

**Ajustements mutuels des interlocuteurs :
conversations avec une patiente
souffrant des séquelles comportementales d'un
traumatisme crânien¹**

**Claire Peter
C.H.U.V.², Lausanne
G.R.C.³, Université de Nancy II**

Résumé :

L'analyse conversationnelle d'une patiente de 25 ans, victime à 12 ans d'un grave traumatisme bi-frontal, permet d'objectiver des éléments d'une pathologie cliniquement évidente et ayant empêché toute adaptation professionnelle, alors que l'examen neuropsychologique et le QI sont dans les normes. Les résultats de l'analyse des changements de thèmes dans la conversation montrent une pathologie chez la patiente dont l'expression varie selon l'interlocutrice avec laquelle elle interagit. La qualité de son discours se modifie en fonction des compétences conversationnelles spécifiques des interlocutrices. Par ailleurs, les comportements conversationnels de ces dernières sont comparables lorsqu'elles conversent ensemble, mais différents lorsqu'elles s'entretiennent avec la patiente.

Le discours conversationnel nécessite le traitement simultané, autrement dit l'intégration, de données linguistiques, cognitives et sociales. Des dysfonctionnements sont donc susceptibles de se manifester dans la conversation de patients cérébro-lésés quand bien même les fonctions

¹ Le texte qui suit est un résumé sans données chiffrées d'un article à paraître dans la Revue de Neuropsychologie

² Division Autonome de Neuropsychologie

³ Groupe de Recherche sur les Communications, où C. Peter est chercheur associé

langagières, mnésiques et exécutives examinées isolément s'avèrent normales.

Chez les patients traumatisés crânio-cérébraux (TCC) sans aphasia, et sans spécification du siège lésionnel, les perturbations du discours conversationnel sont caractérisées par la perte du fil du discours, des digressions peu pertinentes, et l'insuffisance de l'organisation générale des contenus (Coelho et coll 1991a). On relève également des troubles du maintien, du changement et de l'introduction des thèmes, de gestion des tours de parole (pauses trop longues ou trop courtes), un feed-back insuffisant à l'interlocuteur et une prosodie inadéquate (Milton, Prutting, et Binder, 1984). Mentis et Prutting (1991) observent des unités idéationnelles ambiguës, sans liens entre elles, incomplètes ou hors du sujet.

Tous les auteurs qui signalent le rôle de l'interlocuteur non cérébro-lésé lors de conversations avec des patients traumatisés crâniens soulignent le caractère structurant de sa participation à la conversation : il donne forme au contexte communicationnel (Penn et Cleary, 1988), formule des requêtes de clarification (réparation) afin de saisir les liens de cohésion textuelle (Mentis et Prutting, 1987). Coelho et coll.(1991b) constatent que ses interventions visent à maintenir le sujet de l'interaction. L'interlocuteur pose plus de questions afin de comprendre les énoncés des patients et de maintenir le dialogue; avec les sujets contrôle, par contre, ses questions sont moins nombreuses, et ses réponses plus riches et détaillées.

Nous développons l'étude détaillée des changements de thèmes au cours de la conversation d'une patiente et de ses interlocutrices, patiente dont la pathologie conversationnelle constituée principalement par des troubles de la gestion des thèmes a déjà fait l'objet d'une description globale.(Peter, Buttet-Sovilla et Assal 1991; Peter et Assal 1992).

Nous cherchons à préciser la nature de la pathologie ainsi que la qualité des ajustements conversationnels de la patiente et de ses interlocutrices au cours de l'interaction.

Observation

AB francophone poursuit une scolarité secondaire lorsqu'elle subit à l'âge de 12 ans un grave traumatisme crânien (larges contusions bi-frontales) qui entraîne un coma d'un mois. Les évolutions neurologique et neuropsychologique sont excellentes et un an après l'accident, les troubles massifs aux tests mnésiques et exécutifs se sont dissipés. Le QI à l'échelle de Wechsler (WISC) est à 113. Les examens neuropsychologiques de contrôle pratiqués après 9 et 12 ans d'évolution sont dans les normes.

Invalide à 100% du fait de ses troubles du comportement (entre autres démonstrativité, contact souvent familial caractérisé d'infantile) et d'une fatigabilité importante, la patiente reste partiellement dépendante de sa famille qui gère l'organisation de sa vie quotidienne et son budget. Le discours conversationnel reste logorrhéique et digressif, souvent fastidieux pour l'interlocuteur. La patiente est âgée de 25 ans au moment de l'étude.

Matériel analysé

Trois conversations libres de 15 minutes chacune ont été enregistrées en audio et vidéo; but et procédure ont été discutés auparavant.

Les transcriptions constituent 3 corpus :

- La patiente AB et l'auteur P
- La patiente AB et sa mère M
- La mère M et l'auteur P

Méthode

Nous avons analysé les changements de thèmes (CT) qui constituent selon Patry et Nespoulous (1990) le processus le plus complexe et le plus important de l'analyse conversationnelle. Pour rappel, les CT s'étaient révélés inadéquats chez la patiente. Les lieux des CT sont aisément déterminables même par des juges novices selon Planalp et Tracy (1980).

Nous avons adapté à notre problématique des critères de CT utilisés chez des patients atteints de la maladie d'Alzheimer (Garcia 1991).

Analyses et comparaisons

- Interventions de la patiente AB selon qu'elle converse avec P ou avec M
- Interventions de P et M lorsqu'elles conversent avec AB
- Interventions de P et M lorsqu'elles conversent entre elles (contrôle)

Résultats

CT particuliers à la patiente :

Certains CT sont abrupts et inattendus et témoignent d'une rupture des associations naturelles auxquelles on pourrait s'attendre compte tenu du contexte. Ils contiennent des digressions concernant des banalités ou des généralités superflues dans la mesure où elles alourdissent les échanges et les ralentissent. Cliniquement, on constate que certains CT sont amenés sans connecteurs pragmatiques, sans pause, voire sans respiration.

CT de la patiente AB en conversation avec sa Mère :

La qualité conversationnelle de AB est de meilleure qualité avec sa mère, puisqu'avec cette dernière les changements brusques sont moins fréquents, et qu'on ne relève aucune répétition d'idée à contenu persévératif.

CT de la Mère et de l'auteur P en conversation avec la patiente :

M et P se comportent de façon comparables lorsqu'elles conversent avec la patiente : elles interviennent plus souvent que la patiente pour reprendre des contenus abandonnés. Elles circonscrivent les sujets sans faire intervenir des informations annexes et ne font pas de commentaires spontanés sur la situation d'enregistrement.

CT de la mère M en conversation avec la patiente :

La mère, plus fréquemment que l'auteur, reprend des thèmes abandonnés. Elle ne laisse jamais sa fille digresser. Elle occupe plus d'espace conversationnel : les nombres de mots et de CT de la mère sont plus élevés que ceux de la patiente (ils représentent le 50% du nombre total des CT

dans sa conversation avec AB, alors que pour P, ils ne représentent que le 20% du nombre total des CT avec AB; CHI carré diff significative à .05). Enfin, les CT de M sont toujours introduits par des connecteurs pragmatiques.

CT de la mère M et de l'auteur P conversant ensemble :

Les CT sont plus fréquents, les contenus plus variés, le rythme plus rapide. Les interlocutrices se contrôlent moins ensemble puisqu'elles effectuent des CT inattendus. Elles se permettent aussi de répéter certains contenus afin d'insister sur l'importance d'un fait et de le documenter.

Discussion

Cette analyse montre pourquoi les CT de la patiente paraissent inadéquats (CT abrupts, inattendus, à caractère digressif), tout en éclairant la qualité de ses ajustements ainsi que ceux de ses deux interlocutrices, soit avec elle soit entre elles.

Comme les CT de la mère et de l'auteur sont comparables lorsqu'elles conversent ensemble et que la conversation de la patiente est plus efficace lorsqu'elle converse avec sa mère, on peut en déduire que les stratégies conversationnelles particulières que la mère M adopte avec sa fille influencent cette dernière et diminuent la pathologie observable (les mêmes comportements ne sont pas observés chez P dans son entretien avec AB). Certaines des stratégies de la mère sont similaires à celles que Coelho et coll. (1991b) décrivent, à savoir la nécessité de la part de l'interlocuteur non cérébro-lésé d'assurer le maintien du sujet et de poser de nombreuses questions aux patients TCC.

Les particularités de la conversation de la patiente et sa pathologie concernent tant les ajustements qu'elle effectue que ceux dont ses interlocutrices la font bénéficier. Les séquelles de ses contusions cérébrales sont bi-frontales. Or le lobe frontal sous-tend des fonctions cognitives de haut niveau, dites exécutives, telles la planification et la régulation de l'action, la génération de réponses adaptées à des situations nouvelles et la suppression de réponses automatiques ou habituelles inadéquates. Ces fonctions sont requises dans une conversation, pour organiser les contenus

et les thèmes les uns par rapport aux autres, et pour ajuster ces derniers aux contenus et aux thèmes de l'interlocuteur sans se contenter de les répéter, mais en apportant des éléments nouveaux. En d'autres termes, les interlocuteurs doivent collaborer pour "assurer conjointement la gestion de l'interaction grâce à des mécanismes d'ajustements mutuels" (Cosnier et coll. 1988). Si la patiente malgré ses lésions frontales et ses difficultés de gestion du discours conversationnel apparaît meilleure interlocutrice avec sa mère, c'est parce que cette dernière met en place des stratégies et des ajustements qui vont pallier aux insuffisances de sa fille. En assurant une grande partie de la gestion conversationnelle et de la planification des thèmes, la mère permet à sa fille de se montrer plus adéquate car le rôle qui incombe à cette dernière est désormais moins complexe, dans ses compétences. Le contrôle de la patiente sur ses stratégies linguistiques, cognitives et sociales apparaît alors de meilleure qualité. Certaines des caractéristiques de la conversation de la patiente dues à sa pathologie traumatique et frontale (digressions, détails superflus, etc.) s'avèrent donc modulables et même partiellement stabilisables par l'interlocutrice. Que cette dernière soit inattentive ou qu'elle n'engage pas activement de stratégies de compensation, et les inadéquations conversationnelles augmentent (avec P qui permet à la patiente de digresser). Que l'interlocutrice ajuste son comportement en anticipant les difficultés potentielles et en gérant les thèmes, et ce contrôle subtil permet la diminution des inadéquations. Les digressions et les détails non pertinents typiques des TCC et des patients avec lésions frontales sont alors moins fréquents. On constate donc, comme Trognon dans les conversations avec des patients schizophrènes, que les troubles "s'observent dans l'effort de l'interlocuteur pour stabiliser l'action qu'ils (les patients) lui ont paru accomplir" (Trognon 1992).

MacDonald (1993) constate les difficultés des patients à répondre aux besoins conversationnels de l'interlocuteur. Notre travail démontre la nécessité d'évaluer aussi les aptitudes conversationnelles des soignants ou des proches, leurs capacités à répondre aux besoins conversationnels des patients, c'est-à-dire à s'ajuster à leurs difficultés en tentant éventuellement de les court-circuiter, afin de permettre aux patients d'utiliser au mieux leur potentiel communicationnel résiduel.

Bibliographie

- COELHO, C., B. LILES, R. DUFFY (1991a) : "The use of discourse analysis for the evaluation of higher level traumatically brain injured adults", *Brain Injury*, 5, 381-392.
- COELHO, C., B. LILES, R. DUFFY (1991b) : "Analysis of conversational discourse in head-injured adults", *J. Head Trauma Rehabil.*, 6, 92-99.
- COSNIER, J., N. GELAS, C. KEBRAT-ORECCHIONI (1988) : "Echanges sur la conversation", Paris, CNRS.
- GARCIA, L.-J. (1991) : *Conversational topic shifting styles in dementia of Alzheimer type : a multiple case study*, Université de Montréal, Thèse de Doctorat.
- MACDONALD, S. (1993) : "Pragmatic language skills after closed head injury : ability to meet the informational needs of the listener", *Brain and Language*, 44, 28-46.
- MENTIS, M., C. PRUTTING (1987) : "Cohesion in the discourse of normal and head injured adults", *J. of Speech and Hearing Research*, 30, 88-98.
- MENTIS, M., C. PRUTTING (1991) : "Analysis of topic as illustrated in a head injured adult and a normal adult", *J. of Speech and Hearing Research*, 34, 583-595.
- MILTON, S., C. PRUTTING, G. BINDER (1984) : "Appraisal of communicative competence in head-injured adults", in : BROOKSHIRE, R.-H. (éd.) : *Clinical Aphasiology Conference Proceedings*, Minneapolis, BRK Publishers, 114-123.
- PATRY, J.-L., R. NESPOULOUS (1990) : "Discourse analysis in linguistics : Historical and theoretical background", in : JOANETTE, Y., H.-H. BROWNELL (éds.) : *Discourse ability and brain damage : theoretical and empirical perspectives*, New York, Springer Verlag.
- PENN, C., J. CLEARY (1988) : "Compensatory strategies in the language of head injured-patients", *Brain Injury*, 2, 3-17.

PETER, C., J. BUTTET SOVILLA, G. ASSAL (1991) : "A pragmatic analysis of communication disorders", *Second AFASIC Symposium*, Harrogate, mai 1991.

PETER, C., G. ASSAL (1992) : "Rôle de l'interlocuteur sur le comportement conversationnel d'une traumatisée crânienne", *Journées Franco-italiennes de neuropsychologie*, Montecatini, nov. 1992.

PLANALP, S., K. TRACY (1980) : "Not to change the topic but... : a cognitive approach to the management of conversation", in : NIMMO, D. (éd.) : *Communication Yearbook 4, Transaction book*, New Brunswick (U.S.A.).

TROGNON, A. (1992) : "L'approche pragmatique en psychologie cognitive", *Psychologie française*, 37, 191-202.