

# Ajustements conversationnels : facilitation ou entrave? : un cas de pathologie cérébrale frontale d'origine traumatique

Autor(en): **Peter, Claire**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Bulletin suisse de linguistique appliquée / VALS-ASLA**

Band (Jahr): - **(1998)**

Heft 68: **Études en neurolinguistique**

PDF erstellt am: **28.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-978377>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

## **Ajustements conversationnels: facilitation ou entrave ? Un cas de pathologie cérébrale frontale d'origine traumatique**

**Claire PETER<sup>1</sup>**

### **Abstract**

Conversation is an interactive and social situation. When measured, the interventions of the conversational partners of frontal and closed head injured patients are judged to facilitate the exchanges - mainly through questions. In studying one partner of a patient with frontal lesions of traumatic origin, we show that the adequacy of the adaptations may depend on the measure used. In trying to make a decision with the patient, this partner facilitates the management of topic changes, but she is not efficient in terms of interactions. She uses too many indirect speech acts which are not understood by the patient. In terms of interlocutory logic (GHIGLIONE & TROGNON, 1993; SEARLE & VANDERVEKEN, 1985), these speech acts are not successful. We discuss the drawbacks of the adaptations of this partner. Given the pathology of the patient, some adjustments may be facilitating, others inhibiting.

La pathologie conversationnelle des patients victimes de lésions cérébrales, frontales ou d'origine traumatique, a été étudiée -à quelques exceptions près- sans mesurer simultanément les interventions de leurs interlocuteurs. Or la conversation est une situation sociale et représente des interactions. Elle est construite par les locuteurs qui s'adressent l'un à l'autre en adaptant le contenu de leurs interventions à celles qui précèdent: le contexte conversationnel de chaque locuteur est principalement constitué par les interventions de son interlocuteur. Lorsque les patients souffrent de troubles du discours, leurs interlocuteurs sont enclins à opérer les ajustements qui leur semblent les plus appropriés à la poursuite de la conversation. Ces ajustements font partie de l'interaction qui s'installe avec le patient, et constituent une particularité de l'interaction. On devrait donc tenir compte des interventions de l'interlocuteur non cérébro-lésé pour caractériser la pathologie conversationnelle.

Chez les patients non aphasiques, victimes de lésions frontales, les données expérimentales portant sur les conversations sont limitées à quelques séries. Elles concernent des patients souffrant de traumatismes crâniens dont la majorité ont des lésions frontales. Dans l'une d'elles, il s'agit de comprendre des dialogues écrits constitués de deux de tours de parole dont le second permet de comprendre le caractère (parfois) ironique du second. Par exemple un locuteur dit: "ah quel beau match!", et le second répond: "désolé de t'avoir fait venir!". Les patients ont significativement plus de difficultés à comprendre les dialogues

---

<sup>1</sup> Nous remercions le Professeur A. Trognon pour sa relecture attentive et ses conseils.

ironiques, alors qu'ils jugent correctement les dialogues non ironiques ("ah quel beau match!"; "alors tu es content d'être venu!"). Les auteurs interprètent ces résultats comme des difficultés à effectuer des implicatures, opérations nécessaires à la compréhension des énoncés implicites ou indirects qui caractérisent les énoncés ironiques (MCDONALD & PEARCE, 1996). Ces mêmes patients ne sont pas aidés par la prosodie émotionnelle pour la compréhension de ces énoncés ironiques, ce qui indique aussi des difficultés dans ce domaine (MCDONALD & PEARCE, 1996). Enfin, les patients ne réussissent pas à produire des requêtes en situation adverse. Par exemple, ils doivent imaginer comment convaincre un proche de leur prêter sa voiture pour aller à une invitation, quand bien même il en a besoin. Les patients n'ont pas l'idée de proposer des compensations valables (proposer de payer le taxi), et vont jusqu'à se montrer contre-productifs en déclarant risquer un accident! (MCDONALD & PEARCE, 1998). Nous rappellerons plus loin les difficultés d'une patiente victime de lésions bifrontales d'origine traumatique qui change abruptement de thèmes conversationnels en rompant le cours des contenus. Les difficultés décrites, à l'exception des troubles de la compréhension de la prosodie émotionnelle, sont mises sur le compte d'une pathologie dysexécutive empêchant de réussir ces tâches conversationnelles nécessitant des opérations cognitives complexes.

La pathologie conversationnelle des patients souffrant de lésions frontales présente de fortes similitudes avec celle des patients traumatisés crâniocérébraux (TCC). Et les patients TCC souffrent souvent d'une pathologie dysexécutive aux tests, ou d'une symptomatologie comportementale "frontale". Cela s'explique par le fait que les lésions des TCC sont à prédominance frontale, fronto-basale et fronto-lobique (LEVIN, 1992).

Les perturbations du discours conversationnel des patients traumatisés (sans aphasie, et sans spécification du siège lésionnel) ont été décrites plus en détail que celles des patients souffrant de lésions frontales. Elles sont caractérisées par la perte du fil du discours, des digressions, l'insuffisance de l'organisation générale des contenus, des pauses trop longues ou trop courtes, une prosodie inadéquate, des liens de cohésion textuelle trop rares, incomplets ou particuliers, et des troubles du maintien, du changement et de l'introduction des thèmes (MILTON et al., 1984; MENTIS & PRUTTING; 1987, MENTIS & PRUTTING, 1991; PETER, 1995). Les patients font spontanément moins de requêtes que les sujets contrôles (COELHO et al., 1991; TOUGHER et al., 1997). En situation expérimentale, ils échouent souvent les requêtes indirectes sous forme de suggestions (MCDONALD & VAN SOMMERS, 1993).

Les interventions de l'interlocuteur non cérébro-lésé ont un caractère structurant lorsqu'il converse avec des patients TCC. Il intervient par des questions ou des suggestions qui permettent d'alléger la charge communicative en la partageant, il étaye les interventions du patient en lui faisant préciser les contenus (PENN & CLEARY, 1988; BOND & GODFREY, 1997; COELHO et al., 1991; SNOW et al.;1995; TOUGHER et al., 1997). Il arrive même que l'interlocuteur fasse spontanément certaines requêtes à la place des patients lorsqu'ils sont peu clairs (TOUGHER et al., 1997). Avec les sujets contrôle, par contre, les questions de l'interlocuteur sont moins nombreuses et ses réponses plus riches et détaillées (COELHO et al., 1995). A de rares exceptions (PENN & CLEARY, 1988; COELHO et al., 1991), les interventions des interlocuteurs ne sont pas mesurées avec les mêmes instruments que celles des patients; de ce fait, elles gardent un caractère anecdotique.

Le seul travail qui mesure les interventions des interlocutrices d'une patiente souffrant de lésions bi-frontales d'origine traumatique concerne les changements de thèmes (CT), analyse qui permet d'apprécier l'adéquation avec laquelle les nouveaux sujets sont abordés (PETER, 1995). Deux conversations ont été analysées entre cette patiente et deux interlocutrices successives (sa mère et l'auteur). On constate chez la patiente de nombreux CT inadéquats, mais avec sa mère, les changements abrupts ne s'observent jamais et les digressions sont moins nombreuses, car la mère s'ajuste à la pathologie conversationnelle de sa fille en reprenant systématiquement les thèmes abandonnés abruptement. Le rôle moins complexe imparti à la patiente, consistant surtout à suivre les thèmes apportés ou repris par sa mère, permet de diminuer l'intensité du handicap conversationnel. Néanmoins aucune décision ni même engagement de prise de décision n'est effectuée lors de cette conversation fonctionnelle portant sur l'organisation des vacances. (PETER, 1995, pour un compte rendu détaillé).

Quel facteur empêche-t-il la réalisation du but de cette conversation? Pourquoi aucun engagement n'est-il pris malgré le caractère très cadrant de la mère de la patiente? Un engagement envers un partenaire, ou une décision prise lors d'une conversation nécessitent la gestion et l'organisation commune et interactive des contenus. C'est pourquoi l'analyse des interactions nous a parue susceptible de fournir des éléments de réponse. Nous exposons ici le cadre et la méthodologie de la poursuite de notre travail en nous centrant sur les ajustements d'une des interlocutrices, la mère de la patiente.

## Matériel et méthode

Nous ne reprendrons pas ici l'anamnèse de la patiente (A) déjà exposée en détail (PETER, 1995). Pour rappel, elle a souffert à l'âge de 12 ans, d'un grave traumatisme crânien ayant entraîné de larges contusions bi-frontales, suivi d'un coma d'un mois. L'amnésie post-traumatique est de 9 mois. Malgré une rapide récupération à l'ensemble des tests neuropsychologiques, il persiste, 13 ans après le traumatisme, des troubles du comportement et du discours: la conversation est logorrhéique et digressive.

Quatre conversations libres de 15 minutes chacune ont été enregistrées (audio et vidéo). La consigne était de parler librement. Les conversations ont réuni:

- 1) la patiente (A) et sa mère (M).
- 2) la patiente (A) et l'auteur, psychologue (P).
- 3) la patiente (A) et une seconde psychologue (S).
- 4) la mère M et l'auteur P, situation de contrôle que nous appelons "croisée" permettant de comparer les interventions de la mère et de P selon qu'elles conversent avec la patiente ou entre elles.

Les comparaisons ont porté sur les particularités du style conversationnel de A avec ses interlocutrices (A est -elle différente lorsqu'elle converse avec M, P ou S ?) et sur les particularités des interventions de M avec la patiente ou avec P. Nous développerons plus particulièrement la conversation entre la patiente et sa mère.

Pour réaliser ces comparaisons, nous nous sommes basés sur les principes de la logique interlocutoire (TROGNON & BRASSAC, 1992; GHIGLIONE & TROGNON, 1993; TROGNON, 1998), application et adaptation de la logique illocutoire formulée par Searle et Vanderveken (SEARLE & VANDERVEKEN, 1985; VANDERVEKEN, 1988). Pour Searle, "parler une langue, c'est réaliser des actes de langage comme poser des affirmations, donner des ordres, poser des questions, faire des promesses". (SEARLE, 1969 ; éd. française de 1972, p. 52). La logique interlocutoire est une adaptation de la logique illocutoire à la dynamique des conversations. Elle se base sur le fait que la conversation se déroule à partir des propriétés individuelles des actes, et des relations logiques entre les actes (GHIGLIONE & TROGNON, 1993). Le caractère interactif des interventions se mesure par les réussites et les satisfactions. Ces dernières sont déduites séquentiellement et rétroactivement en tenant compte de la dynamique des interventions les unes par rapport aux autres (GHIGLIONE & TROGNON, 1993). Cette méthode a été appliquée à la description de conversations avec des patients souffrant de pathologies diverses: schizophrénie (TROGNON, 1992;

TROGNON & MUSIOL, 1996), paranoïa (BERTONI, 1992), autisme (TROGNON, 1998), et maladie d'Alzheimer (POURCHOT, 1997).

Quelques précisions sont nécessaires pour comprendre notre démarche. Tout acte de langage possède un contenu propositionnel et une force. Le contenu propositionnel représente l'état de choses auquel s'applique la force. Par exemple "le contenu propositionnel de "je te demande de fermer la porte" est la proposition représentant l'action de l'auditeur fermant la porte ("à cause de la demande")" (Giglione et Trognon, 1993; 156). La force illocutoire représente la fonction réalisée dans l'énoncé et permet de définir l'acte. Elle est dérivée de plusieurs composants dont les buts illocutoires sont les plus importants. Les buts sont au nombre de cinq (assertifs, directifs, expressifs, commissifs et déclaratifs).

Un but assertif est de représenter un état des choses, par exemple: "il fait beau.". Un but directif est une tentative linguistique pour que le destinataire réalise une action future. C'est soit un ordre: "défense de toucher!", soit une question: "est-ce qu'il y a quelque chose dont tu aurais encore voulu parler?". Un but commissif est de représenter un engagement du locuteur. Ex.: "je le ferai".

Les buts donnés en exemple représentent un discours direct, explicite. Mais les buts peuvent aussi s'exprimer de façon indirecte et implicite, c'est-à-dire que leur forme explicite - assertive par exemple - peut servir un but différent - directif par exemple - (SEARLE, 1975). Ainsi l'énoncé de M à sa fille AB<sup>2</sup> "il faut savoir quand tu vas déménager" prend dans le contexte un sens implicitement directif. Le but de M est de suggérer fortement à A d'arrêter une date, donc de prendre une décision par un acte implicitement directif, et non pas de constater par une assertion qu'il est nécessaire de connaître la date du déménagement. Le but d'un acte ne peut donc pas toujours être inféré à partir du seul énoncé. Le contexte de l'interaction est nécessaire à l'interprétation des actes indirects, et requiert des processus inférentiels complexes de la part de l'auditeur.

Les propriétés (sémantiques) des énoncés sont, selon la logique interlocutoire, au coeur des interactions conversationnelles. Il s'agit de la réussite et de la satisfaction. "Une énonciation ou un acte de langage est réussi si et seulement si le locuteur accomplit l'acte illocutoire exprimé par l'énoncé qu'il utilise dans le contexte de cette énonciation" (VANDERVEKEN, 1988; 33), si l'interlocuteur comprend l'énonciation selon sa force et son but "si par exemple "je te demande

---

<sup>2</sup> c.f. corpus 1, intervention de la mère en M5.

d'arrêter de parler " est pris comme une demande" (GHIGLIONE & TROGNON, 1993; 252).

Une intervention, par exemple, "une requête est satisfaite si l'auditeur réalise dans le monde de l'énonciation l'action que le locuteur lui a demandé d'accomplir; une promesse est satisfaite, c'est-à-dire tenue si le locuteur réalise ce à quoi il s'était engagé; une assertion est vraie si le monde est tel que le locuteur le décrit" (GHIGLIONE & TROGNON, 1993; 172). L'interlocuteur satisfait l'énoncé en y répondant selon sa force. L'intervention citée plus haut est satisfaite si j'arrête de parler. Une satisfaction peut aussi être apportée par une réponse à une question ou une confirmation de l'énoncé précédant. Par exemple:

A1: passe-moi le sel	<i>Acte directif réussi et satisfait par B1</i>
B1: voilà!	<i>Acte expressif réussi et satisfait par A2</i>
A2: merci!	<i>Acte expressif</i>

i) A1 sait qu'il a réussi son intervention et qu'elle est satisfaite puisque B1 y répond, et agit en conséquence (B1 lui passe le sel en lui disant "voilà").

ii) B1 sait qu'il a satisfait l'intervention de A1 par le remerciement de ce dernier en A2. Le remerciement de A2 assure B1 que l'intervention "passe-moi le sel" représentait la même chose pour A1 que pour lui.

Un acte réussi peut être satisfait par plusieurs interventions de l'allocataire. Réussite et satisfaction s'articulent dans une relation hiérarchique, tout acte satisfait entraîne nécessairement la réussite de celui auquel il réfère.

## Résultats

Les conversations entre les deux psychologues et la patiente ainsi qu'entre la mère et P ont consisté en bavardage; la conversation entre la mère et sa fille, de caractère fonctionnel, a porté sur l'organisation des vacances d'été.

Dans les trois conversations avec la patiente, les interlocutrices interviennent significativement plus souvent que la patiente par des actes directifs et implicitement directifs, alors que la patiente intervient plus souvent par des actes assertifs ( $p < .001$  pour chaque conversation). Les directifs directs et indirects ne sont pas significativement plus fréquents chez M que chez les autres interlocutrices, mais leur qualité est différente: ceux de M sont le plus souvent constitués par des ordres ou requêtes indirects, alors que les directifs de P et de S, ainsi que les quelques directifs de A sont directs et représentent des questions (tableau 1).

**Tableau 1:** Pourcentages comparés des actes directifs et assertifs  
(y compris les implicites)

Conversations entre:	Actes directifs	Actes assertifs
<b>Patiente (A)*</b> et sa mère (M).	7%	93%
<b>Patiente A</b> et l'auteur (P)	4%	96
<b>Patiente A</b> et S:	8%	92%
<b>Mère (M)</b> et patiente (A).	48% (54 ordres ind., 8 ordres directs, 44 questions)	52%
<b>Mère (M)</b> et P:	11%	89%
<b>P</b> et patiente A:	42% (21 questions, et 1 ordre)	58%
<b>P</b> et M	13%	87%
<b>S</b> et patiente A:	53% (74 questions)	47%

\* les pourcentages d'actes concernent ceux du locuteur écrit en gras.

Aucun pattern systématique ne ressort pour les réussites, mais les satisfactions illocutoires sont globalement et significativement plus fréquentes pour M, P et S que pour la patiente ( $p < .001$  pour chaque conversation, c.f. tableau 2). Cela signifie que cette dernière satisfait plus souvent les actes de ses interlocutrices qu'elles ne satisfont les siens. Les satisfactions de la patiente à ses interlocutrices M et S, sont significativement plus fréquentes pour les actes directifs que pour les actes assertifs ( $p < .01$ ) et expressifs ( $p < .05$ ).

**Tableau 2:** Réussites et satisfactions interlocutoires des interlocutrices

Conversation entre:	Réussites (R)	Satisfactions (S)
<b>La mère M</b> et la patiente (A)	Plus de R pour la patiente A; ( $p < .001$ )	Plus de S pour mère (M); ( $p < .001$ )
<b>P</b> et la patiente A	Plus de R pour la psychol.P; ( $p < .001$ )	Plus de S pour la psychol. P.; ( $p < .001$ )
<b>S</b> et la patiente A	Pas de différence	Plus de S pour la 2ème psychol. (S); ( $p < .001$ )
<b>P et M</b>	Plus de R pour la psychol.P; ( $p < .001$ )	Pas de différence.



## Discussion

### *Les actes de langage.*

Les trois locutrices P, S et M préfèrent les actes directifs, questions pour S et P, ordres ou requêtes pour M. Les questions (actes directifs directs) permettent à P et S d'animer la conversation. Par contre, M se sert de directifs indirects pour exprimer des demandes (ordres) sans blesser sa fille, stratégie généralement utilisée lors des requêtes non conflictuelles ou non hiérarchiques. L'ensemble des ordres de la mère (directs et indirects) sont moins souvent réussis que ses directifs questions ( $p < .001$ ). Et ses directifs indirects sont moins souvent réussis que les directifs directs ( $p < .05$ ). Pour rappel les ordres sont en majorité indirects. Ainsi, les actes directifs de la mère ne sont réussis que pour autant qu'ils soient directs et représentent des questions et les ordres sont moins souvent satisfaits que les questions. C'est donc dans la situation pragmatique la moins ambiguë et cognitivement la plus automatique -réponse à une question directe- que la patiente manifeste au mieux sa compréhension aux interventions directives de sa mère et peut éventuellement lui répondre selon le contenu propositionnel. Comme la patiente est très collaborante, voire soumise, on peut supposer que les actes indirects ne sont pas toujours compris comme une requête ou un ordre, mais plutôt comme des assertifs directs. Par contre, lorsque les actes sont compris selon leur sens propositionnel, ils peuvent être satisfaits: les satisfactions des questions sont constantes (106% du fait de satisfactions multiples pour une même question), alors que seul le 37% des ordres sont satisfaits (différence significative,  $p < .01$ ).

Le processus de compréhension des actes indirects se base, d'après SEARLE (1975) sur les connaissances partagées, la rationalité et l'inférence. Il dénombre 10 étapes dans la démarche de la compréhension d'un acte indirect allant de la reconnaissance qu'il existe un but illocutoire latent jusqu'à la découverte de ce but. La complexité de la gestion des actes indirects implique des opérations cognitives de haut niveau. Les auteurs qui ont expérimenté la compréhension des actes indirects (dont l'ironie) chez des patients TCC, ont supposé qu'elle est assurée par les fonctions exécutives sous-tendues par les lobes frontaux (voir plus haut MCDONALD & VAN SOMMERS, 1993; MCDONALD & PEARCE, 1996). En situation conversationnelle, la gestion conjointe des contenus verbaux et contextuels, cognitifs et émotionnels requière vraisemblablement une attention et un effort au moins aussi considérable qu'en situation expérimentale. Les opérations cognitives inférentielles permettant de

comprendre, donc de faire réussir les actes indirects, seraient de trop haut niveau pour la patiente. Le recours à des actes indirects, malgré leur caractère adéquat au plan relationnel, serait donc contre-indiqué. C'est la première fois que la perturbation de la gestion des actes indirects est observée dans une conversation naturelle, lors de pathologie frontale. C'est par conséquent la première fois que l'on peut supposer que ce type d'actes est contre-productif en conversation.

### *Les réussites et les satisfactions .*

La mère, après avoir témoigné de son intérêt pour les interventions de sa fille en lui montrant qu'elle les a entendues et comprises (en les faisant réussir), donne moins souvent suite par des satisfactions que ne le fait la patiente. Autrement dit, la mère montre sa compréhension sans nécessairement enchaîner dans le contenu proposé par sa fille. Quand la mère ne répond pas à des questions, elle enchaîne soit par des contre-arguments, soit passe rapidement à des demandes ou des requêtes indirectes pour inciter sa fille à prévoir mentalement des actions à réaliser plus tard (c.f. corpus 1, M6<sup>1,2,6,9</sup>). Elle pose aussi plusieurs questions de suite sans attendre la réponse (M6<sup>10,11,12,13</sup>). Ces énumérations sont susceptibles d'empêcher d'éventuelles satisfactions de la part de la patiente. Elles reviennent à programmer verbalement de façon déclarative les actions à effectuer ou les réponses à apporter. Une suite ininterrompue d'actes (dont nombre sont indirects) peut être observée dans l'extrait suivant (corpus 1).

#### Corpus 1:

Chaque intervention porte un numéro (ex. A5), et a été divisée en actes dont le numéro figure en exposant (ex. (M6<sup>1</sup>). M= mère; A= patiente.

Dq= directif-question; Do= directif-ordre; A= assertif; i= implicitement.  
Ex.: A(i.Do) = Assertif implicitement directif-ordre. Acte satisfait = S. Les interruptions et les pauses d'une seconde sont marquées par /. Le nb de secondes indique les pauses plus longues (ex.: 2 SEC).

Interventions	Actes	S
A5 faudra que je fasse quoi?	Dq	
M5 il faut savoir quand tu vas déménager	A(iDo)	S
A6 <sup>1</sup> ben tu sais		
A6 <sup>2</sup> c'est en juillet		
M6 <sup>1</sup> oui mais s. comment tu vas régler le problème de tes vacances	A(i.Do)	
M6 <sup>2</sup> moi j'ai pensé qu'il fallait réfléchir à ça	A(i.Do)	
M6 <sup>3</sup> /par rapport a au déménagement on veut pas/		
M6 <sup>4</sup> moi je me réjouis disons de te /de t'aider à déménager		
M6 <sup>5</sup> à a t'a/à aller acheter des choses avec toi		
M6 <sup>6</sup> mais il faudrait voir quand	A(i.Do)	
M6 <sup>7</sup> 1 SEC parcequ'on veut pas faire ça tout le mois de juillet tu vois/		
M6 <sup>8</sup> nous on a / on a envie aussi de prendre nos vacances/		
M6 <sup>9</sup> alors là ben il faudrait aussi voir aussi comment tu as comment tu t'organises	A(i. Do)	
M6 <sup>10</sup> /qu'est-ce que tu as envie de faire ?	Dq	
M6 <sup>11</sup> est-ce que tu as envie de partir à au Portugal ?/	Dq	
M6 <sup>12</sup> est-ce que tu as envie de faire ton camp de Vaumarcus ?	Dq	
M6 <sup>13</sup> est-ce que tu as envie de faire ?	Dq	
M6 <sup>14</sup> c'est ça qu'il faut un petit peu voir programmer tes vacances	A (i.Do)	
M6 <sup>15</sup> et puis heu programmer le le déménagement	A (i.Do)	
M6 <sup>16</sup> parce que l'appartement tu l'as depuis le premier juillet	A	
M6 <sup>17</sup> mais tu es pas forcée d'y entrer le premier juillet	A (i.Do)	S
A7 <sup>1</sup> et puis je suis pas sûre		
A7 <sup>2</sup> c'est pas sûr qu'il soit libre (voilà) le premier juillet		

En ce début de conversation, la mère énumère verbalement les activités possibles pour introduire les contenus à discuter (repris par la suite). Cette accumulation d'actes implique que sa fille les comprenne tous et puisse s'en

rappeler. La mère sait que la patiente a des difficultés à initier des actions, se mettre rapidement dans le vif du sujet, qu'elle digresse volontiers, et qu'elle a du mal à organiser les contenus conversationnels. Elle s'ajuste aux difficultés de sa fille en gérant activement les thèmes. Il semble qu'elle adopte, dans ce but, une stratégie déclarative qui consiste à énumérer d'une traite les actions à réaliser, au lieu de les planifier en situation et dans l'action, c'est à dire de les prendre chacune son tour, en laissant sa fille intervenir et les traiter ensemble. Cette stratégie ne concerne pas seulement le début de la conversation, mais s'observe aussi plus tard. Or la patiente ne peut pas faire réussir les actes l'un après l'autre dans leur déroulement car ils sont souvent indirects (M6<sup>1, 2, 6, 9, 14, 15, 17</sup>), trop nombreux et trop rapprochés. Elle ne donne jamais de feed-back (ne peut le faire?) sous forme d'approbation simultanée (ex.: hmhm), ce qui aurait permis de faire réussir les actes de sa mère (mais non les satisfaire). Deux stratégies auraient permis de faire face à ces suites ininterrompues d'actes: soit interrompre, comportement à la fois peu acceptable au plan social et difficile car les actes se succèdent sans pause plus longue qu'une respiration; soit mémoriser les différents éléments et les reprendre ensuite un à un. La seconde stratégie s'observe dans les débats (TROGNON & LARRUE 1994); elle requiert une saisie rapide des informations nouvelles, leur mise en mémoire de travail et des capacités d'organisation de l'information et de planification de l'action. Or l'ensemble de ces compétences représente des ressources exécutives susceptibles de faire défaut à la patiente du fait de ses larges lésions frontales, et ses troubles du comportement. Enfin, lorsque la patiente répond à sa mère ne tenant compte que de ses deux dernières interventions qui ne concernent qu'un point de détail (M3<sup>17, 18</sup>), M accepte et enchaîne sur l'intervention de sa fille. La mère se contente de cette réponse très partielle qui ne concerne pas le but principal (fixer une date).

La conversation de contrôle entre M et P montre, entre elles, une répartition non significativement différente des actes et des satisfactions, témoignant d'une gestion relativement symétrique des actes et de leurs propriétés.

## **Conclusion**

Les ajustements de la mère sont insuffisants face à la complexité de la pathologie de la patiente. Les digressions et les changements de thèmes brusques, que la gestion des thèmes réussit à faire diminuer, ne représentent pas seulement un problème formel de gestion des contenus. Digresser, comme répondre sur un détail, rendent compte d'une difficulté à repérer et à prendre en

compte le ou les buts principaux de l'intervention, c'est-à-dire les actes directeurs (quand déménager?, où aller ensuite?). Autrement dit, cela nécessite de reconnaître les énoncés importants compte tenu du contexte, et les préoccupations de son interlocutrice, au travers de ses interventions. Toutes ces opérations représentent des ressources cognitives d'intégration de haut niveau. Compte tenu de l'absence de troubles formels du langage, de la mémoire et du raisonnement, on ne peut qu'incriminer le défaut des fonctions exécutives responsables des traitements cognitifs de haut niveau que nous n'avons pas la place de détailler ici (SHALLICE, 1982; SHALLICE & BURGESS, 1991). La mère adopte donc des stratégies conversationnelles qui, dans les interactions, accentuent le handicap qu'elle essaie de contourner, selon un comportement qui se retrouve dans d'autres handicaps (ANDERSEN & DUPUY, 1997). Elle fait appel à des ressources cognitives qui font vraisemblablement défaut à la patiente. Le handicap était diminué par la gestion des thèmes, mais la pathologie persiste. Elle ressurgit entière dans l'analyse des interactions.

Ce travail montre que les ajustements ne constituent pas nécessairement une adaptation favorable au patient. Ils peuvent faciliter ou entraver la communication selon la façon dont ils sont gérés. Il ne suffit pas d'avoir une connaissance générale des troubles cognitifs d'un patient pour réussir ses ajustements conversationnels, mais il faut observer et analyser minutieusement ce qui constitue une aide, et ce qui devient une entrave.

## **Bibliographie**

- ANDERSEN, E. S. & DUPUY, B. C. (1997): "Premières conversations entre des mères et leurs enfants aveugles: input et acquisition". In: J. BERNICOT, J. CARON-PARGUE & A. TROGNON (Eds), *Conversation, interaction et fonctionnement cognitif*, Presses Universitaires de Nancy, 63-90.
- BERTONI, N. (1992): "Eléments d'une pragmatique du discours paranoïaque". *Psychologie Française*, 37, 203-211.
- BOND, F. & GODFREY, H. P. D. (1997): "Conversation with traumatically brain-injured individuals: a controlled study of behavioral changes and their impact". *Brain Injury*, 5, 319-329.
- COELHO, C. A., LILES, B. Z. & DUFFY, R. J. (1991): "Analysis of conversational discourse in head-injured adults". *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 6, 92-98.
- GHIGLIONE, R. & TROGNON, A. (1993): *Où va la pragmatique?* Grenoble: PUG.
- LEVIN, H. S. (1992): "Neurobehavioral sequelae of closed head injury". In: R. R. COOPER (Ed.), *Head injury*. New York: Williams & Wilkins.
- MCDONALD, S. & VAN SOMMERS, P. (1993): "Pragmatic language skills after closed head injury: ability to negotiate requests". *Cognitive neuropsychology*, 10, 297-315.

- MCDONALD, S. & PEARCE, S. (1995): "The «dice» game: a new test of pragmatic language skills after closed-head injury". *Brain Injury*, 9, 255-271.
- MCDONALD, S. & PEARCE, S. (1996): "Clinical insights into pragmatic language theory: the case of sarcasm". *Brain and Language*, 53, 81-104.
- MCDONALD, S. & PEARCE, S. (1998): "Requests that overcome listener reluctance: impairment associated with executive dysfunction in brain injury". *Brain and Language*, 61, 88-104.
- MCDONALD, S. & VAN SOMMERS, P. (1993): "Differential pragmatic language loss following closed head injury: ability to negotiate requests". *Cognitive Neuropsychology*, 10, 297-315.
- MENTIS, M. & PRUTTING, C. (1987): "Cohesion in the discourse of normal and head-injured adults". *Journal of Speech and Hearing Research*, 30, 88-98.
- MENTIS, M. & PRUTTING, C. (1991): "Analysis of topic as illustrated in a head-injured and a normal adult". *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, 583-595.
- MILTON, S. B., PRUTTING, C. A. & BINDER, G. M. (1984): "Appraisal of communication competence in head injured adults". In: R. H. BROOKSHIRE (Ed), *Clinical Aphasiology*, Vol. 4, Minneapolis, BRK Publishers, 114-123.
- PENN, C. & CLEARY, J. (1988): "Compensatory strategies in the language of closed head injured patients". *Brain Injury*, 2, 3-17.
- PETER, C. (1995): "Conversations avec une patiente souffrant de lésions traumatiques bifrontales: ajustements mutuels". *Revue de Neuropsychologie*, 5, 53-85.
- POURCHOT, C. (1997): *Conversations avec des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer*. Mémoire de DEA, Université de Nancy.
- SEARLE, J. R. (1972): *Les actes de langage: essai de philosophie du langage*. Paris, Hermann.
- SEARLE, J. R. (1975): "Indirect speech acts". In: P. COLE & J. L. MORGAN (Eds.), *Syntax and semantics*, 3, *Speech acts*, New York, Academic Press, 59-82.
- SEARLE, J. R. & VANDERVECKEN, D. (1985): *Foundations of illocutionary logic*. Cambridge, University Press.
- SHALLICE, T. (1982): "Specific impairments of planning". *Philosophical transactions of the Royal Society London B*, 298, 199-209.
- SHALLICE, T. & BURGESS, P.W. (1991): "Higher-order cognitive impairments and frontal lobe lesions in man". In: H. S. LEVIN, H. M. EISENBERG, A. L. BENTON (Eds), *Frontal lobe function and dysfunction*, ch. 6., New York, Oxford University Press, 125-138.
- SNOW, P., DOUGLAS, J. & PONSFORD, J. (1995): "Discourse assesement following traumatic brain injury: a pilot study examining some demographic and methodological issues". *Aphasiology*, 9, 365-380.
- TOUGHER, L., HAND, L. & CODE, C. (1997): "Measuring service encounters with the traumatic brain injury population". *Aphasiology*, 11, 491-504.
- TROGNON, A. (1992): "L'approche pragmatique en psychopathologie cognitive". *Psychologie Française*, 37, 191-202.
- TROGNON, A. (1998): "Du cognitivisme représentationnel au cognitivisme pragmatique en psychopathologie". In: *La psychopathologie peut-elle être cognitive? L'encéphale*, XIV, 158-165.
- TROGNON, A. & BRASSAC, C. (1992). "L'enchaînement conversationnel". *Cahiers de linguistique française*, 13, 76-107.

- TROGNON, A. & MUSIOL, M. (1996): "L'accomplissement interactionnel du trouble schizophrénique". In: I. JOSEPH & J. PROUST (Eds), *La folie dans la place*, Paris, Editions de l'école des hautes études, 179-209.
- TROGNON, A. & LARRUE, J. (1994): *Pragmatique du discours politique*, Paris, Armand Colin.
- VANDERVEKEN, D. (1988): *Les actes de discours*, Bruxelles, Mardaga.