

LA P.A.C.E. : son utilisation, ses extensions et proposition d'une nouvelle grille d'évaluation

Marie-Luce DESSY,
Anne JACQUEMIN,
Marie-Pierre de PARTZ,
Anne-Marie
van RUYMBEKE-RAISON
licenciées en Logopédie
Françoise COYETTE
Ergothérapeute
Xavier SERON
Docteur en Psychologie

Centre de Révalidation
Neuropsychologique
Cliniques Universitaires St Luc
Avenue Hippocrate, 10/1350
B. - 1200 BRUXELLES
(Belgique)

par Marie-Luce DESSY, Anne JACQUEMIN,
Marie-Pierre de PARTZ, Anne-Marie van
RUYMBEKE-RAISON, Françoise COYETTE et
Xavier SERON

I. Origine de la Méthode

Introduite en 1978 par DAVIS et WILCOX, la méthode P.A.C.E. «Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness» a été publiée pour la première fois en 1981.

La P.A.C.E. est une méthode de rééducation globale et fonctionnelle créée pour des patients aphasiques : elle se veut une thérapie de la communication et non du langage. Le but consiste à établir des références connues entre le patient et le thérapeute dans une situation communicative qui n'est pas entièrement naturelle.

La P.A.C.E. s'inscrit dans le courant de la pragmatique et fait suite aux nombreux travaux sur la communication référentielle chez les enfants et les handicapés mentaux*.

Personne ne s'accorde réellement sur une définition unique de la pragmatique : retenons avec DAVIS et WILCOX (1981) qu'elle concerne «l'étude des relations entre le langage et le contexte dans lequel il est utilisé» et qu'elle inclut la notion de «coopération» chère à CLARK (1985, 1986). Pour communiquer à propos d'un référent, les interlocuteurs doivent coopérer mutuellement. Au cours du dialogue, le locuteur se base sur les connaissances qu'il partage avec son auditeur, et tient compte de ce qu'il croit ou suppose que l'auditeur croit ou suppose*. De même, au cours de la thérapie, le thérapeute et son patient deviennent locuteur et allocutaire et construisent au fil des séances un «terrain commun d'entente».

L'objectif thérapeutique de la P.A.C.E. est d'améliorer précisément la capacité des patients à communiquer dans la vie quotidienne, en incorporant les principaux paramètres d'une situation de conversation naturelle dans la thérapie. Outre le contexte linguistique et la coopération au niveau des énoncés et des tours de parole, la conversation englobe également les contextes extra et para-linguistiques. Le but, les paramètres physiques et temporels de l'échange, les rôles des interlocuteurs entrent en ligne de compte, c'est le contexte extra-linguistique. La prosodie, le rythme de la parole, l'intonation, constituent ce que DAVIS et WILCOX appellent contexte para-linguistique et jouent également un rôle dans l'interaction.

* ASHER *et al.*, 1976 - ASHER *et al.*,
1981 - KRAUSS *et al.*, 1969 -
GLUCKSBERG *et al.*, 1975.

* HUPET et COSTERMANS, 1986

Ces différents paramètres ont fait l'objet d'études chez des patients aphasiques. Retenons avec HOLLAND (1977) que «les aphasiques communiquent probablement mieux qu'ils ne parlent». Elle suggère que les patients n'ont pas perdu leur compétence communicative, définie comme «l'emploi socialement approprié du langage dans la culture». De plus, ils sont capables d'utiliser les actes de langage de manière verbale et non-verbale.

Ce qui justifie l'application d'une thérapie globale et fonctionnelle telle que la P.A.C.E., c'est selon DAVIS et WILCOX (sous presse), la capacité qu'ont les patients aphasiques d'interagir en tant que locuteur et allocutaire.

En effet, en dépit de leurs déficits verbaux, ces patients restent sensibles :

- 1) à l'emploi des tours de parole dans la conversation,
- 2) aux principes coopératifs,
- 3) à la distinction information nouvelle - information ancienne,
- 4) à la compréhension des intentions de l'interlocuteur.

C'est pourquoi DAVIS et WILCOX (1981) s'opposent aux rééducations classiques en logopédie qui ne tiennent pas compte des éléments définissant la communication naturelle.

Dans sa tâche classique de dénomination d'images par exemple,

- 1) le patient n'apporte pas d'informations nouvelles puisque le thérapeute et le patient ont les images devant eux ce qui crée une situation redondante,
- 2) la patient est confiné dans un rôle de locuteur, le thérapeute dans celui d'auditeur, sans alternance des rôles,
- 3) le patient n'emploie qu'un ou deux canaux communicatifs et la rééducation est centrée plus sur la production d'énoncés linguistiques adéquats que sur la communication d'un message.

Quoique catégorique, cette opposition n'implique pas le rejet des méthodes de rééducation strictement linguistiques et les thérapeutes du Centre de Revalidation Neuropsychologique des Cliniques Universitaires Saint-Luc mènent en effet les deux types de thérapie chez un même patient.

II. Description de la méthode



La situation d'échange lors de la P.A.C.E. reprend le paradigme expérimental créé par KRAUSS et WEINHEIMER (1966, 1967) : deux interlocuteurs sont face à face et doivent communiquer à propos d'un matériel donné. Le locuteur décrit un référent à l'auditeur, afin que celui-ci puisse opérer un choix correct parmi les éléments disposés devant lui.

La situation proposée par DAVIS et WILCOX en 1981 diffère quelque peu de ces premières expériences : l'informateur, thérapeute ou patient, tire une carte parmi une pile de cartes uniques déposées sur la table. Il la garde hors de vue de son interlocuteur - ou devineur - et tente d'expliquer cette image en utilisant n'importe quel canal (verbal, non-verbal).

L'échange se termine quand l'informateur juge que le devineur en connaît assez sur le contenu de l'image.

Les conséquences relatives à cette méthode fonctionnelle sont au nombre de quatre :

1) la P.A.C.E. respecte le fait que l'**information** à transmettre doit être **nouvelle** : le patient ne communique pas à propos d'un matériel que le thérapeute connaît déjà et qu'ils ont sous les yeux. Le fait que le matériel soit varié, peu souvent réutilisé et éventuellement sélectionné par une tierce personne, garantit la distinction information ancienne - information nouvelle effective dans la communication naturelle.

2) la P.A.C.E. tient compte du **caractère multi-modal des canaux** de communication : le rôle du thérapeute est de faire comprendre au patient qu'il a la possibilité et le choix d'utiliser différents moyens pour communiquer (langage oral, gestes, dessins, écriture,...) et de fournir le matériel approprié à ces moyens (par exemple un bloc-note). Dans un deuxième temps, le thérapeute devra

introduire dans son répertoire comportemental les comportements ou stratégies peu ou pas utilisés chez le patient.

3) la P.A.C.E. préserve l'**alternance des rôles** entre le thérapeute et le patient et leur **participation égale** dans la communication. Chacun prend la parole alternativement et joue le rôle de locuteur et d'auditeur au cours des séquences. Le patient a la possibilité de soutenir un sujet en utilisant plusieurs stratégies pragmatiques ; il utilise également les conventions propres à la prise de parole (signaux non-verbaux, chevauchement minimal, etc...). La coopération est donc nécessaire à chaque moment.

4) la P.A.C.E. délivre des **feed-backs** basés sur la **compétence communicative** : le thérapeute réagit de manière naturelle au contenu du message du patient, et n'apporte pas de correction aux productions linguistiques. En cas de non-compréhension par exemple, il peut proposer une interprétation (« je ne suis pas sûr, c'est quelque chose à propos de la cuisine ? »). La capacité de deviner dépend de l'attention du thérapeute et de sa familiarité avec le patient. DAVIS et WILCOX (1985) proposent d'introduire périodiquement un récepteur moins familier, puisque le but global de la P.A.C.E. est de généraliser les comportements de communication.

III. Extension de la méthode au centre de revalidation St-Luc

1) Situation et matériel

La situation de devinette proposée par DAVIS et WILCOX (1981) est difficile car le devineur n'a aucun référent devant lui et l'univers des possibilités sémantiques est infini.

C'est pourquoi CLEREBAUT, COYETTE, FEYEREISEN et SERON (1984) ont proposé deux autres situations d'échange :

a - jeux d'images en double :

Le thérapeute et le patient disposent chacun d'un jeu identique de six à dix images, placées sur un socle en bois à l'abri du regard de l'interlocuteur.

Deux sortes d'échanges sont possibles : l'informateur « explique » ou bien « fait deviner » la carte qu'il a sélectionnée. Dès que le devineur a trouvé l'image, les rôles sont inversés et l'échange continue jusqu'à l'avant dernière image. La dernière image, déjà connue ne nécessite bien sûr plus d'être décrite.

Cette situation de base peut être complexifiée en ne contrôlant le rangement des images qu'à la fin de l'interaction par exemple ; elle peut aussi être réalisée avec un nombre réduit d'images en cachant le référent au moment de communiquer, ce qui ajoute à la tâche de communication un travail de mémoire.

b - situation de dictée :

L'informateur dispose d'une carte originale qu'il a construite et « dicte » à son interlocuteur les instructions nécessaires à la reproduction de la carte.

L'informateur peut avoir accès ou non à la production de l'autre, ce qui implique une plus ou moins grande coordination.

La confrontation des deux cartes obtenues détermine la réussite ou l'échec de la communication.

Nous utilisons également les cartes uniques proposées par DAVIS et WILCOX (1981), non seulement en situation de devinette mais aussi en situation d'explication.

Notre matériel est du même type que celui de DAVIS et WILCOX (1981) : images d'action, photos d'actualités, paysages, matériel écrit... selon les centres d'intérêt et le niveau socio-culturel du patient ou selon un point spécifique (par exemple les notions spatiales).

La complexité de ce matériel n'est pas encore clairement établie : « the relative difficulty of the three message levels (objets, actions, séquences, nous ajoutons) in

CLEREBAUT et coll. (1984) pensent que «la complexité du matériel dépend souvent plus du patient que du matériel proposé». Néanmoins, en règle générale, les images d'action seraient plus faciles, les images proches morphologiquement et qui ne peuvent être décrites par un seul mot ou geste seraient les plus difficiles.

Les critères de choix selon la complexité du matériel nous posent toujours problème et ont fait l'objet de la première partie du travail de CHANTRAINE (1986) et DESSY (1986). Le problème de la progression ne réside pas uniquement dans le fait de décrire l'image, il s'agit encore de trouver l'élément pertinent pour que l'interlocuteur comprenne. CHANTRAINE (1986) et DESSY (1986) ont créé à partir du Tangram, jeu chinois proposant de multiples formes, quatre groupes de figures définies par un degré de proximité morphologique entre elles et un degré de lexicalisabilité ou de «facilité à mettre une étiquette».

L'établissement de référents met en jeu plusieurs paramètres :

- 1) la capacité de traiter un matériel
- 2) la capacité de tenir compte de l'interlocuteur
- 3) la capacité d'apprécier l'effet du message transmis.

Une tâche de communication référentielle nécessite en effet la comparaison des référents et la découverte de la différence pertinente, l'évaluation du niveau supposé de l'allocutaire et de l'information émise ; elle nécessite enfin la possibilité d'exprimer cette analyse.

2) Extension des objectifs poursuivis en P.A.C.E.

L'objectif de la P.A.C.E., tel que décrit par DAVIS et WILCOX (1981) est d'améliorer les capacités communicatives du patient aphasique. L'utilisation de la méthode au Centre de Revalidation des Cliniques Universitaires Saint Luc de Bruxelles n'est pas limitée à l'objectif communicatif. La P.A.C.E. est aussi exploitée dans deux autres directions : le contrôle du transfert des apprentissages et l'apprentissage de conduites spécifiques. De plus, l'utilisation de la P.A.C.E. n'est pas exclusive d'autres méthodes. En effet, après avoir répertorié et analysé les troubles du langage du patient aphasique, celui-ci est orienté vers des thérapies plus cognitives où les objectifs thérapeutiques sont liés à la nature des troubles. La P.A.C.E. est donc, du moins en début de thérapie, toujours appliquée parallèlement à d'autres méthodes thérapeutiques. Si au moment de la prise en charge thérapeutique, la lésion n'est pas trop ancienne, les cliniciens ne renoncent pas à une restructuration des processus mentaux sous-tendant les activités langagières (pour une revue des stratégies de rééducation voir SERON, 1982).

a - Objectif principal : communication fonctionnelle

1° Etape d'observation et de soutien

Au cours de la première séance de rééducation, le thérapeute explique au patient l'objectif de la méthode. Il lui explique que pour réaliser cet objectif de communication, tous les moyens sont bons : langage oral, langage écrit, gestes, dessins, onomatopées...

Le thérapeute, en tant que locuteur, utilisera lui-même un maximum de canaux communicatifs. Les premières séances permettent au thérapeute de répertorier les comportements communicatifs du patient. La dernière séance d'observation (la quatrième ou cinquième selon les cas) est enregistrée sur cassette vidéo et sert de **ligne de base pré-thérapeutique**.

Au cours de ces séances d'observation, le patient a l'occasion de se familiariser avec la méthode et de constater qu'il peut encore communiquer même s'il parle mal ou ne peut plus parler. L'apport original de la P.A.C.E. est de donner au patient des moyens de communication en évitant de le focaliser sur le langage oral seul.

Par exemple, une patiente mutique produisant des soupirs de découragement devant une série d'actions à expliquer, s'est vue rassurée de pouvoir accomplir rapidement cette tâche, après que le thérapeute l'ait invitée à utiliser le geste comme moyen de communication.

Au début, on se place dans des situations de cartes doubles et les cartes sont très

différenciées pour favoriser une probabilité élevée de réussite. Notons cependant que des cartes bien différenciées sur le plan visuel peuvent être plus ou moins ambiguës selon le canal de communication utilisé.

Imaginons les sept cartes représentant : un ballon, un balcon, une bouilloire, une bouteille, un bouchon, un boulevard et un bataillon. Chaque carte peut être représentée par un mime bien différent et se trouver aisément discriminée. Par contre, si le patient choisit le canal écrit pour décrire une carte, les cartes ne sont plus sans ambiguïté. Si le patient ne peut écrire que la première lettre ou la première syllabe du mot, le thérapeute ne pourra, dès le premier essai, donner un feed-back de réussite. De plus, si le patient émet par oral des paraphrasies phonémiques ou phonétiques, ballon, bataillon, bouchon et balcon pourraient être confondus. Des situations de ce type peuvent être intéressantes à un moment plus avancé de la thérapie mais présentées dès le début, elles risquent de renforcer le désarroi du patient. Elles seront donc évitées dans la phase d'observation.

En résumé donc, l'étape d'observation permet au thérapeute, d'une part de répertorier quels sont chez le patient les canaux et stratégies communicatives les plus efficaces, et d'autre part permet au patient de découvrir ses compétences résiduelles.

2° Etape de modelage

Le thérapeute possède maintenant les informations nécessaires à l'établissement du modelage. Celui-ci peut être réalisé au niveau de toutes les situations. Dans le cas d'une situation d'images en double, le thérapeute explique une à une les cartes que le patient doit deviner. La série terminée, on alterne les rôles et c'est le patient qui doit expliquer ces mêmes cartes en utilisant uniquement ou principalement le canal proposé par le thérapeute. Ensuite, pour favoriser la concurrence des différentes modalités, on permet et renforce l'utilisation simultanée et coordonnée de tous les canaux à disposition. A ce moment, on peut faire intervenir des cartes pour lesquelles l'utilisation d'un seul canal ne suffit pas à l'établissement d'un accord entre les interlocuteurs. Au cours de ce travail, le modelage proposé doit toujours être fonctionnel. En effet, un geste descriptif, c'est-à-dire qui a un rapport analogique avec le référent, peut-être efficace dans une situation P.A.C.E. parce que les interlocuteurs sont face aux référents communs. Néanmoins ce même geste peut dans la vie quotidienne correspondre à un nombre très élevé de référents différents et donc ne pas être informatif.

Une patiente que nous avons en thérapie pouvait très bien mimer la forme d'un couteau dans une situation de cartes doubles. Le thérapeute trouvait rapidement la carte, le geste semblait efficace. Néanmoins, chez elle, la patiente ne pouvait pas obtenir rapidement un couteau parce que dans les contextes plus variés dans lesquels elle produisait des gestes descriptifs, ceux-ci s'avéraient trop peu informatifs. Le modelage du thérapeute a donc dû tenir compte des limites de ce type de communication gestuelle. Il a alors insisté sur l'aspect fonctionnel des objets difficiles à représenter de manière précise par leur seule description morphologique. Le couteau sert à couper, on fait le geste de couper que l'on peut faire suivre du geste descriptif du couteau pour préciser, si nécessaire, qu'il s'agit de l'objet et non de l'action.

Quelle que soit l'étape de la rééducation, le thérapeute réagit toujours au contenu des messages et non à leur forme et ce dès qu'il a compris.

Dans le cas où un patient produit oralement «inée» et que le thérapeute comprend qu'il s'agit de la carte représentant une cheminée, il réagira directement : «il s'agit de la cheminée, j'ai trouvé». Jamais il n'attendra que le mot soit prononcé correctement si le message est compris et jamais il ne fera répéter un mot ou une phrase dans cette situation.

du patient est d'expliquer une carte et que le thérapeute pose sans cesse des questions précises pour lever les ambiguïtés (est-ce qu'il s'agit d'une femme ? est-ce qu'elle a des lunettes ? de quelle couleur sont ses lunettes ?...) les rôles sont renversés. Le patient devient compreneur et ne doit plus répondre que par oui ou par non, par noir ou blanc... L'utilisation trop fréquente de ces feed-back (sous forme de questions précises) rend la communication unidirectionnelle. On s'éloigne alors de l'objectif de la méthode qui est de permettre au patient d'optimiser ses capacités communicatives, notamment en position de locuteur-allocutaire.

Y a-t-il un patient type pour la P.A.C.E. ? Non. Tout patient présentant des difficultés communicatives, et ils sont nombreux en neuropsychologie, est un candidat potentiel pour la P.A.C.E.. En cas d'aphasie globale par exemple, la pratique de la P.A.C.E. aura comme priorité de démontrer au patient qu'il peut encore communiquer en utilisant les canaux non-verbaux. Par contre, en cas d'aphasie de Wernicke avec un jargon important, la démarche prioritaire consistera à faire prendre conscience au patient qu'on ne le comprend pas. Ce type de feed-back «réaliste» est peu ou pas du tout utilisé dans les thérapies «classiques». Lorsqu'un patient jargonne il n'est pas rare d'observer le thérapeute réagir positivement à ses productions par des «oui-oui», «c'est ça» alors qu'il n'a en fait rien compris. On renforce alors de la sorte l'utilisation de moyens non efficaces.

Une fois la nosogénosie établie, la progression habituelle de la thérapie peut commencer.

Néanmoins, si la P.A.C.E. permet une progression des tâches quant à ce qui doit être communiqué et des moyens à mettre en œuvre dans ce but, la méthode reste à certains égards encore éloignée des réalités communicatives de la vie quotidienne. C'est pour répondre à ces limites de la P.A.C.E. (au niveau de sa structure) que nous avons entrepris ce que nous appelons «l'APRES-P.A.C.E.». L'APRES-P.A.C.E. telle qu'elle est pratiquée actuellement, consiste à placer le patient dans des situations plus naturelles et aussi plus diversifiées (utilisation du téléphone, augmentation du nombre de personnes présentes...). Le patient qui, suite à la P.A.C.E., a réussi à utiliser avec efficacité différents canaux communicatifs est alors mis dans des situations de «jeux de simulation»*. Il est confronté à différentes situations pour lesquelles entre autres, différents actes de parole* peuvent être attendus. Il faut prendre garde à ce que les différentes situations soient adaptées au vécu du patient. Nous lui proposons des situations en rapport avec ses goûts (va-t-il au cinéma ?, au théâtre ?, discute-t-il de politique, d'actualité avec ses amis ?...) avec son entourage (quelles situations rencontre-t-il avec ses enfants ?, discute-t-il avec eux de leurs résultats scolaires ?, de leurs possibilités de sorties ?...). La situation d'interaction a lieu entre le patient et le logopède.

* PRICHARD, 1986.

* SEARLE, 1969.

Parmi les thérapies les plus adaptées aux besoins de la vie quotidienne, nous envisageons la situation de groupe comme autre possibilité, celle-ci favorise en effet les échanges sociaux et multiplie les situations interactives. Ces préoccupations d'adaptation des thérapies aux besoins sociaux de la communication ne sont pas nouvelles mais elles sont encore peu opérationnelles et il est aujourd'hui bien difficile de leur attribuer une efficacité quantitative*.

* voir cependant PRICHARD, 1986 et SERON, 1979.

b - Apprentissages spécifiques

La P.A.C.E. sert également à la réalisation d'objectifs plus spécifiques. Prenons deux exemples.

Chez un aphasique anomique de 64 ans, la P.A.C.E. a permis de supprimer les paraphasies sémantiques qui venaient masquer son manque du mot. Le patient était mis dans une situation de cartes doubles appartenant à un champ sémantique bien défini, celui des animaux par exemple. Cette série est décrite deux fois consécutivement : dans un premier temps par le patient et ensuite par le logopède. Si le patient produit des erreurs, par exemple «paon» et que le thérapeute émet l'hypothèse qu'il s'agit de «dindon» il vérifie son information en demandant : «c'est le dindon, c'est l'animal qui a une queue en forme

d'éventail (plus geste à l'appui) comme le paon ?». Lors de l'alternance des rôles, le logopède devient locuteur et dit : «j'ai choisi l'image du dindon, l'animal qui a la queue en forme d'éventail».

Chez un aphasique global de 66 ans, l'objectif spécifique était de travailler les notions de nombre, de couleur et de forme. Le patient était mutique mais pouvait produire des mots écrits. Il était mis dans des situations de cartes doubles à expliquer. Le thérapeute était producteur et utilisait le canal écrit pour réaliser le modelage. Dans un premier temps, les cartes à disposition ne se différençaient que par une seule variable. S'il s'agissait de la variable nombre, on pouvait avoir sur des cartes différentes : un carré, deux carrés, trois carrés,... lorsque le thérapeute terminait la série, le patient devenait locuteur pour ces mêmes cartes. Au cours de la progression des séances, le nombre de variables engagées dans une même série augmentait. On pouvait ainsi avoir dans une même série : une carte avec deux fleurs bleues, une autre avec trois carrés noirs, une avec deux fleurs rouges, etc...

c - Transfert d'apprentissage

La P.A.C.E. est enfin utilisée pour vérifier que des comportements entraînés dans une tâche spécifique sont employés quand la tâche diffère.

Un aphasique de Broca, de 33 ans, avait des difficultés au niveau de la compréhension et de la production de locatifs. Lors des séances de rééducation «classique» il apprenait à localiser correctement des objets suite à un ordre oral du thérapeute.

En P.A.C.E., il devenait producteur et compreneur de ces notions. Ces notions étaient surtout travaillées dans de situations de dictée. Le thérapeute dicte des parcours sur une feuille quadrillée («deux carrés en haut, trois carrés à gauche,...») ou dicte des objets à placer sur le plan d'une maison,...

Dans cette situation où le thérapeute dicte, le patient est compreneur. Lors de l'inversion des rôles, le patient dicte et devient producteur (rôle qu'il n'a pas en rééducation «classique») et c'est au tour du thérapeute à dessiner le trajet ou placer les objets.

3) Evaluation

a - Procédure générale

La grille d'évaluation que nous utilisons* répertorie les canaux communicatifs qu'utilise le patient et ce, en fonction de leur conséquence chez l'auditeur.

* CLEREBAUT et coll. (1984) ont retravaillé la grille qu'ils proposaient en 1984.

Tableau I : Grille d'évaluation utilisée en P.A.C.E.

Patient Thérap.	Mot (oral)	Mot tronqué	Mot écrit	Oui/ Non	Onomat.	Geste	Dessin	TOTAL	Co occur.	Stéréo Jargon
F. B. de compréhension	1.8. <input type="checkbox"/>	1.1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.2. 1.3. <input type="checkbox"/>	1.8. <input type="checkbox"/>	1.1. 1.8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.1. 1.8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. B. de non compréhension	4.10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
compréhension difficile à déterminer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
absence de F.B.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL										

F. B. ouverts	4.10.
F. B. fermés	1.1. - 1.8. 1.2. - 2.1.

Temps :

Nombre de tours de parole :

L'évaluation est élaborée à partir de trois situations de huit à quatorze cartes doubles à expliquer. On mesure le temps nécessaire pour l'explication de toute une série. On comptabilise pour chaque série le nombre de tours de parole. La séance est enregistrée sur cassette vidéo et retranscrite. Pour chaque série, on indique pour chaque carte expliquée les tours de parole qui ont été nécessaires. Voici un exemple de retranscription*.

** voir dans le tableau I, l'insertion de ces tours de parole dans la grille d'évaluation.*

- 1.1 - Patiente : Pi kon (+ la patiente fait le geste 2 avec ses doigts)
 - Thérap. : Deux personnes ?
- 1.2 - Patiente : Oui (+ la patiente souffle)
 - Thérap. : Qui soufflent un gâteau ?
- 1.3 - Patiente : Oui.

Le premier chiffre correspond à la place qu'occupe la carte dans la série.

Le second chiffre correspond à l'ordre d'émission d'un tour de parole. Dans cet exemple, pour la première carte de la série au premier tour de parole, la patiente dit : «pi kon», en même temps elle fait deux avec ses doigts. Le thérapeute lui demande en retour s'il s'agit de deux personnes. Au deuxième tour, le thérapeute trouve la carte expliquée par la patiente. Cette découverte est confirmée au troisième tour de parole.

La séance d'évaluation pré-thérapeutique est réalisée après la période d'observation. Le post-test est réalisé trois mois après le pré-test.

b - Cotation

On utilise une grille d'évaluation différente pour chaque série d'images. L'unité d'analyse est le tour de parole. Chaque tour de parole est répertorié dans la grille en fonction de la réaction du patient. La colonne co-occurrence permet de voir rapidement si le patient utilise plusieurs canaux pour exprimer un concept. Si c'est le cas, le tour de parole sera répertorié au niveau des colonnes correspondant aux différentes modalités et dans la colonne co-occurrence.

Il est intéressant de noter la présence de jargon ou de stéréotypies dans une colonne réservée à cet usage. En effet, ces productions non informatives entravent l'efficacité de «l'échange» et, l'analyse quantitative de ces données entre le pré et le post-test peut donner des renseignements utiles pour l'interprétation de l'évolution de la thérapie.

La grille permet également d'observer les types de feed-backs donnés par le thérapeute : ouverts ou fermés. Les feed-backs fermés ne donnent la possibilité au patient que de répondre à un type de questions très précises. Le plus souvent il n'a le choix qu'entre deux possibilités. Il peut répondre par oui ou par non, par noir ou blanc... Les feed-backs ouverts quant à eux laissent la possibilité au patient de choisir l'information supplémentaire à fournir. Le plus souvent, c'est à un patient très peu autonome sur le plan communicationnel que l'on donne un nombre élevé de feed-backs fermés.

Voici quelques exemples de cotation de tours de parole pris ça et là dans des corpus de séances d'évaluation*.

** voir dans le tableau I, l'insertion de ces tours de parole dans la grille d'évaluation.*

c - Exemples de cotation

- 4.10 - Patient : Ça c'est rien du tout.
 - Thérap. : Que voit-on d'autre ?

Pour la quatrième carte, au dixième tour de parole le patient dit quelque chose qui n'est pas compris par le thérapeute. Dans la colonne «Mot (oral)» au rang «F.B. (feed-back) de non-compréhension» on notera «4.10». On notera également «4.10» dans la case réservée aux feed-backs ouverts.

- 1.8 - Patient : Eh bien y vident les... une dame qu'est-ce que je vais faire, nom di doum...
 - Patient : Idem ici... Hue ! (+ geste de tenir des rênes).
 - Thérap. : Hue ! un cheval ?

Pour la première carte, au huitième tour de parole le patient utilise à la fois le langage oral, une onomatopée et un geste pour exprimer un concept (quel-

qu'un qui dirige un cheval). Ce concept est compris par le thérapeute. «1.8» sera donc répertorié au rang «F.B. de compréhension» dans les colonnes : «Mot (oral)», «onomatopée», «geste» et «co-occurrence». On notera également ce tour de parole au niveau des feed-backs fermés (le thérapeute demande une confirmation par oui ou par non de ce qu'il a compris).

2.1 - Patient : (dessin)

- Thérap. : C'est un bonhomme que vous dessinez là hein ?

On notera «2.1» au rang «F.B. de compréhension» dans la colonne «dessin». Le thérapeute donne un feed-back fermé.

d - Comparaison pré et post-test (ou analyse)

L'analyse des grilles pré et post-test ne se limite pas à des comparaisons isolées de données quantitatives. Il s'agit d'une analyse dynamique. Si par exemple, le nombre de tours de parole est plus élevé en post-test cela ne veut pas nécessairement dire que la communication est moins efficace. Si on regarde le temps nécessaire pour l'explication d'une série, on verra peut-être que l'échange communicatif est plus rapide. D'un autre côté si le nombre de tours de parole augmente également cela ne veut pas dire que la communication est plus difficile après trois mois de thérapie. Il se peut que le patient utilise un autre canal, peut-être plus lent à ce moment de la thérapie mais offrant plus de possibilités pour l'avenir. Prenons un exemple afin de comprendre la nécessité d'une analyse dynamique des grilles d'évaluation.

Chez une patiente, aphasique globale d'une cinquantaine d'années, l'observation des indices pris un à un aurait pu conduire à des erreurs d'interprétation. En effet, en post-test on remarque qu'il a fallu 51 tours de parole pour expliquer la série par opposition à 27 tours de parole seulement en pré-test. Néanmoins, si on observe le temps, on remarque que la patiente est plus rapide en post-test. Cette diminution du temps peut-être expliquée par le fait qu'en post-test, l'examineur produit plus de feed-backs fermés mais aussi parce que la patiente abandonne le geste employé comme seul moyen de communication au profit du geste et de quelques mots oraux : les co-occurrences augmentent alors. En post-test, on remarque également une augmentation des feed-backs de non-compréhension et de compréhension difficile à déterminer. On pourrait en déduire que la communication «régresse» alors que ce n'est pas le cas puisqu'elle est entre autre plus rapide. L'augmentation de ce type de feed-back s'explique par le début des changements que l'on observe dans le style de communication chez cette patiente. Elle produit davantage de mots oraux : la plupart sont des mots tronqués, donc plus difficiles à comprendre que les dessins employés au pré-test (ces derniers étant moins ambigus mais plus lents à réaliser).

4) Limites de la grille utilisée au centre de réhabilitation St-Luc

DAVIS (1980) a établi une échelle de valeurs destinée à évaluer la réussite du patient en tant qu'émetteur uniquement. Celle de CLEREBAUT, COYETTE, FEYEREISEN et SERON (1984) a le mérite d'analyser en parallèle les feed-backs du thérapeute.

Cette grille a fait l'objet de remaniements mais n'a pas été testée expérimentalement. Elle est un outil technique qui sert de ligne de base et de contrôles périodiques.

Suite à son application sur plusieurs patients, nous avons été confrontés à certaines de ses **limites**.

Une première critique porte sur le rôle du patient : nous ne l'analysons qu'en tant que locuteur, alors qu'au niveau théorique nous insistons sur l'alternance des rôles. De même, nous n'analysons les énoncés du thérapeute qu'au niveau des feed-backs. Il serait bon également d'affiner les catégories réservées aux feed-backs du thérapeute.

Une deuxième critique porte que la fidélité inter-juges : comme il n'y a pas de critères précis et opérationnels au niveau de la retranscription et de l'analyse des énoncés, un même thérapeute doit retranscrire l'échange et l'analyser, tant pour le pré-test que pour le post-test.

Le travail de CHANTRAINE (1986) et de DESSY (1986) a montré récemment les difficultés liées à la définition des catégories.

Dans cette grille actuelle à St-Luc, certaines catégories sont trop larges ; c'est le cas par exemple des «oui-non» qui peuvent être ambigus. La catégorie devrait être plus spécifique et comporter des sous-catégories, telles que les «oui» continuateurs, les «oui» approbateurs et les «oui» interrogatifs.

Le nombre de catégories semble également trop limité : nous devrions par exemple ajouter une catégorie que nous qualifierions «accompagnements bucco-linguo-faciaux» (sans signification).

Nous pourrions également ajouter une catégorie «méta-communication», présente dans la grille de CHANTRAINE (1986) et de DESSY (1986). Dans leur expérience, cette catégorie comprenait un nombre très important de ce type d'énoncés fournis par les interlocuteurs. Ces énoncés n'apportent aucune information pour la tâche précise dans laquelle ils sont engagés. Par exemple, le fait de trouver que la tâche est difficile. Les interlocuteurs peuvent également se mettre d'accord sur la procédure d'établissement de la référence (exemple : «attends... je fais la tête»). Les régulateurs d'attention, les demandes formelles de feed-back et les essais de prise de parole font partie de ces énoncés «méta-communicatifs». Les «ça va ?», «d'accord ?» sont fréquents dans une conversation courante. Ainsi, il nous semble que la grille de CLERBAUT et coll. (non publiée) ne tient pas assez compte des énoncés qui se situent en dehors de la tâche et qu'elle ne cerne que les énoncés directement liés à l'échange.

Une dernière critique concerne l'évaluation des feed-backs de compréhension, la cotation est-elle liée uniquement au tour de parole (c'est-à-dire à l'énoncé précédent) ou de manière plus générale au contexte ? En général, elle semble liée à tout l'échange, mais ici aussi un critère de fidélité semble faire défaut.

IV. Conclusion



Si la grille d'évaluation ne permet pas encore de mettre en évidence toutes les composantes en jeu dans la communication, elle permet cependant de cerner à grands traits l'évolution du patient en situation d'échange. A ce titre, la méthode est donc justifiée. Elle reste cependant limitée car elle ne reproduit pas exactement les situations de la vie quotidienne.

Il est justifié de commencer une thérapie P.A.C.E. dès qu'un patient présente des problèmes de communication. En effet, cette méthode globale stimule l'usage fonctionnel du langage aux niveaux réceptif et expressif. Néanmoins cette approche n'exclut pas l'utilisation de thérapies cognitives qui traitent plus spécifiquement de l'un ou de l'autre aspect du langage.

Quant à l'évaluation des énoncés émis par les patients aphasiques en situation P.A.C.E., DESSY (1986) a étudié les différents paramètres qui interviennent dans cet établissement de référents communs. Les catégories ainsi définies nous permettront dans le futur d'élaborer une grille d'évaluation plus complète et plus discriminante.

V. Bibliographie



- ASHER S.R. et ODEN S.L. Children's failure to communicate : an assessment of comparison and egocentrism explorations. *Developmental Psychology*, 12, 132-139, 1976.

- ASHER S.R. et WIGFIELD A. Training referential communication skills. In

W.P. DICKSON (Ed.) Children's oral communication skills. New-York Academic Press 1981.

- CHANTRAINE Y. Les comportements de coopération verbale dans l'établissement de référents communs : effet de la complexité du matériel et proposition d'une grille d'analyse. Mémoire U.C.L. de licencié en psychologie, inédit, 1985-1986.

- CLARK H.H. Language use and language users. In G. LINDSEY et E. ARONSON (Ed.) The Handbook of Social Psychology, vol. 2, New-York : Harper and Row, 1985.

- CLARK H.H. and WILKES-GIBBS D. Referring as a collaborative Process, Cognition, 1-68, 1986.

- CLEREBAUT N., COYETTE F., FEYEREISEN P. et X. SERON, Une méthode de rééducation fonctionnelle des aphasiques : la P.A.C.E. - Rééducation Orthophonique, vol. 22, 138, 329-344, 1984.

- COSTERMANS J. et HUPET M. La dimension pragmatique dans la psychologie du langage - Chap. in Introduction à la Psycholinguistique (à paraître).

- DAVIS G. A. and WILCOX M. Incorporating parameters of natural conversation in aphasia treatment. In CHAPEY R. (Ed.) Language intervention strategies in adult aphasia 169-193, Baltimore : Williams E. Wilkins, 1981.

- DAVIS G. A. Itical look at P.A.C.E. therapy. In R. BROOKSHIRE (Ed.), Clinical Aphasiology Conference proceedings, pp. 248-257. Minneapolis. BRK Publishers, 1980.

- DAVIS G. A. and WILCOX M. Adult aphasia rehabilitation ; applied pragmatics. Windsor : the NFER-NELSON publishing Compagny Ltd., 1985.

- DAVIS G. A. Pragmatics and Cognition in Treatment of Language Disorders - In X. SERON et G. DELOCHE (Ed.) Cognitive approaches in neuropsychological rehabilitation, Hillsdale, N.J. Laurence Erlbaum Associates.

- DESSY M.-L. La communication référentielle chez des patients aphasiques et chez des patients atteints de lésions frontales. Mémoire de licence en logopédie, U.C.L. 1985-1986.

- HOLLAND A.L. Some practical considerations in aphasia rehabilitation. In M. SULLIVAN and L.S. KOMMERS (Ed.) Rationale for Adult aphasia therapy. Nebraska : University Nebraska Medical Center, 1977.

- KRAUSS R.M. and WEINHEIMER S. Concurrent feed-back, confirmation and the encoding of referent's in verbal communication. Journal of Personality and Social Psychology, 4, 343-346, 1966.

- KRAUSS R.M. and WEINHEIMER S. Effect of referent similarity and communication mode on verbal encoding. Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior, 6, 359-363, 1967.

- KRAUSS R.M. and GLUCKSBERG S. The development of communication competence as a function of age. Child Development, 40, 255-266, 1969.

- PRICHARD D. Adaptation d'approches communicatives à la rééducation de sujets aphasiques. Thèse présentée pour l'obtention du doctorat de l'Université de Lyon II. Sciences du Langage, 1986.

- SEARLE J.R. Speech acts. Cambridge University Press, 1969. Traduction française : Les Actes du Langage : Paris Hermann 1972.

- SERON X. Aphasie et neuropsychologie, Mardaga, Liège, 1979.

- SERON X. et LATERRÉ Ch. Rééduquer le cerveau, Mardaga, Liège, 1982.

Lectures complémentaires

- BATES E., HAMBY S. and ZURIF E. The effects of focal brain damage on pragmatic expression. Canadian Journal of Psychology, 37, 59-84, 1983.

- COSTERMANS J. Psychologie du langage, Mardaga, Liège, 1980.

- FEYEREISEN P. and SERON X. Non verbal communication and aphasia : a review. I. Compréhension Brain and Language, 16, 191-212, 1982.

- FEYEREISEN P. and SERON X. Non verbal communication and aphasia : a review. II. Expression Brain and Language, 16, 213-236, 1982.

- FOLDI N.S., CICONE M. and GARDNER H. Pragmatics Aspects of communication in brain damaged patients. In S.J. SEGALOWITZ, Language functions and brain organisation, Academic Press, 1983.

- GLUCKSBERG S., KRAUSS R.M. and TORY HIGGINS E. The development of referential communication skills. In F.D. HOROWITZ (Ed.) Review of Child Development Research, Chicago : University of Chicago Press, 4, 305-345, 1975.

- HUPET M. and COSTERMANS J. Et que ferons-nous du contexte pragmatique de l'énonciation ? Bulletin de Psychologie, 356, 759-776, 1982.

- SERON X. Reeducation strategies in neuropsychology : cognitive and pragmatic approaches. Advances in Neurology, vol. 42 : progress in aphasiology, F.C. Rose (Ed.) Raven Press, New-York, 1984.

- WILCOX N.J., DAVIS G. A. and LEONARD L.L. Aphasic's comprehension of contextually conveyed meaning. Brain and Language, 6, 362-377, 1978.

MODELES POUR L'ACTE PEDAGOGIQUE

Auteurs :

- Christian ALVES
- Joëlle POJE-CRETIEN
- Nicole MAOUS-CHASSAGNY

Editions Sociales Françaises dans la collection dirigée par Daniel ZIMMERMAN.

Né de la rencontre de trois spécialistes des enfants en difficulté, cet ouvrage étudie les interactions pédagogiques fondamentales, les situations de communication adulte/enfant dans les apprentissages scolaires ou les interventions rééducatives.

Sur la base d'une approche pluridisciplinaire, les auteurs effectuent un parcours précis du champ pédagogique et de sa problématique, en alternant l'analyse d'exemples et la théorisation des démarches, celles de l'enseignant, celles de l'apprenant. Ils proposent une écoute/observation opérante des sujets en difficulté et s'attaquent aux dysfonctionnements qui affectent la transmission des savoirs.

Le lecteur trouvera ici des modèles pour analyser l'acte pédagogique et situer le niveau d'intégration affectivo-cognitif des élèves, ainsi que des suggestions de démarches adaptées.

S'adressant à un public large : enseignants spécialisés ou non du premier degré, rééducateurs et orthophonistes, éducateurs, formateurs, ce livre se situe à l'écart des courants à la mode et se veut une contribution à la réussite scolaire : celle des enseignants, celle des enseignés.

9ème SEMINAIRE de METHODOLOGIE de l'UNADRIO

Mécanismes de l'acquisition de la lecture par l'enfant sourd :

- Bilan et méthodologie des recherches.
- Implications pour l'apprentissage et la rééducation.

Animateur : J. ALEGRIA

Laboratoire de Psychologie Expérimentale
Université Libre de Bruxelles.

Lieu : Maison des Dominicains
20, rue des Tanneries
75013 PARIS

Dates : Samedi 18 et Dimanche 19 Juin 1989
9 h-17 h (durée totale de la formation 12 heures)