
- Heilman, K., Watson, R., & Valenstein, E. (1985). Neglect and related disorders. In *Clinical neuropsychology* (p. 243–93). New York.
- Hird, K., & Kirsner, K. (2003). The effect of right cerebral hemisphere damage on collaborative planning in conversation: an analysis of intentional structure. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 17(4-5), 309–315.
- Hymes. (1984). *Vers la compétence communicative*. Paris : Hatier.
- Jacquet, M., & Le Cor, B. (2015). *Habilités conversationnelles verbales et non-verbales dans l'aphasie pragmatique : étude comparative en fonction de la nature et de la localisation lésionnelle*. Amiens : Mémoire d'orthophonie.
- Joanette, Y. (2004). Impacts d'une lésion cérébrale droite sur la communication verbale. *Rééducation Orthophonique*, 219, 11–28.
- Joanette, Y., Ferré, P., & Wilson, M. A. (2013). Right hemisphere damage and communication. In *The Cambridge Handbook of Communication Disorders* (p. 247–265). Cambridge University Press.
- Joanette, Y., Goulet, P., & Hannequin, D. (1990). *Right hemisphere and verbal communication*. New York: Springer-Verlag.
- Joanette, Y., Ska, B., & Côté, H. (2004). *Protocole Montréal d'Évaluation de la Communication (Protocole MEC)*. Isbergues : Ortho Edition.
- Kendon, A. (1967). Some functions of gaze-direction in social interaction. *Acta Psychologica*, 26(44), 22–63.
- Kennedy, M., Strand, E., Burton, W., & Pertersen, C. (1994). Analysis of first-encounter conversations of right damaged participants. *Clinical Aphasiology*, 22, 67–80.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (1992). *Les interactions verbales, tome 2*. Paris: A. Colin.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (1996). *La conversation*. Paris: Seuil.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (1998). *Les interactions verbales. Approche interactionnelle et structure des conversations*. Paris: Masso et Armand Colin Editeurs.
- Klonoff, P., Sheperd, C., O'Brien, K., & Chiapello, D. (1990). Rehabilitation and outcome of right-hemisphere stroke patients: challenges to traditional diagnostic and treatment methods. *Neuropsychology*, 4, 147–163.
- Leon, S., Rosenbek, J. C., Crucian, G. P., Hieber, B., Holiway, B., Rodriguez, A. D., ... Gonzalez-Rothi, L. (2005). Active treatments for aprosodia secondary to right hemisphere stroke. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 42(1), 93–101.
- Leopold, P. (2010). *Elaboration d'une grille d'observation des comportements de communication manifestes par des couples dont un conjoint présente une aphasie modérée à sévère*. Lyon : Mémoire d'orthophonie.
- Lesser, R., & Milroy, L. (1993). *Linguistics & Aphasia : psycholinguistics & pragmatic aspects of intervention*. London: Longman.
- Mackenzie, C., & Brady, M. (2008). Communication difficulties following right-hemisphere stroke: Applying evidence to clinical management. *Evidence-Based Communication Assessment and*

Intervention, 2(4), 235–247.

- Maigneueau, D. (1996). *Les termes clés de l'analyse du discours*. Paris : Seuil.
- Martin, I., & McDonald, S. (2003). Weak coherence, no theory of mind, or executive dysfunction? Solving the puzzle of pragmatic language disorders. *Brain and Language*, 85(3), 451–466.
- Mehrabian, A. (1972). *Nonverbal communication*. New York: Aldine- Atherton.
- Moix, V., & Côté, H. (2004). Intervention orthophonique chez les cérébrolésés droits. *Rééducation Orthophonique*, 219, 127–137.
- Monetta, L., & Champagne, M. (2004). Processus cognitifs sous-jacents déterminant les troubles de communication verbale chez les cérébrolésés droits. *Rééducation Orthophonique*, 219, 29–43.
- Monfort, M., Juarez Sanchez, A., & Monfort Juarez, I. (2014). Recherche et pratique professionnelle de l'orthophonie. *Rééducation Orthophonique*, 257, 35–46.
- Myers, P. S. (1999). *Right hemisphere damage : disorders of communication and cognition*. San Diego: Singular/Thompson.
- Myers, P. S., & Blake, M. L. (2008). Communication disorders associated with right-hemisphere damage. In R. Chapey, *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders* (5th ed., p. 963–987). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Organisation mondiale de la santé. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF*. Genève : OMS.
- Patenaude, A. (2013). *Validation d'un programme métacognitif de remédiation du discours chez l'adulte cérébrolésé droit*. Montréal : Mémoire d'orthophonie.
- Pauzé, A. (2005). *Contribution à l'élaboration de matériel d'intervention pour les individus cérébrolésés droits*. Montréal : Mémoire d'orthophonie.
- Pell, M. (2006). Cerebral mechanisms for understanding emotional prosody in speech. *Brain and Language*, 96(2), 221–234.
- Picard, D. (1992). De la communication à l'interaction : l'évolution des modèles. *Communication et Langages*, 93, 69–83.
- Rouas, J.-L., Farinas, J., & Pellegrino, F. (2004). Evaluation automatique du débit de la parole sur des données multilingues spontanées. In *Journées d'Etude sur la Parole* (p. 437–440).
- Sainson, C., Barat, M., & Aguert, M. (2014). Communication disorders and executive function impairment after severe traumatic brain injury: An exploratory study using the GALI (a grid for linguistic analysis of free conversational interchange). *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 57(9-10), 664–683.
- Saléon-Terras, E. (2008). *Mise à l'épreuve du protocole MEC de poche*. Lyon : Mémoire d'orthophonie.
- Scroll, P., & For, D. (2003). Using Narrative Language Intervention as a Tool Communicative Competence in Spanish-Speaking Children. *Language, Culture and Curriculum*, 16(1).
- Shammi, P., & Stuss, D. T. (1999). Humour appreciation: a role of the right frontal lobe. *Brain*, 122, 657–666.
- Siéroff, E., & Aulair, L. (2002). Attention et dissymétrie hémisphérique. *Revue de Neuropsychologie*, 12, 345–375.
- Titone, D., Wingfield, A., Caplan, D., Waters, G., & Prentice, K. (2001). Memory and encoding of spoken discourse following right hemisphere damage: evidence from the Auditory Moving Window (AMW) technique. *Brain and Language*, 77(1), 10–24.

- Tompkins, C. A. (1995). *Right hemisphere communication disorders: Theory and Management*. San Diego: Singular Publishing Group.
- Tompkins, C. A., Klepousniotou, E., & Scott, A. G. (2013). Nature and assessment of right hemisphere disorders. In *Aphasia and related neurogenic communication disorders* (p. 297–332). Burlington: Jones and Bartlett learning.
- Traverso, V. (2000). *L'analyse des conversations*. Paris: Nathan Université.
- Turcotte, E. (2005). *Exploration des moyens d'intervention visant les règles de la conversation chez un individu cérébréolé droit*. Montréal : Mémoire d'orthophonie.
- Tuțescu, M. (1998). *L'argumentation : introduction à l'étude du discours*. Bucarest : Editura Universității din București.
- Vachon, A.-M. (2012). *Troubles de la communication consécutifs à un AVC droit : conception d'un outil d'intervention orthophonique visant la rééducation des troubles discursifs*. Montréal : Mémoire d'orthophonie.
- Van Dijk, T. a, & Kintsch, W. (1983). *Strategies of Discourse Comprehension*. New York: Academic Press.
- Varley, R. (2008). The treatment of communication deficits following right hemisphere lesion. In S. Chiat, J. Law & J. Marshall. *Language Disorders in Children and Adults: Psycholinguistic Approaches to Therapy*, (218-234).
- Wilshire, G. (2003). *Evaluation d'un programme d'intervention visant les habiletés pragmatiques chez un individu cérébréolé droit*. Montréal: Mémoire d'orthophonie.
- Zellner, B. (1998). Caractérisation du débit de parole en français. In *Actes des XXIIèmes Journées d'Etude sur la Parole*. Martigny, Suisse.

ANNEXES

Liste des annexes

Annexe I : Programme d'intervention expérimental	78
1. Exemple de pictogrammes.....	78
2. Programme d'intervention : exemple de trois séances	79
Annexe II : Epreuves du protocole MEC.....	81
Annexe III : scores obtenus aux items de la Trobe Communication Questionnaire	84
Annexe IV : Protocole d'intervention suivi par Mme BD	86
1. Déroulement des séances suivies par Mme BD.....	86
2. Description d'une séance du programme d'intervention avec Mme BD.....	88
Annexe V : Scores obtenus à Mme BD à la GALI	90

Annexe I : Programme d'intervention expérimental

1. Exemple de pictogrammes



Prosodie



Débit



Quantité d'information



Expressions faciales

2. Programme d'intervention : exemple de trois séances

SEANCES	OBJECTIF GÉNÉRAL	SOUS OBJECTIF	TACHES	
1	Sensibilisation, information et introduction des pictogrammes, contact visuel	1.1	Prise de conscience des conséquences possibles d'un AVC et d'une lésion à l'hémisphère droit	Dessin ou photo montrant le cerveau Explications verbales en lien avec les données personnelles de neuro-imagerie Présentation des atteintes possibles de la communication post AVC droit
		1.2	Résumé de l'évaluation, objectifs thérapeutique et moyens	Explication verbale avec support visuel donné au patient.
		1.3	Introduction des pictogrammes	Explication de chaque comportement avec exemples et conséquences en cas d'atteinte.
		1.4	Sensibilisation: identification de tous comportements	Vidéo 1 (le cadeau) : le patient identifie les comportements grâce aux pictogrammes.
		1.5	Sensibilisation: contact visuel.	Introduction du pictogramme. Discuter de l'importance du contact visuel, imaginer ce qui aurait pu être changé juste en maintenant le contact visuel entre les interlocuteurs. Mimer pour illustrer.
		1.6	Discrimination et identification, projection : contact visuel	Vidéo 2 (voyage) : le patient identifie le comportement grâce au pictogramme (le thérapeute donne le pictogramme quand le patient ne le fait pas). Discuter des comportements à adopter pour permettre une conversation efficace. Rejouer une partie de la scène avec les bons comportements.
		1.7	Conversation libre ou suggérée	Filmer et donner feed-back immédiat par pictogramme.

2	Contact visuel et expression faciale	2.1	Jugement des comportements inadéquats (contact visuel)	Visualiser 5-10 minutes du film de la séance précédente, feed-back avec pictogrammes (le thérapeute donne le feed-back quand le patient ne le fait pas).
		2.2	Production du comportement adéquat: contact visuel	Jeu de carte : il faut établir le contact visuel chaque fois que l'on demande une carte.
		2.3	Sensibilisation: expression faciale.	Introduction du pictogramme. Vidéo (Charlie Chaplin ou Mr Bean) pour illustrer. Expliquer verbalement l'impact des expressions faciales dans la conversation.
		2.4	Discrimination et identification, projection : expression faciale	Vidéo 2 (voyage) : le patient identifie le comportement grâce au pictogramme (le thérapeute donne le pictogramme quand le patient ne le fait pas).
		2.5	Production du comportement adéquat: expression faciale	Production avec modèle donné par le thérapeute et fiche « émotions ». Pratiquer devant le miroir.
		2.6	Conversation libre ou suggérée	Filmer et donner feed-back immédiat par pictogramme.
3	Contact visuel et Expression faciale	3.1	Jugement des comportements inadéquats (contact visuel et expression faciale)	Visualiser 5-10 minutes du film de la séance précédente, feed-back avec pictogrammes (le thérapeute donne le feed-back quand le patient ne le fait pas).
		3.2	Production des comportements adéquats: contact visuel et expression faciale	Scène « restaurant » : reproduire les mimiques, identifier les émotions, ajouter des paroles. Exercice « ils vont appeler leur bébé... » : réagir seulement avec les expressions faciales. Entretien professionnel : « si vous étiez le directeur d'une compagnie... »
		3.3	Conversation libre ou suggérée	Filmer et sans donner feed-back immédiat par pictogramme.

Annexe II : Epreuves du protocole MEC

Discours conversationnel

L'épreuve de discours conversationnel du MEC a pour objectif d'« évaluer les habiletés de communication verbale expressives et réceptives dans un contexte de conversation aussi naturel que possible » (Joanette et al., 2004, cahier de notation p.4) à partir de dix-sept comportements observés pendant dix minutes de conversation au cours de laquelle seront abordés deux thèmes. Cette grille d'analyse permet d'observer des déficits au niveau pragmatique, discursif, prosodique et lexico-sémantique. Cette épreuve est actuellement une référence pour l'évaluation communicationnelle des patients CLD. D'après nos recherches, il s'agit de la seule grille d'analyse du discours qui soit spécifique à ces patients CLD. Chaque item est coté de 2 à 0 selon la fréquence d'apparition du comportement observé et fait l'objet d'une analyse qualitative de la situation de conversation. Si le participant produit le comportement une ou deux fois (selon les items) ou plus nous cotons 0 point. Si le comportement est rare ou peu marqué (une à deux fois selon les items) nous cotons 1. Enfin, nous cotons 2 si le comportement est absent ou N/O s'il n'est pas observé.

Epreuve de discours narratif

L'épreuve de discours narratif est constituée de trois sous-parties : rappel de l'histoire paragraphe par paragraphe, rappel de l'histoire en entier, évaluation de la compréhension du texte. Il s'agit d'un texte de cinq paragraphes lu par l'examineur. Dans l'histoire, le plan élaboré par le personnage principal n'est pas explicité, le patient doit en faire l'inférence pour que l'histoire soit comprise.

Rappel de l'histoire paragraphe par paragraphe

L'objectif est d'évaluer la capacité de rétention et de compréhension de matériel linguistique complexe en plus d'évaluer le discours narratif expressif de façon qualitative et quantitative. L'examineur lit le texte avec un débit régulier et de manière vivante et le patient doit le mémoriser et le résumer après chaque paragraphe. L'examineur coche les cases correspondant aux réponses du sujet lorsque les éléments en gras ou leurs synonymes sont évoqués. Si un élément est écrit entre parenthèse, le patient doit nommer l'un ou l'autre pour que l'examineur accepte la réponse. Une case est prévue pour noter les transformations du patient par rapport au texte initial.

Rappel de l'histoire en entier

L'objectif est d'évaluer la capacité de rétention et de compréhension de matériel linguistique complexe en plus d'évaluer le discours narratif expressif de façon qualitative et quantitative ainsi que la capacité de synthèse et d'inférence des informations. L'examineur relit le texte au patient qui va devoir le mémoriser et le résumer en entier. L'examineur coche les cases correspondant aux réponses du patient lorsque les éléments attendus sont évoqués ou leurs synonymes. Une case est prévue pour noter les transformations du patient par rapport au texte initial. Une note inférieure ou égale au point d'alerte est indicatrice de difficultés à comprendre et résumer un texte.

Evaluation de la compréhension du texte

Cette épreuve vise à objectiver ce que le patient a compris de l'histoire. L'examineur demande au patient de donner un titre à l'histoire puis de répondre à douze questions avec de brèves réponses puis il redemande au patient s'il conserve son titre du début. L'examineur

note le titre : 1 si le titre démontre que l'inférence a été faite, 2 si le titre est en lien avec l'histoire mais l'inférence n'est pas retrouvée et 0 si le titre est inapproprié. Il note également les réponses aux questions : + si la réponse est correcte, - si la réponse est incorrecte et 0 si le patient en répond pas. Il encercle si oui ou non le patient conserve son titre. Enfin il coche si oui ou non le patient a compris l'inférence du texte d'après les réponses aux questions et le titre donné. Une note inférieure ou égale au point d'alerte est indicatrice de difficultés à comprendre et retenir des informations.

Epreuves d'évocation lexicale

Les trois épreuves d'évocation lexicale ont pour objectif d'évaluer les capacités du patient à explorer la mémoire lexico-sémantique en évoquant des mots librement, à partir d'un critère orthographique (lettre P) ou à partir d'un critère sémantique (vêtements). Pour chaque critère, il est demandé au patient de nommer le plus de mots possible en deux minutes trente en gardant les yeux fermés. L'examineur indique au patient quand commencer et quand s'arrêter. Les noms propres et les nombres ne sont pas acceptés ainsi que les répétitions. Les synonymes, et anglicismes utilisés fréquemment sont acceptés (parking) ainsi que les dérivés morphologiques faisant varier la catégorie grammaticale (lent, lenteur) ou le sens (linge, lingerie). Pour l'épreuve d'évocation sur critère sémantique, les accessoires et sous-vêtements sont acceptés mais pas les bijoux ainsi que les différents variantes d'un mot (manteau d'hiver, manteau d'été). L'examineur écrit les mots au fur et à mesure dans la colonne correspondant au décours temporel : cinq colonnes de trente secondes. Il cote un point par mot accepté. Une note inférieure ou égale au seuil d'alerte indique une difficulté d'évocation du mot. L'examineur peut également observer les stratégies d'évocation utilisées par le patient ainsi que son fonctionnement.

Epreuves de prosodie compréhension

L'objectif est d'évaluer la capacité à percevoir et à identifier des patrons d'intonation linguistique (affirmation, interrogation, ordre) et émotionnelle (joie, tristesse et colère). Quatre phrases simples sont produites dans trois intonations différentes (douze stimuli enregistrés sur un support audio) par épreuve (prosodie linguistique et prosodie émotionnelle). L'examineur informe le patient qu'il va entendre des phrases et qu'il devra identifier s'il s'agit d'une question, d'une affirmation ou d'un ordre (pour l'épreuve de prosodie linguistique) ou s'il s'agit d'une personne joyeuse, triste ou en colère (pour l'épreuve de prosodie linguistique) en se basant seulement sur l'intonation de la voix. Le choix de réponse est présenté au patient oralement et visuellement et la réponse est attendue de manière verbale ou via le pointage. A la demande du patient, l'examineur peut faire réécouter la phrase. L'examineur note un point par bonne réponse (note totale sur 12, note par intonation sur 4 pour chaque épreuve). La note obtenue à chaque épreuve est à comparer à la norme, si la note est inférieure ou égale au seuil d'alerte elle indique une difficulté à comprendre les intonations linguistiques ou émotionnelles. Il est possible d'analyser les différentes intonations séparément pour voir si l'une est plus touchée que les autres.

Epreuves de prosodie répétition

L'objectif est d'évaluer la capacité à reproduire des patrons d'intonation linguistique (affirmation, interrogation, ordre) ou émotionnelle (joie, tristesse, colère). Quatre phrases simples sont produites dans trois intonations différentes : douze stimuli sont enregistrés sur un support audio pour chaque épreuve. L'examineur informe le patient qu'il va entendre les phrases qu'on lui a présentées juste avant (épreuve de compréhension) et qu'il devra les

répéter en respectant l'intonation. L'examineur coche la case correspondant à la réponse du sujet. Si l'intonation est neutre, il coche la case correspondante. Il note un point par bonne réponse (note totale sur 12, note par intonation sur 4 pour chaque épreuve). La note obtenue est à comparer à la norme : si la note est inférieure ou égale au seuil d'alerte elle indique une difficulté à répéter les intonations émotionnelles ou linguistiques. Il est possible d'analyser les différentes intonations séparément pour voir si l'une est plus touchée que les autres et de comparer l'épreuve à celle de compréhension pour voir s'il y a une dissociation réceptif/expressif.

Epreuves de prosodie émotionnelle expression

L'objectif est d'évaluer la capacité à produire oralement des contours intonatifs émotionnels en tenant compte de la mise en situation. Le patient doit dire trois phrases avec trois intonations différentes chacune (joie, colère, tristesse). Chaque item est précédé d'une situation évoquant une émotion différente (neuf situations au total). L'examineur informe le patient qu'il va entendre un court texte et qu'il devra dire la phrase présentée en exprimant l'émotion induite par l'histoire. La phrase à lire est présentée oralement et à l'écrit (cahier de stimuli). L'examineur note chaque item selon la qualité de l'intonation : 2 si l'intonation prosodique est normale, 1 si l'intonation prosodique est faible mais que l'identification du sentiment est possible et 0 si la courbe prosodique est plate ou inappropriée (total sur 6). La note obtenue est à comparer à la norme, si la note est inférieure ou égale au seuil d'alerte elle indique une difficulté à produire des contours intonatifs en fonction d'un contexte. Il est intéressant d'analyser séparément chaque contour intonatif pour voir si une intonation est plus touchée.

Annexe III : scores obtenus aux items de la Trobe Communication Questionnaire

Légende :

- Case violette : meilleurs score que l'on peut obtenir à l'item
- Case rouge : évolution négative du score entre le pré-intervention et le post-intervention
- Case verte: évolution positive du score entre le pré-intervention et le post-intervention
- Case bleue : pas d'évolution du score entre le pré-intervention et le post-intervention

Cotation : 1 = jamais ou rarement, 2 = parfois, 3= souvent, 4 = généralement ou toujours

Items	Réponses de la participante			Réponses de l'aidante		
	Pré-intervention	Post-intervention	Evolution	Pré-intervention	Post-intervention	Evolution
Laisse tomber des détails importants ?	1	2	-	2	1	+
Utilise beaucoup de mots vagues ou vides comme « tu sais ce que je veux dire » à la place du mot juste ?	1	1	=	2	1	+
Va encore et encore sur le même terrain en conversation ?	3	1	+	3	3	=
Passes à un différent sujet de conversation trop vite ?	2	1	+	3	2	+
A besoin de beaucoup de temps pour penser avant de répondre à l'autre personne ?	1	2	-	3	2	+
Trouve cela dur de regarder l'autre personne qui parle ?	1	1	=	2	1	+
A de la difficulté à penser au mot particulier qu'il / elle veut ?	2	2	=	1	1	=
Parle trop lentement ?	3	3	=	1	1	=
Dit ou fait des choses que les autres pourraient considérer grossières ou embarrassantes ?	3	2	+	4	3	+
Hésite, fait des pauses ou se répète ?	2	2	=	3	2	+
Sait quand parler et quand écouter ?	4	4	=	4	3	-
Se fourvoie avec des parties non pertinentes des conversations ?	1	1	=	1	2	-
Trouve difficile de suivre des conversations en groupe ?	1	1	=	2	2	=
A besoin que l'autre personne répète ce qu'elle a dit avant d'être capable de répondre ?	1	1	=	1	1	=
Donne aux gens de l'information qui n'est pas correcte ?	1	1	=	2	1	+
Fait des faux départs avant de faire passer son message ?	2	2	=	1	2	-
A des problèmes à utiliser son ton de voix pour faire passer son message ?	3	2	+	1	3	-
A de la difficulté à faire démarrer les conversations ?	3	2	+	1	1	=
Garde le fil des principaux détails des conversations ?	4	4	=	4	4	=
Donne des réponses qui ne sont pas en lien avec les questions posées ?	1	1	=	1	2	-
Trouve facile de changer son style de parole (par ex. ton de voix, choix des mots) en fonction de la situation dans laquelle il/ elle est ?	3	1	-	1	2	+
Parle trop vite ?	1	2	-	1	1	=
Met les idées ensemble de façon logique ?	4	4	=	4	4	=
Laisse les gens supposer de fausses impressions de leurs conversations ?	1	1	=	1	1	=

Continue de parler de choses trop longtemps dans ses conversations ?	1	2	-	1	1	=
A de la difficulté à penser à des choses à dire pour entretenir les conversations ?	1	2	-	3	3	=
Répond sans avoir pris le temps de penser à ce que l'autre personne a dit ?	1	1	=	1	1	=
Donne de l'information qui est entièrement exacte ?	4	4	=	3	4	+
Perd le fil des conversations dans des endroits bruyants ?	1	1	=	1	1	=
A de la difficulté à amener les conversations à leur fin ?	1	2	-	1	1	=

Annexe IV : Protocole d'intervention suivi par Mme BD

1. Déroulement des séances suivies par Mme BD

Séance	Aspects travaillés	Activités
Séance 1 – 16/07/15	<i>Introduction au programme Regard</i>	Explications AVC droit, déroulement du programme et pictogrammes. Identification les comportements grâce aux pictogrammes sur une vidéo. Conversation orthophoniste / participante filmée, sans utilisation des pictogrammes.
Séance 2 – 20/07/15	<i>Expressions faciales</i>	Auto-analyse avec les pictogrammes sur l'extrait de conversation filmé à la fin de séance 1. Identifier le comportement « expressions faciales » sur une saynète filmée. Reproduire les expressions observées. Praxies bucco-faciales. Identifier des expressions faciales sur des photos.
Séance 3 – 21/07/15	<i>Expressions faciales Prosodie</i>	Auto-analyse avec les pictogrammes sur l'extrait de conversation filmé à la séance 1. Identifier des expressions faciales sur vidéo et sur photo. Reproduire les expressions observées. Exercice de prosodie : dire la phrase avec l'intonation appropriée selon si le prénom plait ou pas : « ils ont appelé leur bébé... ». Dessin d'une scène de restaurant : Identifier les émotions et répliques des personnages. Conversation orthophoniste / participante filmée.
Séance 4 – 22/07/15	<i>Prosodie</i>	Auto-analyse avec les pictogrammes sur l'extrait de conversation filmé à la séance 3. Identifier le comportement « prosodie » dans différentes langues. Identifier les comportements des personnages dans une vidéo et rejouer la scène avec le comportement adapté. Lire des phrases avec les bonnes intonations. Histoire à remettre dans l'ordre + imaginer le dialogue entre les personnages. Description d'image. Reprendre le discours narratif (histoire à remettre dans l'ordre) avec la bonne intonation. Conversation orthophoniste / participante filmée.
Séance 5 – 23/07/15	<i>Débit</i>	Auto-analyse avec les pictogrammes sur l'extrait de conversation filmé à la séance 4. Exercice de prosodie : dire la phrase avec l'intonation appropriée : « ils ont appelé leur bébé... ». Exercice de débit : écoute d'enregistrements accélérés / ralentis. Idem avec des musiques. Identifier le comportement « débit » sur vidéo Rejouer la saynète vue en vidéo. Réflexion et échanges sur le débit. Lecture de phrases avec différents débits, trouver la vitesse adaptée. Description d'une scène imagée avec débit adapté.

		<p>Auto-analyse avec les pictogrammes sur l'extrait de conversation filmé durant la première partie de séance. Nouvelle description de la scène imagée. Travail de chant (hors programme)</p>
Séance 6 – 27/07/15	<i>Débit Prosodie</i>	<p>Explication des pictogrammes par la participante à l'infirmière présente dans le bureau. Lecture d'un synopsis de film en faisant attention à la prosodie et au débit. Imaginer la suite du synopsis. Faire une critique de film comme à la radio. Auto-analyse sur un extrait de conversation filmé lors de cette même séance (synopsis). Echanges sur comment adapter le débit et la prosodie. Mêmes exercices avec un autre synopsis. Lecture d'une lettre avec différentes intonations et débit, puis analyse. Conversation orthophoniste / participante filmée. La participante doit raconter une anecdote joyeuse et une triste. Auto-analyse de la participante sur l'enregistrement vidéo réalisé juste avant (anecdotes).</p>
Séance 7 – 28/07/15	<i>Maintien du thème</i>	<p>Auto-analyse avec les pictogrammes sur l'extrait de conversation filmé à la séance 6. Echange sur les difficultés éprouvées par la participante au quotidien et recherche de stratégies palliatives. Chanson : écoute, lecture des paroles, puis chant (hors programme). Exercice : laisser un message sur le répondeur. Exercice : juger si les personnages restent dans le thème ou non. Identifier le comportement « maintien du thème » sur vidéo. Exercice : parler sur un thème en le maintenant. Conversation orthophoniste / participante filmée.</p>
Séance 8 – 29/07/15	<i>Tours de parole Maintien du thème</i>	<p>Explication des pictogrammes par la participante à l'infirmière présente dans le bureau. Auto-analyse avec les pictogrammes sur l'extrait de conversation filmé à la séance 7. Exercice : dialogue avec alternance des tours de parole. Identifier le comportement « tours de parole » sur vidéo. Réflexion et échanges sur les tours de parole. Exercice : apporter des arguments sur un thème donné en respectant les tours de parole et le maintien du thème. Exercice : dialogue avec alternance des tours de parole. Conversation orthophoniste / participante filmée.</p>
Séance 9 – 30/07/15	<i>Quantité et qualité de l'information</i>	<p>Explication du but de la prise en charge et des pictogrammes à l'infirmière. Exercice : expliquer une recette de cuisine. Auto-analyse sur l'extrait de conversation filmé durant l'exercice précédent.</p>
Séance 10 – 03/08/15	<i>Tous les aspects</i>	<p>Conversation orthophoniste / participante filmée avec pictogrammes introduits au fur et à mesure de l'échange. Auto-analyse sur la vidéo réalisée plus tôt. Discussion sur la fin de prise en charge et recommandations sur le retour à la maison.</p>
Séance 11 – 04/08/15	<i>Tous les aspects</i>	<p>La participante ne souhaite pas être filmée ce jour. Conversation orthophoniste / participante non filmée.</p>

2. Description d'une séance du programme d'intervention avec Mme BD

Il s'agit de la troisième séance du programme d'intervention que Mme BD réalise avec son orthophoniste. Elle porte sur l'entraînement de deux habiletés conversationnelles : les expressions faciales et la prosodie.

Auto-évaluation des difficultés sur extrait de conversation filmé

La séance débute par le visionnage d'un extrait de conversation entre Mme BD et son orthophoniste, filmé lors de la première séance du programme d'intervention.

L'orthophoniste donne à Mme BD trois pictogrammes correspondant aux habiletés « contact visuel », « expressions faciales » et « prosodie », entraînées depuis le début de l'intervention. Elle demande à la participante d'être attentive à ces trois aspects durant le visionnage de l'extrait.

Elles regardent l'extrait. Lorsque Mme BD réagit, l'orthophoniste arrête la vidéo et elles commentent ce qu'elles viennent d'observer (comportement non-adapté, ce qu'il aurait fallu faire à la place, etc.). L'orthophoniste arrête également la vidéo lorsqu'elle veut signifier à Mme BD des comportements non-adaptés. Elle lui demande alors ce qu'il aurait fallu faire à la place, lui remontre le passage pour illustrer ses remarques et l'incite à rejouer le passage en adoptant un comportement plus adapté. L'orthophoniste pointe également des passages où Mme BD réalise le comportement communicationnel adéquat en l'encourageant.

Les échanges entre l'orthophoniste et Mme BD sur cet extrait portent essentiellement sur l'aspect prosodique.

Exercice – identification et reproduction d'expressions faciales sur photo

Ensuite, l'orthophoniste et Mme BD poursuivent l'entraînement de l'habileté « expressions faciales » débuté lors de la séance précédente. La thérapeute fait un retour sur cette précédente séance, en expliquant à sa patiente ce qu'elle réussit bien à faire et les difficultés qu'elle éprouve encore. Elle lui donne des conseils pour s'améliorer, puis lui présente une planche de photos d'un homme réalisant différentes expressions faciales.

Elle demande à Mme BD d'identifier, pour chaque photo, l'expression réalisée et de la reproduire. L'orthophoniste l'accompagne dans cet exercice en lui indiquant lorsqu'elle réalise une erreur et l'amène à s'autocorriger.

Exercice – production d'expressions faciales

Par la suite, la thérapeute propose à Mme BD un autre exercice visant à entraîner l'habileté « expressions faciales ». L'orthophoniste dit la phrase « ils ont décidé d'appeler leur bébé... » en la complétant avec un des prénoms de la liste proposée. La participante doit indiquer par l'expression faciale adaptée si elle aime ou non ce prénom. A la fin de la liste, l'orthophoniste demande verbalement à Mme BD si elle aime ou non les différents prénoms afin de juger de l'adéquation de l'expression faciale réalisée.

Exercice – description d'image

Puis l'orthophoniste propose à Mme BD un exercice visant à entraîner les habiletés « expressions faciales » et « prosodie ». La participante doit observer une scène imagée se déroulant dans un restaurant et identifier les émotions et ressentis des personnages. Elle échange avec l'orthophoniste sur les relations entre les différents personnages et les raisons de leurs émotions. Ensuite, l'orthophoniste lui demande de jouer la scène : elle doit imaginer

les répliques de chaque personnage et les prononcer avec l'intonation et l'expression faciale adaptée.

Conversation orthophoniste / participante filmée

Enfin, l'orthophoniste fait le point avec Mme BD sur ses difficultés et ce qu'elle a réussi à modifier depuis le début de la thérapie. Elle lui annonce qu'elles vont avoir un temps de conversation filmé et lui indique les aspects auxquels elle doit être attentive (intonation et expressions faciales notamment). L'orthophoniste engage la conversation sur les projets de Mme BD pour la soirée.

Annexe V : Scores obtenus à Mme BD à la GALI

Le tableau suivant présente notre répartition des items de la GALI concernant les habiletés entraînées et non-entraînées dans le programme. La GALI étant en cours de réédition, nous ne pourrons citer ici qu'un nombre d'items limité.

Catégorie	Items GALI	Pré-intervention	Post-intervention
Prosodie	1.2 L'intonation n'est pas monotone	5	4
	1.3	3	2
	1.4	4	NO
	1.5 L'intonation indique les sentiments du locuteur	5	5
	1.6	NO	NO
	3.1	5	4
	3.2	5	4
	3.32	5	4
	1.7	0	0
	Contact visuel	2.11	0
2.12		0	0
2.13 Au cours d'un énoncé verbal long, le locuteur détourne le regard		0	0
3.36		1	0
3.46		1	0
3.47		4	NO
3.48 Le regard en position de récepteur est encourageant		3	0
3.62		0	0
3.63		0	0
3.64 En position de récepteur, le sujet regarde davantage son partenaire que lorsqu'il est en position d'émetteur		0	0
3.65		0	0
3.66		0	0
3.67		0	0
Débit	1.1	NO	1
	1.9 Le locuteur parle posément, son débit n'est pas excessivement élevé	4	3
	1.10	1	1
	3.3 Les pauses précédant sa prise de parole sont relativement courtes	3	0
Quantité et qualité de l'information	1.11	0	0
	1.12	0	0
	2.6	0	0
	2.1	2	0
	2.2	1	0
	2.3	1	0
	2.4	0	0
	2.7	0	0
	2.8	0	0
	3.6	0	0
	3.7	2	0
	3.19 Les propos ne sont pas trop égocentrés	2	2
	3.20	0	0
3.12	1	0	
3.9	0	0	
3.10	1	0	

	2.5	1	0
	1.13	0	0
	3.22	1	0
	1.8 Le locuteur articule clairement	1	1
	1.14 Le faciès est approprié au contenu du discours	4	3
	1.15	0	0
	1.16	5	4
	1.17	4	4
	1.18 Les expressions faciales illustrent ou qualifient les propos verbaux	5	3
	3.33	4	5
Expression faciale	3.34	3	3
	3.35	5	3
	3.41	4	4
	3.42	4	2
	3.43	3	0
	3.44	5	2
	3.58	5	3
	3.59	0	0
	3.60	3	3
	3.61	0	0
	3.4	4	3
Tours de parole	3.5	0	0
	3.24 Le sujet est habile à prendre et à respecter les tours de parole	1	0
	3.25	4	5
	3.26	4	5
	3.27 Le sujet utilise des régulateurs verbaux qui chevauchent la parole de l'interlocuteur	5	5
	3.28	NO	NO
	3.29	2	3
Phatiques et régulateurs	3.30	1	0
	3.31 Le sujet a tendance, par ses phatiques, à intéresser l'autre	4	2
	3.37	5	4
	3.38	3	3
	3.39	1	0
	3.40	3	0
	3.45	0	0
	2.9	0	0
	2.10	0	0
	3.49	5	4
	3.50	0	0
	3.51	5	4
Posture	3.52	4	5
	3.53	0	0
	3.54	2	0
	3.55	5	5
	3.56 Au moment des passages de parole, le futur récepteur prend une position plus en retrait puis une position de repos	5	4
	3.57	5	4
Gestes	1.21 Les gestes coverbaux remplissent leur rôle de doublure illustrative	2	0
	1.19	5	1

	1.20	1	2
	1.22	5	5
	2.14	5	4
	2.15	5	5
	2.16	5	5
	2.17 Le sujet produit des gestes concrets lorsque son discours est purement descriptif	2	2
	2.18	5	NO
	4.1	0	0
	4.2	0	0
	4.3	0	0
	4.4	0	0
	3.23	4	0
	3.8	3	0
	3.11	2	0
	3.13	0	0
	3.14	0	0
Participation à la conversation	3.15	0	0
	3.16	0	0
	3.17 Le sujet se soucie des points d'intérêt de l'autre, il ne dirige pas la conversation	NO	NO
	3.18	0	0
	3.21 Le sujet est intéressant à écouter	2	1

TABLE DES ILLUSTRATIONS

1. Liste des tableaux

Tableau 1 : Description des pictogrammes	31
Tableau 2 : Epreuves du protocole MEC	33
Tableau 3 : Design de l'étude	37
Tableau 4 : Scores obtenus à l'épreuve de discours conversationnel du protocole MEC en pré et en post intervention.....	41
Tableau 5 : Scores obtenus aux épreuves de prosodie émotionnelle du protocole MEC en pré et en post-intervention	42
Tableau 6 : Scores obtenus aux épreuves de prosodie linguistique du protocole MEC en pré et en post-intervention.	42
Tableau 7 : Scores obtenus aux épreuves de discours narratif du protocole MEC en pré et en post-intervention	43
Tableau 8 : Scores obtenus aux épreuves d'évocation lexicale du protocole MEC en pré et en post-intervention	43
Tableau 9 : Scores totaux obtenus suite à la GALI en pré et en post-intervention.....	46
Tableau 10 : Items déficitaires par habileté entraînée obtenus à la GALI en pré et en post-intervention	46
Tableau 11 : Items déficitaires par habileté non-entraînée obtenus à la GALI en pré et en post-intervention	48

2. Liste des figures

Figure 1: Evolution des scores obtenus par Mme BD aux épreuves du protocole MEC entre le pré et le post-intervention convertis en pourcentage.....	41
Figure 2: Evolution des scores attribués par Mme BD aux items de la Trobe Communication Questionnaire.....	44
Figure 3: Evolution des scores attribués par l'aidant attribués par Mme BD aux items de la Trobe Communication Questionnaire.....	44

TABLE DES MATIERES

ORGANIGRAMMES.....	2
1. UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1.....	2
1.1 Secteur Santé :.....	2
1.2 Secteur Sciences et Technologies :.....	2
2. INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE LA READAPTATION	3
REMERCIEMENTS	4
SOMMAIRE.....	5
INTRODUCTION	9
PARTIE THEORIQUE	11
I Les habiletés pragmatiques-communicationnelles	12
1 Les composants de la conversation.....	12
1.1 Matériel para-verbal.....	13
1.2 Matériel non verbal.....	13
2 Les règles conversationnelles.....	14
2.1 Règles régissant l’alternance des tours de parole.....	15
2.2 Règles régissant l’organisation structurelle du discours conversationnel	15
II Lésions cérébrales droites : contexte historique et théorique	16
III Troubles cognitivo-communicationnels en cas de lésion hémisphérique droite.....	17
1 Matériel para-verbal.....	17
2 Matériel non-verbal.....	17
3 Règles conversationnelles	18
3.1 Structure du discours	18
3.2 Tours de parole.....	19
4 Aspects cognitifs.....	19
5 Hypothèses cognitives des troubles communicationnels	20
5.1 Hypothèse de l’utilisation du contexte	20
5.2 Hypothèse des ressources cognitives.....	20
IV Prise en charge orthophonique	21
1 Evaluation orthophonique	21
1.1 Les obstacles à l’évaluation orthophonique des patients CLD*	21
1.2 Les outils d’évaluations actuels.....	21

1.3	Apports de l'analyse de la conversation.....	22
2	Intervention orthophonique	22
2.1	Evaluation de l'efficacité de l'intervention	23
2.2	Etat des lieux	23
	PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	25
I	 Problématique	26
II	 Hypothèses.....	26
1	Hypothèse générale	26
2	Hypothèses opérationnelles.....	26
	PARTIE EXPERIMENTATION	27
I	 Participants	28
1	Critères d'inclusion et de non-inclusion	28
1.1	Critères d'inclusion.....	28
1.2	Critères de non-inclusion.....	28
2	Constitution de la population.....	28
3	Description de la participante : Mme BD	29
II	 Matériel	29
1	Programme d'intervention.....	29
1.1	Construction du programme d'intervention	30
1.2	Matériel	30
1.3	Construction des séances.....	32
2	Evaluation cognitivo-communicationnelle : Protocole MEC.....	33
3	Questionnaire de conscience du trouble : La Trobe Communication Questionnaire	34
4	Analyse de la conversation : GALL	34
III	 Procédure	36
1	Préparation des expérimentations.....	36
2	Passation des expérimentations	36
3	Recueil des données.....	38
	PRESENTATION DES RESULTATS.....	39
I	 Evaluation cognitivo-communicationnelle : protocole MEC.....	40
1	Habilités entraînées.....	41
1.1	Discours conversationnel	41
1.2	Prosodie émotionnelle	42
1.3	Prosodie linguistique	42

2	Habilités non- entraînées	42
2.1	Discours narratif	43
2.2	Evocation lexicale	43
II	Questionnaire de conscience du trouble : La Trobe Communication	
	Questionnaire	43
1	Comparaison des réponses de Mme BD et de son aidante	44
2	Comparaison des réponses de Mme BD avant et après l'intervention	45
III	Analyse de la conversation : la GALI	45
1	Analyse des scores totaux	45
2	Analyse par habiletés	46
2.1	Habilités entraînées.....	46
2.2	Habilités non-entraînées	48
	DISCUSSION DES RESULTATS	51
I	Interprétation des résultats et validation hypothèses	52
1	Validation de l'hypothèse 1.....	52
1.1	Habilités entraînées.....	53
1.2	Habilités non entraînées	53
2	Validation de l'hypothèse 2.....	54
2.1	Habilités entraînées.....	54
2.2	Habilités non-entraînées	56
3	Validation de l'hypothèse 3.....	57
3.1	Prosodie.....	57
3.2	Contact visuel	58
3.3	Débit	58
3.4	Maintien du thème.....	58
3.5	Quantité et qualité d'information	59
3.6	Expressions faciales	59
3.7	Tours de parole.....	59
II	Implications théoriques et cliniques	60
1	Confrontation des résultats à la littérature.....	60
1.1	Prise en charge des habiletés discursives et pragmatiques	61
1.2	Prise en charge de la prosodie	61
2	Evaluation de la communication et analyse de la conversation	62
III	Remarques et critiques méthodologiques.....	63

1	Population	63
2	Matériel	64
2.1	Protocole MEC.....	64
2.2	Trobe Communication Questionnaire.....	64
2.3	GALI	65
3	Procédure	66
3.1	Evaluations	66
3.2	Méthodologie de recherche.....	67
IV	Apports cliniques et personnels	67
V	Perspectives	68
1	Piste concernant le format de l'étude.....	68
2	Piste d'étude des corrélations avec les fonctions exécutives	68
3	Pistes d'approfondissement du programme d'intervention.....	69
	CONCLUSION	70
	REFERENCES	71
	ANNEXES	76
	Liste des annexes.....	77
	Annexe I : Programme d'intervention expérimental.....	78
1.	Exemple de pictogrammes.....	78
2.	Programme d'intervention : exemple de trois séances	79
	Annexe II : Epreuves du protocole MEC.....	81
	Annexe III : scores obtenus aux items de la Trobe Communication Questionnaire	84
	Annexe IV : Protocole d'intervention suivi par Mme BD	86
1.	Déroulement des séances suivies par Mme BD	86
2.	Description d'une séance du programme d'intervention avec Mme BD.....	88
	Annexe V : Scores obtenus à Mme BD à la GALI	90
	TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	93
1.	Liste des tableaux.....	93
2.	Liste des figures.....	93
	TABLE DES MATIERES.....	94

Tiphaine CHEIPPE
Julie MAGNARD

PROGRAMME D'INTERVENTION AUPRES D'UNE PATIENTE CEREBROLESEE DROIT PRESENTANT DES TROUBLES PRAGMATIQUES-COMMUNICATIONNELS : Une étude de cas

97 Pages

Mémoire d'orthophonie – UCBL-ISTR – Lyon 2016

RESUME

Suite à une lésion cérébrale acquise de l'hémisphère droit, des difficultés pragmatiques-communicationnelles, relevées chez plus de la moitié des patients, impactent négativement leurs activités et relations, générant un handicap social. Cependant, l'intérêt pour ces troubles est récent. Peu d'outils d'évaluation et d'intervention sont à disposition des orthophonistes qui s'appuient sur une pratique basée sur les preuves nécessitant des outils spécifiques et validés scientifiquement. Dans cette optique, un programme d'intervention orthophonique visant la rééducation des habiletés pragmatiques-communicationnelles en situation de conversation auprès de patients cérébrolésés droits a été élaboré par une équipe de recherche québécoise. Notre étude vise à évaluer les apports de ce programme sur l'évolution des habiletés pragmatiques-communicationnelles (prosodie, débit, contact visuel, maintien du thème, expressions faciales, quantité et qualité de l'information et tours de parole) d'une participante cérébrolésée droit. Nous lui avons proposé une évaluation avant et après l'intervention associant des épreuves d'évaluation de la communication et de conscience du trouble et une analyse approfondie de la conversation afin d'identifier ces performances. Nos résultats semblent en accord avec la littérature : le programme permet une amélioration de la majorité des habiletés entraînées mais elle s'avère faible pour la prosodie et les expressions faciales. Nous ne notons pas de distinction marquée entre l'évolution des habiletés entraînées et non-entraînées dans l'intervention. Le questionnaire de conscience des troubles utilisé n'a pas permis de statuer sur les liens entre la conscience du trouble de la patiente et ses troubles communicationnels. Suite à cette étude, nous soulevons la problématique de l'évaluation des troubles communicationnels des patients cérébrolésés droits, en soulignant l'intérêt d'associer des épreuves d'évaluation de la communication et une analyse approfondie de la conversation. Ce travail pourrait être poursuivi avec une étude de groupe pour statuer sur l'efficacité du programme, et inclure le partenaire privilégié de communication afin de généraliser les acquis.

MOTS-CLES

Lésion cérébrale acquise - Hémisphère droit – Programme d'intervention orthophonique - Habiletés pragmatiques-communicationnelles - Analyse de la conversation

MEMBRES DU JURY

Gilles RODE
Emmanuelle AUJOGUES
Dominique KUZDZAL

MAITRE DE MEMOIRE

Perrine FERRE
Yves JOANETTE
Anne PEILLON

DATE DE SOUTENANCE

30 Juin 2016