

## SOMMAIRE

Introduction	p1
1. Partie théorique : définition du trouble de la communication sociale pragmatique	p2
1.1. Quelles terminologies internationales ?	p2
1.1.1. Consensus actuel	p2
1.1.2. CIM-10 et CIM-11	p4
1.1.3. DSM5	p5
1.1.3.1. Trouble du langage	p5
1.1.3.2. Trouble de la communication sociale pragmatique	p5
1.2. Quelles terminologies pour la France ?	p6
1.2.1. Les dysphasies	p6
1.2.2. Dysphasie sémantique pragmatique	p7
1.3. Définition de la pragmatique	p8
2. Evaluation diagnostique	p12
2.1. Entretien anamnestique	p12
2.2. Compétences à évaluer et bilans utilisés	p13
2.2.1. Les composantes linguistiques	p14
2.2.2. La pragmatique	p16
2.2.3. Analyse clinique des données du bilan	p17
2.3. Diagnostics différentiels	p17
2.3.1. Trouble de la communication sociale pragmatique versus trouble du spectre autistique	p17
2.3.2. Trouble pragmatique versus dysharmonie psychotique	p18

3. Rééducation de la pragmatique	p19
3.1. Attitude du thérapeute et cadre	p19
3.1.1. Attitude du thérapeute	p20
3.1.2. Déroulement	p21
3.2. Axes de remédiation	p22
3.2.1. Composante émotionnelle	p22
3.2.2. Théorie de l'esprit	p23
3.2.3. Tour de rôle	p23
3.2.4. Attention et attention conjointe	p24
3.2.5. Le regard	p24
3.2.6. Prosodie et voix	p24
3.2.7. Proxémie et posture	p25
3.2.8. Initier l'interaction	p26
3.2.9. Maintien et clôture de l'échange	p26
3.3. Rééducation avec la famille	p27
3.3.1. Guidance et attitude	p27
3.3.2. Guidance et continuité pédagogique	p28
4. Brochures	p30
Conclusion	p31

# **Introduction**

Les troubles du langage, affections relativement courantes, tiennent une place essentielle dans la pratique des professionnels de santé et d'autant plus chez les orthophonistes. Au sein des troubles du langage sont inclus les troubles de la communication d'où prend naissance le trouble de la communication sociale pragmatique, que nous nommerons TCSP, introduit récemment dans le DSM V.

Ce trouble est connu en France notamment sous l'appellation de dysphasie sémantique-pragmatique. Cette étiquette de dysphasie combinée à celle de trouble de la communication sociale lui confère une place inconfortable entre, d'une part, le trouble du spectre autistique et, d'autre part, celui des dysphasies.

Aussi, nous avons choisi de consacrer notre mémoire, revue de la littérature, à clarifier la description de ce trouble pour permettre sa reconnaissance et ainsi le rééduquer de façon plus appropriée. Le second objectif de ce mémoire est la création d'une brochure pour nos partenaires les plus centraux au sein de tout travail avec un patient : les parents ; et plus globalement l'entourage avec par extension l'école. Cette brochure permettra un accès rapide et simple à la quintessence du TCSP.

Pour cela, nous présenterons dans une première partie les différentes terminologies autour de ce trouble, ainsi que sa définition. Dans un second temps nous parlerons de la pose du diagnostic avec les différents domaines à explorer et les bilans retenus en ce sens. Nous donnerons également des critères de différenciation d'avec deux autres troubles. Ensuite nous fournirons des axes de rééducation orthophonique selon les différentes composantes de la pragmatique atteintes. Nous terminerons sur la présentation de notre brochure.

# 1. Partie théorique : définition du trouble de la communication sociale pragmatique

Cette première partie a pour objectif de situer le trouble de la communication sociale pragmatique dans son contexte historique et terminologique. Nous nous emploierons à présenter les terminologies actuelles, puis à définir la pragmatique et enfin nous proposerons le terme choisi pour notre mémoire en conclusion de cette partie.

## 1.1. Quelles terminologies internationales ?

Le TCSP est un trouble du langage qui est une affection de la parole, du langage et de la communication, qui peut être un problème d'apparition, un problème de développement de l'enfant, ou bien en lien avec un déficit mental ou sensoriel (**Brin-Henry, Courrier et al. 2011**). Actuellement en France, on estime à 8% le nombre d'enfants par classe d'âge touchés par un trouble du langage (**HAS, 2017**).

La définition des troubles du langage est en constante évolution. Nous présenterons ici les définitions les plus récentes et consensuelles, afin de situer le trouble pragmatique qui fait l'objet de notre mémoire au sein de ces référentiels.

### 1.1.1. Consensus actuel

Un consensus terminologique réunissant plusieurs spécialistes du sujet a été organisé : le projet Catalise (**Bishop et al; 2017**). En définitive les participants ont arrêté que chez certains patients, les troubles langagiers sont à tel point sévères qu'un impact est probable sur leurs apprentissages et, à long terme, sur leur vie. De plus, une séparation claire entre le trouble et la normalité ne peut être établie. Les patients présentent généralement des associations de troubles (langage, parole et communication), il n'y a pas de profil spécifique type que l'on puisse répartir dans une sous-catégorie et des diagnostics doubles sont possibles (**Maillart, 2018**).

Pour Dorothy Bishop, le trouble du langage n'est pas isolé, il existe une co-occurrence avec d'autres troubles neurodéveloppementaux (exemple: trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, dyspraxie, et/ou trouble émotionnel). Finalement, le cas d'un trouble du langage spécifique au sens strict serait une exception plutôt qu'une règle (**Bishop, 2014**). L'origine du trouble est multifactorielle et complexe.

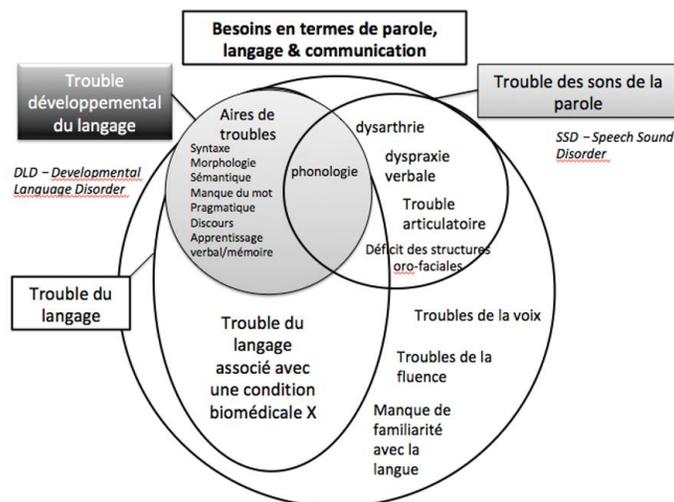


Figure 1 illustrant les relations entre les différents termes diagnostiques, traduit de Bishop et al (2017) par Maillart (2018).

Dans sa traduction du Consensus Catalise, Maillart suggère que l'utilisation du terme de « troubles du langage » fait référence aux enfants susceptibles de présenter des difficultés langagières avec, si pas d'intervention de spécialistes, un impact significatif sur leur quotidien et leurs apprentissages quand ils seront en âge scolaire : à partir de 5 ans.

Pour les auteurs, il existe des conditions biomédicales qui seraient des conditions de différenciation, parmi lesquelles se trouvent la lésion cérébrale, l'aphasie épileptique acquise de l'enfance, certaines conditions neurodégénératives, la paralysie cérébrale, les déficits langagiers consécutifs à une déficience auditive ou encore les atteintes génétiques. Les troubles du spectre de l'autisme et la déficience intellectuelle également. Le trouble du langage étant généralement retrouvé dans ces pathologies, on parlera alors de trouble du langage associé avec X, X étant la condition de différenciation.

Dans le cas où les conditions de différenciation précédentes ne sont pas présentes, on parle de "trouble développemental du langage" en présence de troubles langagiers.

Toutefois, les troubles langagiers peuvent prendre place en co-occurrence avec d'autres atteintes des domaines cognitifs, sensori-moteurs ou comportementaux pouvant interférer avec le profil global ou la prise en charge des difficultés. Ces troubles seraient attentionnels (TDA/H), moteurs (dyspraxie), les troubles d'apprentissage, les troubles de la parole, les troubles comportementaux ou émotionnels. Le fait de présenter l'une de ces pathologies, n'empêche pas la pose d'un diagnostic de trouble du langage.

### 1.1.2. CIM-10 et CIM-11

- Les troubles du langage dans la CIM-10 (**2008**) sont inscrits au sein du chapitre des Troubles du développement psychologique (F80-F89), à la partie F80, Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage.

Les pathologies décrites dans ce chapitre doivent :

- avoir débuté dans la première ou seconde enfance obligatoirement
- présenter un retard ou une altération du développement de fonctions liées à la maturation biologique du système nerveux central
- suivre une évolution continue sans rémissions ou rechutes.

Les fonctions atteintes concernent en général le langage, le repérage visuo-spatial et la coordination motrice.

Le trouble du langage présente une altération des modalités normales d'acquisition du langage, dès les premiers stades du développement. Ces défauts ne sont pas imputables à une anomalie neurologique, anatomique de l'appareil phonatoire, à une altération sensorielle, à un retard mental ou à l'environnement.

Il est souvent accompagné de problèmes associés tels qu'une dyslexie, une dysorthographe, une perturbation des relations sociales, des troubles émotionnels ou du comportement.

- C'est dans la partie troubles mentaux, comportementaux ou neurodéveloppementaux que l'on retrouve les troubles du langage dans la CIM-11, dernière version de 2018. A ce jour, il n'existe pas encore de traduction française, c'est pourquoi nous avons exposé la version antérieure ci-dessus.

Le trouble neurodéveloppemental survient lors de la période de développement et implique d'importantes difficultés dans l'acquisition et l'exécution de fonctions intellectuelles, motrices ou sociales spécifiques. Son étiologie est complexe et inconnue.

Le trouble du langage est caractérisé par :

- des difficultés à comprendre ou produire la parole et le langage
- des difficultés à utiliser le langage dans un contexte de communication

Les problèmes de langage ne sont pas attribuables à des facteurs environnementaux ou socio-culturels. Ils ne sont pas non plus expliqués par des déficiences anatomiques ou neurologiques. De plus, ils apparaissent pendant la période de développement et sont caractérisés par des difficultés de compréhension ou de production, ou encore d'utilisation en contexte, en dehors des limites attendues pour l'âge et le niveau intellectuel.

### 1.1.3. DSM5

#### 1.1.3.1. Trouble du langage

Actuellement, depuis la dernière version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (**DSM5, traduction française, 2015**) nous trouvons les troubles du langage dans une partie qui leur est propre, au sein du chapitre des “troubles neurodéveloppementaux”, catégorie “troubles de la communication”.

#### Critères diagnostiques :

- 1) Ce trouble se manifeste par des difficultés persistantes d'acquisition et d'utilisation du langage dans ses différentes modalités, il touche donc le langage écrit et parlé aussi bien que la langue des signes. Cela est dû à un manque de compréhension ou de production incluant :
  - un vocabulaire restreint et une mauvaise utilisation des mots
  - un déficit dans la structuration de phrases et une atteinte de la capacité à assembler et accorder les mots, pour en faire des phrases grammaticalement et morphologiquement acceptables
  - une déficience du discours, l'utilisation du vocabulaire et l'association de phrases pour exprimer, décrire ou tenir une conversation est déficitaire
- 2) Le patient porteur d'un trouble du langage a des capacités de langage significativement inférieures à celles attendues pour un enfant de son âge, ce qui entraîne une limitation de la vie sociale du sujet, de sa réussite scolaire et sur le long terme, de sa vie professionnelle de façon variable.
- 3) Les premiers symptômes apparaissent dès le plus jeune âge, dans la période précoce du développement.
- 4) Les difficultés ne sont pas imputables à un déficit sensoriel, moteur ou à une autre affection neurologique ou médicale. Un handicap intellectuel ou un retard global du développement ne les expliquent pas mieux.

#### 1.1.3.2. Trouble de la communication sociale et pragmatique

C'est dans cette partie que nous retrouvons le trouble de la communication sociale pragmatique. Les auteurs proposent de définir ce trouble comme une “difficulté à utiliser le langage pour transmettre et comprendre un message”.

Il se manifeste par des altérations évidentes de la communication verbale et non-verbale. Il survient dès le développement précoce de l'enfant et le degré de sévérité peut être plus ou moins élevé. Il s'agit généralement d'enfants ayant eu du retard dans l'acquisition du langage et dont des antécédents, type trouble du comportement, trouble du spectre autistique ou bien trouble de la communication, sont retrouvés dans la famille.

Ce type de patient ne parvient pas à saisir l'utilisation des codes sociaux, il n'adopte pas le comportement adapté à son interlocuteur ou au contexte, les pré-requis de la communication ne sont pas acquis (tour de rôle, attention conjointe, théorie de l'esprit, monologue...) et il est rarement l'instigateur d'une conversation.

La gestion de l'implicite et des tournures de phrases ambiguës est difficile à acquérir. La compréhension des énoncés produits par l'autre est littérale. Le référent commun est rarement reconnu pour ce patient, il y a un manque évident de collaboration dans ses échanges. On note des changements de thèmes fréquents, sans se soucier de l'émotion que cela induira chez l'interlocuteur. Ce n'est pas un sujet qui tentera de réparer les erreurs discursives qu'il peut produire.

Le discours de l'enfant porteur d'un trouble de la communication sociale et pragmatique présente un déficit narratif, la structure de son langage est problématique. Ce discours peut être parfois accompagné de circonvolutions, d'écholalies ou de persévérations.

Il s'agit donc d'un trouble visible qui a un impact sur la vie sociale et scolaire (ou professionnelle) du patient, puisque le patient n'est pas un "bon partenaire conversationnel", il sera mis à l'écart de ses pairs.

Cette pathologie ne peut être imputable à une déficience sensorielle, à un handicap intellectuel ou à un retard mental, ni être expliquée par un trouble du spectre de l'autisme. En revanche, des troubles du comportement, des troubles spécifiques des apprentissages (dyslexie, dysorthographe) ou encore un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité peuvent y être associés.

## 1.2. Quelles terminologies pour la France ?

Le terme de dysphasie est utilisé actuellement en France principalement en raison de sa place dans la nomenclature des actes des orthophonistes "Rééducation des dysphasies" (cf. Annexe A1), qui est utilisée comme référentiel incontournable pour nommer un diagnostic et déterminer le coefficient de l'acte équivalent.

### 1.2.1. Les dysphasies

Historiquement, le concept de dysphasie est introduit par Ajuriaguerra (1968). L'auteur définit ce trouble comme un déficit de la réception et de l'analyse du matériel auditivo-verbal, comme un désordre dans l'agencement des éléments syntaxiques qui constituent le récit et comme des difficultés de mise en relation lexicale. Il avance une certaine homogénéité du déficit entre compréhension, réalisation et support sémantique.

En France, Gérard (1993) se base sur la classification des anglaises Rapin et Allen (1983) et s'inspire du modèle neuropsychologique de Crosson (1985) pour avancer 5 types de dysphasies:

- dysphasie phonologique-syntaxique.
- syndrome de production phonologique.
- dysphasie réceptive.
- dysphasie lexicale-syntaxique (ou mnésique).
- dysphasie sémantique-pragmatique.

C'est cette dernière qui nous intéresse ici.

### 1.2.2. Dysphasie sémantique pragmatique

La dysphasie sémantique pragmatique est un trouble expressif du langage, fluent mais peu informatif et avec un manque du mot. La répétition de mots et de phrases est préservée mais le patient n'en saisit pas le sens, ce qui peut provoquer des comportements semblables à ceux retrouvés dans l'autisme. En outre, le patient n'est pas conscient de celui-ci (Gérard, 1993).

Certains auteurs parlent d'une altération de la pragmatique langagière, de la formulation et de la compréhension du discours, avec une préservation relative de la pragmatique non langagière : gestes, expressions faciales... (Beaud et de Guibert, 2009).

On relève chez l'enfant porteur d'une dysphasie sémantique pragmatique une utilisation d'un langage plaqué, préfabriqué, peu informatif et souvent incohérent, lié au choix lexical et syntaxique déficitaire (Mazeau et Pouhet, 2014). Les règles conversationnelles sont peu, voire pas respectées et un manque d'adaptation au contexte est flagrant. La compréhension de l'énoncé de l'autre est très littérale, l'accès aux métaphores, à l'ironie ou aux jeux de mots est restreint et cet enfant ne ressent pas le besoin de demander de clarification ou de réparer son discours lorsque celui-ci n'est pas adapté.

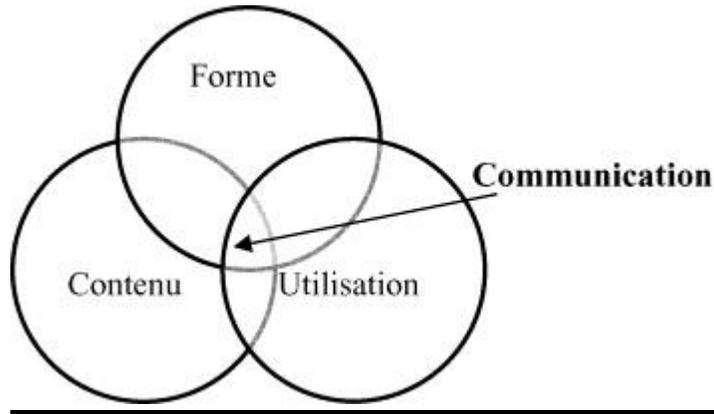
Ce patient n'est généralement pas initiateur de conversations. Cependant, s'il entre en communication avec l'autre, la manière dont il le fait n'est pas conventionnelle, le contenu de son discours est marqué par des néologismes, des étrangetés ou une incohésion.

Ces difficultés entraînent alors un manque d'intérêt pour les jeux collectifs, pour les activités d'autrui et donc une mise en retrait du patient (Georges, 2007).

### 1.3. Définition de la pragmatique

- La pragmatique étant la compétence déficitaire principale du trouble de la communication sociale et pragmatique, il semble judicieux d'en définir ici les composantes.

La pragmatique est un aspect de la communication communément représenté par l'item "utilisation", du modèle de Bloom et Lahey (1978), proposé ci-dessous.



*Figure 2 Modèle de Bloom et Lahey 1978*

Elle concerne ce qui se passe quand un interlocuteur communique avec quelqu'un. C'est ce que nous comprenons de l'expression de l'autre, par rapport à la manière qu'il a de la formuler. Ce qu'il dit, la "forme", mais surtout la façon dont il le dit, "l'utilisation". Ou encore, c'est ce que nous transmettons comme message, quelles intentions nous apportons à notre discours, selon la façon de nous exprimer, quel en est donc le "contenu".

L'homme développe cette capacité tout au long de l'enfance, dès les premiers échanges avec sa mère et ce jusqu'après l'enfance. Coquet (2005), propose un tableau des items rencontrés dans le développement de la pragmatique, issus de différentes recherches sur le sujet (cf. Annexe A2).

Ce développement se fait en parallèle et en fonction de celui des compétences linguistiques formelles que sont la phonologie et la grammaire, du développement des compétences sémantiques telles que le lexique et du développement de compétences spécifiques comme le tour de rôle où l'attention conjointe (Maillart et Schelstraete, 2012).

L'expérience y participe également et permet d'apprendre quelles sont les règles de vie en société, pour aller vers une utilisation optimale de cette compétence et donc d'être accepté par l'autre (Liratni et Blanchet, 2019).

Enfin, il s'agit d'une compétence très sensible aux fluctuations culturelles et sociales (**Monfort et Juarez, 2005**) et dont les dysfonctionnements peuvent être compensés par la rééducation ou naturellement à partir de 4 ans.

- D'après Michèle Kail (**2012**), la pragmatique est composée :
  1. Des habiletés conversationnelles, comprenant :
    - le tour de rôle. Il s'agit du fait de parler chacun son tour, sans déborder sur le temps de l'autre. Cela débute par les échanges de vocalisation mère nouveau-né dès les 3 mois de l'enfant, déclenchés par le son et la vue du regard et de la bouche de l'autre en mouvement. Ce jeu de "chacun son tour", prépare la mise en place de la communication verbale. On estime à un tiers de seconde le laps de temps entre chaque tour de parole. L'enfant comprend très tôt cette orchestration temporelle et peut parfois anticiper sur le tour de l'autre
    - l'attention conjointe. Ou le regard et le pointage. Ici, le bébé, à partir de 6-7 mois, suit le regard ou l'index de sa mère pour chercher un objet. Il sera capable lui-même de pointer un objet à partir de 9-12 mois. Le pointage a deux fonctions : proto-déclarative et proto-impérative. Le pointage proto-déclaratif sert à exprimer un commentaire sur l'élément que l'on montre. Le pointage proto-impératif quant à lui, sert à exprimer une demande.
    - le contact oculaire, rencontre par le regard de deux individus
    - l'écoute active de l'autre. Ici il s'agit d'être attentif aux manifestations des émotions internes de l'interlocuteur, produites par ce qu'on lui dit.
    - le maintien d'un échange. Cet échange doit être adapté au contexte dans lequel se trouvent les interlocuteurs. L'adaptation du discours correspond au changement de registre de langage (familier, courant ou soutenu) ainsi qu'à la posture, reflet de notre état d'esprit et de nos émotions, la gestuelle, correctement dosée, la distance avec l'interlocuteur et la gestion de la voix (prosodie, volume).
    - la clôture d'une interaction.
    - les reprises imitatives. Cette compétence s'acquiert également dans la petite enfance, si la mère imite les babillages de son enfant, ce dernier l'imite dans ses gestes et expressions faciales. Le comportement d'imitation remplit plusieurs fonctions : partage des émotions, établissement d'une équivalence entre les mouvements de son propre corps et ceux de l'autre, mieux identifier les personnes appartenant à son entourage. L'imitation est acquise vers l'âge de 22 mois.
    - les praxies se définissent comme la capacité à planifier et exécuter des mouvements ou des séquences de mouvements volontaires, signifiantes ou non, en utilisant les muscles du système pharyngo-bucco-facial de la région oro-faciale.
  2. Des actes de langage, dont les éléments sont :
    - la dénomination
    - la demande
    - la pose de questions
    - la réponse aux questions

- les promesses
  - l'initiation d'une interaction
3. Des activités discursives composées de :
- la gestion de la cohérence et de la cohésion dans la narration
  - la référence personnelle (décrire les personnages)
  - la référence spatiale et temporelle (situer où et quand)
  - la description d'action.

Grice (1975) suggère que lorsque deux personnes conversent, elles se soumettent de façon implicite à plusieurs règles : coopération, quantité, qualité, clarté et relevance. Il appelle ces règles, les maximes conversationnelles. Ainsi, celui qui parle fait attention à ce que l'autre pourrait penser, donne le bon nombre d'informations, s'assure que ces informations sont pertinentes, fait preuve de précision et enfin propose des faits cohérents avec la situation et l'objectif de la conversation.

Ces maximes font partie également des composantes de la pragmatique.

Parmi les autres composantes nous retrouvons la proxémie, distance séparant deux personnes lors d'un échange, dont les règles ont été fixées par Hall (1971):

- distance intime : moins de 40 cm, zone qui s'accompagne d'une grande implication physique et d'un échange sensoriel élevé.
- distance personnelle : de 40 à 120 cm, zone généralement utilisée pour des conversations duelles.
- distance sociale : de 120 à 360 cm, zone d'interaction avec des amis et des collègues de travail.
- distance publique : plus de 360 cm, zone utilisée lorsqu'on parle à des groupes.

Nous retrouvons également la théorie de l'esprit, aptitude à comprendre ou prédire ses propres actions et celles d'autrui. Ce concept est proposé la première fois par Premack et Woodruff en 1978, il s'agit d'une capacité cognitive grâce à laquelle l'être humain peut se représenter ses propres états mentaux ainsi que ceux d'autrui et s'en servir pour anticiper les actions de l'autre et les comprendre. C'est grâce à elle que les concepts d'humour et d'ironie sont compris. Les habiletés pragmatiques dépendent aussi du bon développement d'habiletés cognitives, en particulier celui de la théorie de l'esprit, (Roseau, 2008). Le bon interlocuteur doit être en mesure de repérer les émotions provoquées par son discours sur celui qui l'écoute pour pouvoir le réajuster.

Rappelons que plusieurs aspects participent à la définition d'une émotion. Il est important en premier lieu de préciser que la subjectivité est un aspect prédominant du ressenti émotionnel, étant donné que chacun de nous se crée ses propres règles et ses propres limites. L'émotion se

remarque par les expressions faciales et gestuelles et par les variations d'intonation de la voix, on parle de l'aspect expressif. Elle provoque une réaction physiologique, marquée par des modifications de la respiration, du flux sanguin, de la température. Un aspect cognitif entre en jeu, déficitaire en ce qui concerne nos patients, puisqu'étroitement lié à la compréhension du contexte et ce qu'il en déduit lui-même.

En conclusion de cette première partie, et dans un contexte terminologique actuel encore flou, nous avons pris la décision de conserver le terme international de trouble de la communication sociale pragmatique issu du DSM V. Dans la pratique orthophonique française il est nommé dysphasie sémantique-pragmatique. Nous en avons donné les contours et il s'agit désormais de présenter les moyens diagnostics permettant de l'identifier.

## **2. Evaluation diagnostique**

La prise en charge d'un enfant avec un trouble du langage fait intervenir une équipe pluridisciplinaire regroupant les pôles pédagogique, médical, paramédical, psychologique, social et familial.

Le parcours de ces enfants est très souvent similaire à celui d'enfants présentant un Trouble du Spectre de l'Autisme, que nous nommerons désormais TSA, d'autant que le diagnostic de TCSP se fait parfois après élimination d'un TSA. Ces enfants sont confrontés à de nombreuses visites chez un large panel de professionnels. Lorsque l'un de ces patients se présente dans le cabinet d'un orthophoniste, il aura répété son histoire à de multiples reprises sans avoir jamais obtenu de diagnostic.

La première étape avant la rencontre avec l'orthophoniste sera le passage chez le médecin de l'enfant, qu'il soit médecin traitant, médecin pédiatre ou médecin scolaire. C'est lui qui prescrira le bilan. Pour autant, la plainte peut venir d'un ou de plusieurs intervenants : patient, famille du patient, enseignant, professionnel suivant l'enfant pour une autre pathologie, médecin, établissement spécialisé, etc.

Il s'agira ensuite pour le patient de passer des évaluations pour permettre de cibler ses difficultés ou d'écarter l'éventualité d'un trouble. A l'issue des bilans des différents professionnels, l'équipe se réunira pour établir un projet de soin personnalisé et coordonné (**HAS, 2017**).

Nous détaillerons par la suite les différentes étapes du bilan orthophonique qui contribueront grandement à diagnostiquer un TCSP.

### **2.1. Entretien anamnestique**

L'anamnèse est le récit du passé du patient. Nous chercherons à obtenir le plus d'informations pour orienter le bilan et la rééducation. Pendant ce temps de questions, l'échange se fera principalement entre l'orthophoniste et les parents de l'enfant mais nous essayerons de faire participer le plus possible l'enfant pour l'observer en situation spontanée, que ce soit avec ses parents ou avec l'orthophoniste.

Nous prêterons une oreille attentive au tableau établi par les parents pour décrire leur enfant, car celui-ci nous indiquera le degré de conscience des difficultés éprouvées par ce dernier perçues par les parents.

Lors de cette anamnèse, des points essentiels concernant la communication devront nous alerter (cf paragraphe 1.4.3) :

- mauvaise adaptation du niveau de langage ou de l'attitude corporelle selon l'interlocuteur ou le contexte
- non acquisition des pré-requis du langage oral tels que le tour de rôle, l'attention conjointe et la théorie de l'esprit
- compréhension littérale des énoncés
- difficulté d'acquisition de l'implicite ou de l'humour
- mauvaise maîtrise de l'échange : initiation d'une conversation quasi-inexistante, manque de collaboration pour permettre une compréhension du discours par l'interlocuteur et non prise en compte des réactions de ce dernier, ainsi que des changements de thème inappropriés
- difficulté à créer un lien avec ses pairs.

Lorsqu'une relation de confiance avec le clinicien sera établie une épreuve informelle pourra ainsi être proposée au patient. Le but de cette épreuve étant de tester le langage spontané de l'enfant (langage produit en situation naturelle ou quasi-naturelle), l'explication d'un jeu qu'il aime sera parfaitement adaptée, ou encore le récit de ses dernières vacances. Il est indispensable de faire parler l'enfant sur un sujet qui le concerne pour lui permettre de s'étendre et ainsi d'avoir matière pour une observation clinique d'un maximum de points exposés ci-dessus.

Cette observation clinique peut être l'élément déterminant de la mise en évidence d'un TCSP en l'absence de troubles formels du langage. Pour autant il est indispensable de faire passer au patient un bilan complet du langage oral. En effet celui-ci ciblera ses points faibles. Ces faiblesses pourront être isolées en pragmatique ou associées à des troubles du langage plus formels. Le bilan du langage oral dévoilera également les points forts de l'enfant, qui serviront de points d'appui pour la rééducation

## 2.2. Compétences à évaluer et bilans utilisés

Nous avons créé un tableau regroupant les tests et batteries que nous avons jugés les plus pertinents pour évaluer le langage oral structurel, la pragmatique et les autres fonctions cognitives dans une pratique orthophonique non ciblée des troubles pragmatiques. Face à un patient avec un trouble de la pragmatique il est indispensable d'évaluer le langage structurel pour déceler une association éventuelle de ces deux troubles.

Nous ne parlerons pas du langage écrit.

### 2.2.1. Les composantes linguistiques

Dans cette partie du bilan, il s'agira de tester la phonologie, le lexique, la morphologie, le langage spontané et la syntaxe, en expression et en réception. Nous ferons un bref rappel de ces termes. L'évaluation de la pragmatique fera l'objet d'une partie ultérieure plus détaillée.

La phonologie étudie de façon synchronique la structuration des phonèmes et des faits suprasegmentaux (prosodie) dans la parole (**Brin-Henry, Courier, Lederlé, 2018**). Elle est la maîtrise de tous les sons (phonèmes) d'une langue.

Le lexique est l'étendue des unités de langue que possède un individu, ce ne sont pas forcément des mots. On parle de vocabulaire actif lorsque ces unités sont exprimées verbalement alors que le vocabulaire passif représente les unités comprises sans jamais être exprimées (**Brin-Henry, Courier, Lederlé, 2018**).

La syntaxe, en orthophonie, correspond au support visuel qui donne forme à l'énoncé. Les désordres syntaxiques constatés chez certains patients les amènent à produire des énoncés syntaxiquement incorrects (**Brin-Henry, Courier, Lederlé, 2018**).

La morphologie est l'étude de la forme du mot, comme par exemple, l'utilisation du genre, du nombre et des différentes terminaisons de la conjugaison notamment. La morphosyntaxe regroupe l'étude de la forme et celle de la combinatoire des unités morphémiques (**Brin-Henry, Courier, Lederlé, 2018**).

Tableau 1  
Outils d'évaluation orthophoniques du langage oral, de la pragmatique et d'autres fonctions cognitives non ciblés sur la pragmatique

Nom du support	Evaluation de la phonologie		Evaluation du lexique		Evaluation de la syntaxe		Evaluation de la pragmatique		Evaluation d'autres fonctions cognitives
	R*	E*	R	E	R	E	ED*	ES*	
ELDP (2012) [5 ans - 11 ans 6]	X								
EVIP (1993) [2 ans 6 - 18 ans]				X					
TVAP (1980) [3 - 8 ans]			X	X					
TCS-r (2019) [CM1 - Terminale]					X			X	

Nom du support	Evaluation de la phonologie		Evaluation du lexique		Evaluation de la syntaxe		Evaluation de la pragmatique		Evaluation d'autres fonctions cognitives
	R*	E*	R	E	R	E	ED*	ES*	
EVALO BB (2010) [moins de 3 ans]			X	X			X		
EVALO 2-6 (2009) [2 ans 3 - 6 ans 3]	X	X	X	X	X	X	X		-attention -mémoire
EVALEO (2018) [6 - 15 ans]	X	X	X	X	X	X	X		-mémoire -traitement visuo-attentionnel -raisonnement logique
EXALANG 3-6 (2006) [2 ans 8 - 5 ans 10]	X	X	X	X	X	X		X	-attention -mémoire
EXALANG 5-8 (2010) [5 - 8 ans]	X	X		X	X	X		X	-traitement visuo-attentionnel -mémoire
EXALANG 8-11 (2012) [CE2 - CM2]		X	X	X	X	X	X		-attention -mémoire
EXALANG 11-15 (2009) [11 - 15 ans]			X	X	X	X	X		-attention -mémoire -logique et déduction
EXALANG LyFac (2014) [plus de 16 ans / à partir de la 2nde]				X	X		X		-mémoire -langage élaboré
NEEL (2001) [3 ans 7 - 8 ans 7]	X	X	X	X	X	X		X	-mémoire -aptitude opératoire concrète
L2MA-2 (2010) [8 ans 6 - 11 ans 6]	X	X	X	X	X	X		X	-mémoire -attention
ELO (2001) [PSM - CM2]	X	X	X	X	X	X		X	
TLOCC (2006) [9 ans 6 - 16 ans 9]			X	X	X	X		X	
PELEA (2010) [11 - 18 ans]			X	X	X	X	X	X	

\*Les abréviations utilisées dans ce tableau :

R : réception

E : expression

ED : évaluation directe

ES : évaluation secondaire

### 2.2.2. La pragmatique

Comme nous l'avons développé dans le paragraphe 1.3, la pragmatique dans l'échange englobe de nombreux paramètres : adaptation du discours, suivi des règles conversationnelles, compréhension de l'implicite ou du figuré, compréhension de l'humour, compréhension et expression des émotions, proxémie et posture, ainsi que la gestion de la prosodie et de la voix.

Dans cette partie nous avons sélectionné les bilans les plus pertinents évaluant uniquement la pragmatique, ce tableau étant plutôt destiné à une pratique orthophonique plus centrée sur ce type de trouble. Nous en avons sélectionné cinq pour examiner la pragmatique selon les différentes tranches d'âge.

Tableau 2  
Outils d'évaluation orthophoniques ciblés sur la pragmatique

Nom du bilan	0-2 ans	2-4 ans	4-6 ans	6-8 ans	8-10 ans	10-12 ans	12-14 ans	14-16 ans	16-18 ans
ECSP-2 (2017)	X	X							
EVALO 2-6 (2009)		X	X						
CCC-2 (2003)			X	X	X	X	X	X	
TOPL-2 (2007)				X	X	X	X	X	X
CELF 5 (2019)			X	X	X	X	X	X	X

Nous avons choisi ces bilans car ils sont complets, récents et accessibles mais également car ils couvrent conjointement l'ensemble des âges de l'enfance de 3 mois jusqu'à 18 ans. De plus les bilans ECSP-2 (**Guidetti, Tourette, 1993**), CCC-2 (**Bishop, 2003**) et TOPL-2 (**Phelps-Terasaki, Phelps-Gunn, 2007**) ont été revisités récemment et sont connus pour être utilisés pour des enfants présentant un TSA. C'est bien ce point qui nous intéresse ici car la pragmatique prend une part importante dans ce trouble. Enfin le bilan EVALO 2-6 (**Coquet, Roustit, Ferrand, 2009**) est très connu des orthophonistes et contient des épreuves de pragmatiques pour le jeune enfant, c'est pour cela que nous l'avons également sélectionné. Le CELF5 est le plus récent. Ces tests sont standardisés, traduits en français et disponibles en librairie et en accès payant sur internet pour le TOPL-2.

### 2.2.3. Analyse clinique des données du bilan

Dans cette partie nous donnerons les éléments saillants du bilan permettant le diagnostic d'un TCSP.

A l'issue du bilan de langage oral de l'enfant porteur d'un TCSP, des difficultés en production et en compréhension du langage en contexte sont attendues. Le discours est fluent mais peu cohérent, il est parfois marqué d'une sémantique floue. L'utilisation qu'il en fait est plaquée, l'enfant est peu informatif et très littéral. Seules, ces difficultés attestent d'un trouble syntaxique en lien avec un trouble du langage mais associées aux éléments de l'anamnèse, la nécessité d'évaluer la pragmatique apparaît indispensable.

Ce que l'on dégage de l'évaluation de la pragmatique, c'est une inadaptation sociétale : l'enfant ne noue pas, ou très peu, de relations avec ses pairs ou les adultes. Il initie rarement les échanges et ne s'adapte pas dans son discours car il ne réagit pas aux signaux régulateurs de l'échange : posture de l'interlocuteur, émotions, gestuelle, proxémie, demande de réparation en cas d'incompréhension. Mais également un manque de maîtrise des pré-requis au langage : tours de rôle, regard, attention conjointe, théorie de l'esprit. Ainsi qu'une difficulté de gestion, reconnaissance et expression des émotions. Cependant, l'enfant présente une maîtrise des expressions faciales, gestes et autres éléments de la pragmatique non-verbale en expression uniquement.

Pour ce qui est des autres domaines du langage oral, le bilan nous montrera que la phonologie n'est pas du tout atteinte dans le cadre de cette pathologie. Le lexique passif, lui, est réduit. La morphosyntaxe est perturbée en réception et est meilleure en expression. La compréhension globale en situation est chutée, en lien avec une compréhension sémantique floue et un lexique réduit.

## 2.3. Diagnostics différentiels

### 2.3.1. Trouble de la communication sociale pragmatique (TCSP) versus trouble du spectre autistique (TSA)

Ces deux troubles sont très proches. Leur distinction se base essentiellement sur le comportement stéréotypé ou restreint, les rituels et l'envie de communiquer. En effet, chez l'enfant présentant un TSA on retrouve ces intérêts et comportements stéréotypés ou restreints ainsi qu'une grande importance de la ritualisation du quotidien qui sont absents chez le patient porteur d'un TCSP. Quant à la communication, chez l'enfant avec un TSA elle sera plutôt marquée par une pauvreté, une réduction ou une forme de stéréotypie tandis que dans le TCSP elle sera plutôt définie par une incohérence (**Georges, 2007**). L'enfant atteint d'un TCSP est globalement sociable et plus adapté, même avec les inconnus, et présente une appétence à la communication (**Beaud, de Guibert, 2009**). D'autres paramètres tels que le regard, la prosodie, l'invariance, le

langage structurel sont meilleurs pour un enfant présentant un TCSP que celui avec un TSA mais ils ne sont pas pour autant dans la norme et sont donc délicats à utiliser. Ces éléments mettent en avant la difficulté pour le thérapeute de distinguer ces troubles, d'autant plus que cette distinction s'appuie sur l'expérience et le jugement subjectif de celui-ci. Dans la réalité clinique, c'est souvent après avoir exclu un TSA par une équipe formée à diagnostiquer ces troubles (Centres Ressource Autisme, pédopsychiatrie, CMPP) que l'hypothèse de TCSP peut être envisagée (**HAS, 2017**).

### 2.3.2. Trouble de la pragmatique versus dysharmonie psychotique

La différence principale entre un enfant avec une dysharmonie psychotique et un enfant avec un TCSP est le lien avec la réalité. Un enfant porteur d'un TCSP sera ancré dans le monde réel tandis que l'enfant avec une dysharmonie psychotique vivra dans un monde imaginaire avec une rupture plus ou moins importante du monde réel (**Beaud, de Guibert, 2009**). Les confusions entre ces deux troubles peuvent porter sur la pragmatique car ces deux profils d'enfants montrent une incohérence et une désorganisation des propos. Là encore une évaluation pédopsychiatrique est nécessaire pour distinguer ces profils (**HAS, 2017**).

Après avoir présenté les différents champs à évaluer dans le cadre d'un trouble de la communication sociale pragmatique ainsi que les outils le permettant nous porterons en lumière la rééducation orthophonique qui se joue pour cette pathologie.

### **3. Rééducation de la pragmatique**

Dans cette dernière partie, nous nous appliquerons à synthétiser les informations issues de certaines méthodes concernant le travail de rééducation orthophonique de la pragmatique dans le cadre d'un TCSP.

Le but du langage est d'échanger des pensées et des idées avec l'autre, on ne parle pas pour échanger du langage. Échanger ses pensées n'est possible que lorsque l'on maîtrise l'art de la conversation. Cet art nous est inculqué dès le début.

Selon Nathalie Courtois (2004), les patients souffrant d'un trouble de la communication pragmatique n'ont pas acquis cette compétence, c'est donc le rôle de l'orthophoniste que de l'amener à s'approprier les règles qui la composent. D'après elle, la prise en soin orthophonique permet un bon pronostic de rééducation.

Il existe plusieurs méthodes de rééducation appropriées à ce type de pathologie. Nous nous appuyerons sur certaines d'entre elles, ayant fait leurs preuves, pour guider la prise en soin d'un trouble pragmatique.

Nous commencerons par détailler l'organisation pratique d'une rééducation de la pragmatique, ciblée sur l'attitude du thérapeute et le déroulement de l'intervention. Puis nous reprendrons les composantes pragmatiques exposées dans la partie théorique pour structurer le travail en rééducation orthophonique.

#### **3.1. Attitude du thérapeute et cadre**

La rééducation de la pragmatique et de la communication sociale doit être cadrée, bienveillante et adaptée.

Certaines méthodes sont issues de la prise en charge des patients porteurs de troubles du comportement (TSA, TDA/H, troubles relationnels), dont la composante pragmatique est touchée. Il s'agit des méthodes :

- ABA (Applied Behavior Analysis). L'approche consiste en 2 types d'enseignement.

L'un est structuré (apprentissage scolaire classique), divisé en séances répétées rapidement jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'objectif fixé par le thérapeute, sans aide. Chaque tentative de réponse correcte, même ébauchée doit être renforcée positivement par une récompense (objet, compliment). Chaque erreur est ignorée ou corrigée de la façon la plus neutre possible.

L'autre est dit "incidentale" et s'applique dans tous les contextes et à tout instant (classe, maison, parc...). Le thérapeute est là pour guider l'enfant. De la même

façon que pour l'enseignement structuré, la réponse correcte est renforcée positivement, l'erreur ignorée ce qui motive l'enfant, le valorise et favorise son envie d'apprendre (**Site Association ABA, 2020**).

- GACS (Groupe d'Apprentissage à la Communication Sociale) de Liratni et Blanchet (**2019**), inspirée de la méthode ABA, basée sur du travail en groupe.
- GECOs (Groupes d'Entraînement à la COmmunication sociale), créée par Nathalie Fallourd et Emmanuel Madieu (**2017**), suggère également une rééducation de groupe.

Des études ont démontré que le groupe améliore les comportements sociaux (**Fritsch et al, 2009**), l'autonomie sociale (**Mondon et al, 2010**), l'identification et l'expression des émotions (**Baghdadli et al 2009**) entre autres. De plus il a tendance à rehausser l'estime de soi (**Mondon et al, 2010**). Cependant, les conseils des auteurs de ces protocoles sont adaptables à la prise en soin des patients porteurs d'un trouble de la communication sociale et pragmatique en situation duelle.

Dans tous les cas, la salle de rééducation doit être la plus neutre possible, afin d'éviter toute déconcentration. Le jeu doit être considéré comme une thérapie en soi. L'utilisation d'une activité - jeu à la fois est indispensable au bon déroulement d'une séance.

Il est intéressant de noter que le principe du modeling, ou de l'imitation, est un outil de base pour ce type de rééducation. Tous ces protocoles offrent de travailler l'acquisition des habiletés pragmatiques par les jeux de rôle.

### 3.1.1. Attitude du thérapeute

Ces méthodes s'accordent toutes sur un même conseil : le thérapeute devra se montrer chaleureux et bienveillant, afin de créer un climat et une relation de confiance avec l'enfant.

Dans un premier temps, il faut bien observer l'enfant afin de lui proposer des activités réalisables. De plus, le niveau socio-culturel de son entourage est à prendre en considération, le thérapeute doit faire preuve d'une adaptation constante (**Monfort, Juarez, 2005**).

Le soignant doit adopter un style interactif, ses paroles doivent être claires, précises, sa gestuelle la moins théâtrale possible afin de garder l'attention sur le contenu de ses paroles. Il doit apprendre à être le plus directif possible tout en évitant de faire des réflexions ou des commentaires spontanés. Il faut savoir faire fi des bizarreries produites par l'enfant pour en comprendre le sens initial.

Ces conseils sont à appliquer dès le début de la prise en charge, pourtant au fil de la rééducation le duo patient-soignant sera confronté à des stagnations, des retours en arrière et il sera primordial de s'en souvenir afin de ne pas bousculer l'enfant et perdre sa confiance.

Quand la prise en soin apporte des résultats, une attitude plus naturelle peut être retrouvée. Il s'agit donc de travailler sur sa propre flexibilité d'adaptation.

En parallèle, l'orthophoniste doit vérifier régulièrement la compréhension de ce qu'il dit auprès du patient. Il doit également produire une sur-initiative de l'échange puisque ce type de patient dispose d'un profil communicationnel particulier (cf. partie 1).

L'apprentissage peut se faire par l'utilisation de renforcements et par l'emploi des 2 types d'enseignements de la méthode ABA, le thérapeute se retrouve en position d'animateur, qui propose les activités, et "d'incitateur", qui réajuste les comportements, recentre l'attention du patient et guide verbalement ou physiquement l'enfant (**Liratni, Blanchet, 2019**).

### 3.1.2. Déroulement

La prise en charge d'un trouble de la pragmatique commence par le dysfonctionnement le plus invalidant pour aller vers le moins lourd, en commençant par un repérage minutieux des difficultés. Débuter chaque séance par l'annonce explicite de la compétence travaillée et l'objectif attendu, précis et adapté peut aider le patient à se repérer (**Liratni, Blanchet, 2019**).

- L'utilisation d'un enseignement explicite, où chaque chose est définie, fondé sur une base d'activités contrôlées, très fermées et bien détaillées, présentées de manière routinière est préconisée dans ce type de pathologie (**Monfort, Juarez, 2005**). La méthode ABA, propose un enseignement par petites étapes, correspondant à chaque compétence, elle-même divisée en plusieurs unités, que l'on veut travailler avec l'enfant, toujours en utilisant le principe d'encouragements et de renforçateurs positifs.

Il est important de ne pas laisser d'erreur, survenue au cours d'une séance, s'installer et se fixer dans le temps. C'est pour cela que la division en grades avec plusieurs tâches intermédiaires est privilégiée. Il s'agit en d'autres termes d'anticiper l'erreur. Par exemple, pour l'apprentissage des émotions, la première leçon portera sur le vocabulaire qui en découle, puis sur les expressions faciales, ensuite les expressions corporelles et enfin sur la prosodie émotionnelle. Cette systématisation est retrouvée pour tous les apprentissages, pour son caractère sécurisant et bienveillant (**Fallourd, Madieu, 2017**). Les étapes intermédiaires seront au fur et à mesure retirées, ce qui permettra l'accès direct aux émotions en fin d'apprentissage.

- L'écriture et le support visuel sont les meilleurs atouts de ces patients et peuvent être utilisés très tôt, dès 3 ou 4 ans, ainsi un entraînement systématisé avec support visuel, type fiches théoriques ou scénarii, est proposé. L'objectif de ces fiches est l'apprentissage d'une compétence communicative afin de comprendre quelles sont les règles sociales et quelle est leur utilité. Il faudra prendre en compte le niveau de lecture du patient ainsi que celui de ses parents, son graphisme également puisqu'il pourra communiquer en dessinant ou en écrivant. Ces documents sont conservés dans un classeur/porte-vue, qui appartient au patient, il lui est vivement conseillé de le ramener chez lui afin de faire le lien entre la rééducation et le quotidien.
- Puis, on procède à une généralisation par des activités fonctionnelles dirigées et à un renforcement dans les activités du quotidien. Cette étape peut être proposée sous la forme de saynètes ou de modeling, on peut utiliser la vidéo ici. On choisit une habileté, par

exemple se saluer, on la met en scène avec le patient et on l'utilise autour d'un plateau de jeu par exemple. Si elle est bien effectuée l'enfant a le droit d'avancer. L'objectif final étant l'autonomie du patient, on peut proposer aux parents de donner des missions à leur enfant, par exemple acheter le pain.

Dans le cas d'un travail de groupe, nous veillerons à ce que ses membres soient issus d'une même tranche d'âge, mais nous pourrions le constituer de pathologies hétérogènes. Dans tous les cas, nous attendons une participation active de tous les participants, y compris de l'animateur - thérapeute.

### 3.2. Les axes de remédiation

#### 3.2.1. Composante émotionnelle

Comme nous l'avons indiqué en première partie, l'enfant porteur d'un TCSP a du mal à reconnaître les émotions, que se fussent les siennes ou celles d'autrui.

Un apprentissage des émotions de base, sous la forme de leçons peut être envisagé (**Fallourd, Madieu, 2017**). Ces émotions sont la joie, la colère, la peur, le dégoût, la tristesse et la surprise. On explique d'abord à l'enfant quelles sont-elles, ce qu'elles provoquent en nous, et à quel niveau de notre corps se manifestent-elles. On lui apprend que les autres aussi sont capables de ressentir tout cela et que les interactions sont plus efficaces lorsqu'on sait reconnaître, exprimer et contrôler nos propres émotions.

Pour travailler la reconnaissance des émotions, nous pouvons par exemple, prévoir une planche où figurent des visages et demander à l'enfant de désigner une émotion en particulier et puis de la mimer.

Pour établir un parallèle avec les états mentaux internes qui nous sont propres, les auteurs proposent l'utilisation d'un thermomètre émotionnel (cf. Annexe A3). Il peut être créé avec le patient, afin qu'il s'en saisisse et conceptualise ses ressentis et leur intensité. Cet outil permet de travailler la compétence intrapersonnelle, qui consiste en la connaissance et maîtrise de soi.

Nous pouvons aussi travailler la communication expressive et la cognition socio-émotionnelle. Le but étant d'amener l'enfant à pouvoir expliquer quand il aime quelque chose, pourquoi il l'aime, ce que l'objet représente pour lui. Il doit être capable de décrire les sensations que cela provoque en lui. Ensuite, nous lui demandons de raconter un événement en lien avec la chose puis de proposer un événement au cours duquel il a ressenti les mêmes sensations et comment les a-t-il reconnues (**Liratni, Blanchet, 2019**).

### 3.2.2. Théorie de l'esprit

Le travail produit en amont sur la composante émotionnelle permet d'amener le patient atteint d'un TCSP à la théorie de l'esprit. Si lui-même ressent des choses, les autres aussi. Le corps et le visage de l'autre manifestent différentes émotions liées au contenu de notre discours. Nos patients doivent être capables de s'adapter grâce à ces indices.

Avant tout, la reformulation par l'enfant, comme assurance de sa compréhension de l'énoncé produit par l'interlocuteur, est préconisée dans la plupart des méthodes de rééducation. Cela permet également de réévaluer le niveau de cognition sociale du patient.

Pour travailler cette faculté, il existe un jeu simple qui consiste à cacher un petit objet dans une boîte d'allumettes vide, à l'insu de l'enfant, de la secouer devant lui, pour provoquer un bruit, puis de lui poser une série de questions sur l'objet :

- Y a-t-il quelque chose dedans ? Comment le sais-tu ? Sais-tu ce que c'est ? Pourquoi tu ne peux pas le savoir ?
- après lui avoir montré l'objet : maintenant sais-tu ce que c'est, pourquoi ?
- enfin on lui demande à la fin de la séance si son accompagnant, qui l'attend hors de la pièce, sait ce qu'il y a dans la boîte, pourquoi ?

Cet exercice permet de constater matériellement les effets des questions et de leurs réponses. Il est facilement réalisable en situation duelle d'abord puis en triangle, en incluant le parent par exemple.

Des séances peuvent être consacrées aux postures émotionnelles et corporelles. L'intérêt ici est d'aider le patient à interpréter les états mentaux de son interlocuteur au travers de sa posture et de ses mimiques. On peut entraîner cette reconnaissance avec l'aide de tableaux de posture (**Fallourd, Madiou, 2017**) (cf. annexe A4).

En identifiant les émotions de son interlocuteur, le patient pourra avoir accès à la motivation qui a poussé ce dernier à démarrer une interaction. Pour cela on peut proposer un travail sur des saynètes, sur lesquelles il devra décrire les émotions des personnages présents et ce qu'il pense qu'ils ressentent. Une fiche pratique de reconnaissance des émotions faciales lui est distribuée en début d'apprentissage, chaque émotion y est expliquée avec la réaction physiologique associée (**Liratni, Blanchet, 2019**) (cf. annexe A5).

### 3.2.3. Tour de rôle

L'apprentissage du tour de rôle dans la conversation peut commencer par des jeux simples tel qu'un échange de ballon, chaque échange étant manifesté par la phrase "à toi" puis "à moi". Cette activité peut être envisagée avec des jeunes enfants mais aussi avec des plus âgés, autour de jeux plus spirituels. On démontre au patient que le rôle de chacun des participants lors d'une conversation est susceptible de changer à de multiples reprises au cours de celle-ci.

Lors de rééducations en groupe, nous pouvons proposer aux participants d'observer une scène de dialogue entre deux d'entre eux, puis de leur demander leur avis sur la qualité de l'échange, noter si le temps de parole était équitablement partagé, si chacun des deux orateurs a attendu son tour pour prendre la parole, etc...

#### 3.2.4. Attention et attention conjointe

Pour ne pas détourner l'attention du patient, les auteurs préconisent un lieu de rééducation stable, avec le moins d'éléments distrayants possible. Nous tâcherons donc de ne pas laisser en vue les jeux et activités, potentiellement attractifs et distrayants. Chaque activité doit être présentée seule, une à la fois, et annoncée en amont.

Le thérapeute se place face à son patient, pour permettre un contrôle efficace et direct en cas de relâchement de son attention et pour capter son regard plus facilement. Néanmoins étant donné que le contact oculaire est parfois très difficilement supportable pour ce type de profil, il ne faut pas être trop envahissant ou insistant. Il est préférable de se saisir et de partager le centre d'intérêt de l'enfant (jeu, outil, matériel...), et de se placer dans son champ de vision.

Quant à l'attention conjointe, le jeu permet d'échanger avec le patient autour d'un même thème. L'utilisation de matériels tels qu'une maison de poupées ou des Playmobil, crée des situations propices à la rééducation de cette compétence.

#### 3.2.5. Le regard

La rééducation consacrée au contact oculaire commence par une explication sur le regard, sa durée et sa fréquence et sur l'importance de regarder dans les yeux son interlocuteur. Il faut que le patient sache et comprenne que cette action ne doit pas être trop insistante ou trop répétée pour ne pas mettre l'autre mal à l'aise.

L'entraînement en séance se fait toujours sur le principe du jeu de rôle ou sur des descriptions de situations et se fait tout au long de la rééducation. Le regard étant intégré à un échange, il ne peut se travailler de façon isolée, pour cela nous le travaillerons en simultané des autres habiletés. L'enfant peut ensuite s'auto-évaluer sur un temps d'échange avec un membre de sa famille entre deux rendez-vous, pour faire un point avec le thérapeute.

#### 3.2.6. La prosodie et la voix

Concernant la prosodie il faudra en donner les 4 éléments qui sont : la hauteur (voix aiguë ou grave), le rythme (voix lente ou rapide), l'intensité (voix forte ou faible) et la tonalité (voix qui monte pour les questions, qui descend quand le contenu du discours est triste ou qui reste plate quand il s'agit d'une affirmation neutre). Tous ces éléments varient selon l'émotion ressentie au moment du discours. Un tableau de la prosodie des émotions de base peut être fourni au patient.

Les exercices proposés sont typiquement les mêmes que ceux travaillant les émotions, car la prosodie et la voix sont le reflet de celles-ci.

Nous pouvons lui demander de lire de courts énoncés, en utilisant une mélodie imposée ou bien lui faire écouter des enregistrements dont il doit déterminer l'émotion repérée au travers des différents paramètres qu'il aura pu relever et en les explicitant.

L'ironie étant un effet remarquable par l'intonation de la voix, nous travaillerons cette faculté dans ce même temps. On demande au patient s'il pense avoir été déjà confronté à de l'ironie et d'expliquer ce qui lui fait croire cela.

L'enfant s'entraîne à son domicile, il aura pour mission de prononcer une phrase avec une émotion imposée. La famille devra noter si l'intonation était adaptée au sujet ou pas, s'ils ont compris autre chose et quoi ? On travaillera sur leurs observations pour améliorer la compétence de l'enfant.

En séance pour ces deux items, les auteurs recommandent de travailler de dos, pour permettre dans un premier temps, au patient, de trouver l'émotion que le thérapeute souhaite faire passer, ou s'il utilise l'ironie. Puis dans un second temps, l'enfant peut lui-même proposer un énoncé, de dos, en essayant de faire entendre le ressenti qu'il aura choisi.

On rappelle également au patient que si le ton de la voix est important, son volume l'est autant. Ainsi, nous reprendrons les exercices vus précédemment, adaptés au thème du niveau sonore.

L'emploi d'un quizz se prête bien à cette situation, l'enfant peut donner son avis sur des situations qu'il connaît telles que "je m'adresse à ma maîtresse dans la classe, je dois parler : fort ou doucement ?".

### 3.2.7. La proxémie et la posture

Le travail ici peut être fait en demandant au patient de décrire des situations dans lesquelles, selon lui, on se tient proche ou loin de l'autre. Par la suite, on fait un point avec lui en demandant pourquoi il pense que tel ou tel comportement est adapté.

Pour valider ses acquis, il peut se prêter au jeu du quizz et répondre aux questions ciblant la posture. Les questions peuvent ressembler à ceci : "je parle avec un copain, je me tiens : proche ou loin ?".

En ce qui concerne la posture, elle est intimement liée à la théorie de l'esprit. Il faudra avoir bien compris la précédente partie sur la cognition sociale et l'écoute active pour maîtriser cette faculté.

On peut s'appuyer sur un schéma des distances sociales dans plusieurs contextes pour renforcer l'étayage.

### 3.2.8. Initier l'interaction

C'est ici que commence la mise en pratique de la communication expressive. L'enfant entre dans celle-ci en prenant la parole.

Cet apprentissage peut commencer par un travail sur comment se présenter. Nous donnons à l'enfant les éléments qu'il faut retrouver ou éviter dans un début d'échange, sous forme de fiches par exemple (**Liratni, Blanchet, 2019**) (cf. Annexes A6a et A6b) ou encore sous forme de liste à cocher (**Fallourd, Madieu, 2017**).

Un quizz "vrai/faux" est donné à la fin de l'apprentissage pour vérifier si la compétence est acquise. Le quizz est adapté à différentes situations puisque le contenu du discours est différent selon avec qui l'on discute. Par exemple, nous pouvons proposer un thème "qui puis-je tutoyer ?".

Lorsque la rééducation est bien avancée, on peut proposer au patient de s'entraîner à engager la conversation avec un inconnu. L'utilisation de personnages dans un contexte donné (exemple : un arrêt de bus) permet de créer des conversations imaginaires. Des thèmes sont suggérés, on vérifie qu'il ne va pas trop loin dans le détail des informations qu'il dévoile, puisqu'il s'adresse à un étranger.

### 3.2.9. Maintien et clôture de l'échange

Tout au long de la rééducation, le thérapeute doit contrôler le contenu du discours du patient lors de l'apprentissage. En amont, on explique au patient les maximes conversationnelles et comment les transitions sont formulées (**Fallourd, Madieu, 2017**). Il faut faire attention à ce qu'il ne récite pas une sorte de cours sur un sujet qu'il aime et connaît bien. Le but de l'apprentissage est que le patient comprenne que le sujet d'une discussion ne doit pas être toujours le même et donc ne pas revenir sans cesse dans ses interactions (**Liratni, Blanchet, 2019**).

On peut lui présenter des exercices de conversation-type sur des thèmes imposés (actualités, contexte socioculturel, période de l'année...). Au cours de cet échange, le thérapeute doit s'assurer de la capacité du patient à écouter et restituer la parole de l'autre (communication réceptive) pour poser une question par la suite et/ou faire un commentaire qui en permettra la poursuite. Ou bien l'enfant peut résumer à voix haute un livre, un film ou une journée particulière par exemple. Le résumé doit contenir assez de détails pour que l'histoire ou le but soit compris :

- Quand l'action se passe-t-elle ?
- Dans quel lieu ?
- Quels en sont les protagonistes ?
- Que se passe-t-il ? En quelques phrases.

De plus, on entraîne l'enfant à améliorer son écoute active. Cette compétence a deux aspects : détectable et expressif. L'aspect expressif de l'écoute active se manifeste par 5 signes physiques : hocher la tête, faire des onomatopées d'acquiescement et/ou reformuler ce que l'autre dit, sourire, adresser le regard et adresser des messages positifs. L'enfant dispose d'une liste sur

laquelle ces signes sont inscrits et qu'il doit cocher pour valider si son comportement est celui attendu.

Le second aspect c'est la détection de l'écoute active. En d'autres termes, cette compétence est fortement liée à la théorie de l'esprit. Il s'agit là de savoir reconnaître les signes d'intérêt ou d'ennui de notre interlocuteur. On rappelle la règle d'or dans ce domaine : "si tu t'ennuies, l'autre aussi doit certainement s'ennuyer" et on fournit la même fiche à cocher que pour l'aspect expressif.

Pour qu'il soit capable de maintenir une conversation, l'enfant devra apprendre à s'affirmer à l'oral, exprimer un refus, savoir recevoir et produire une critique. Les situations de négociation, de conflit ou de choix d'un objet permettent l'entraînement du patient.

Il faudra qu'il sache également comment mettre fin à l'échange, dans tous les contextes (conversation de vie, conflictuelle...). Nous pourrions proposer des fiches et utiliser les jeux de rôles ici.

L'utilisation d'enregistrements des échanges entre thérapeute et patient permet d'observer et commenter son comportement et supposer ce qu'il va se passer dans la suite, ce qui revient à travailler les capacités méta-pragmatiques et mentalistes.

### 3.3. Rééducation avec la famille

Avant l'annonce d'un diagnostic, les parents d'un patient porteur d'un TCSP entament un véritable pèlerinage entre les différents professionnels de la santé : psychologue, pédiatre, pédopsychiatre, orthophoniste, psychomotricien... jusqu'à l'annonce d'une pathologie méconnue.

L'orthophoniste doit donc faire la lumière sur la pathologie de l'enfant auprès d'eux et ce, même si le diagnostic n'est pas encore définitif. Il s'agit souvent de personnes qui n'ont pas reçu toutes les informations nécessaires sur le sujet et qui ne comprennent pas pourquoi leur enfant, qui pourtant ne présente pas de difficultés marquées dans d'autres domaines, ne parvient pas à acquérir des notions et des habiletés pourtant simples à première vue. Aussi, pour bien commencer la rééducation, il ne faut pas hésiter à lever le voile sur les zones d'ombre qu'ils pourraient avoir (**Monfort, Juarez, 2005**).

#### 3.3.1. Guidance et attitude

Nous allons donc proposer une guidance avec ces parents. Cette guidance est adaptée à chaque enfant. Il n'y a pas de projet-type. Des séances seront créées pour lui et ceux qui l'entourent.

Avant toute chose, il paraît évident de préciser que tous les conseils établis en partie 3 sur l'attitude du thérapeute peuvent être proposés aux parents du patient porteur d'un TCSP (cf. partie 3.1.1.). De plus, les prises en soin sont souvent basées sur l'utilisation du jeu. C'est un outil utile dans le développement communicatif dont la famille doit se saisir en s'adaptant au maximum aux particularités de l'enfant.

Les parents d'un enfant avec un trouble de la pragmatique sont souvent attristés voire gênés par les attitudes déplacées de ce dernier. La première chose à leur dire c'est qu'en grandissant, généralement, un enfant aura tendance à prendre exemple sur ses parents. Le patient ici, n'a pas les capacités pour différencier ce qu'il voit et peut faire dans la sphère privée, de ce qu'il ne peut pas faire en société. C'est pourquoi, la rééducation se passe aussi au sein du cadre familial, dont les membres doivent faire preuve de rigueur et être le modèle privilégié de l'enfant (**Monfort, Juarez, 2005**).

De plus, le comportement particulier de leur enfant le pousse à s'isoler des autres. Ses jeux mêmes sont plutôt solitaires. Ce sont d'ailleurs des enfants doués et dotés d'un attrait remarquable pour les jeux vidéo. Ils auront tendance à s'inscrire dans une dynamique d'invariance et de solitude par leur biais. Imposer un horaire fixe, établir des limites, créer une dimension sociale aux jeux vidéo, peuvent être autant de conseils partagés dans ce contexte.

La famille doit donc être attentive à ce genre d'attitude de retrait et réagir rapidement en lui proposant des activités à partager pour éviter cet isolement.

Toutefois, le contact doit être naturel et non-intrusif, proposé au bon moment, c'est à dire ne pas interrompre l'enfant dans ce qu'il était en train de faire et en lien avec ses centres d'intérêt.

Enfin, les auteurs insistent sur le fait que si les progrès sont là, il faut rester rigoureux et ne pas relâcher les efforts. Avec cette pathologie l'explication et la ré-explication constante est primordiale. L'enfant en grandissant va être confronté à de nouvelles situations pour lesquelles il faudra intervenir et mettre au clair avec lui, menant ainsi à une nouvelle étape d'apprentissage. Si l'on prend la découverte des "gros mots" comme exemple, il faudra lui apprendre que ce sont des mots à ne pas prononcer en public, et pourquoi parfois son père, sa mère ou d'autres adultes les utilisent...

L'utilisation des renforçateurs au sein de la famille peut être envisagée. Les parents peuvent récompenser leur enfant lorsqu'il adopte le comportement attendu, sous la forme de valorisations verbales ou de récompenses (**Liratni, Blanchet, 2019**). Une liste de renforçateurs, propre à chaque patient, peut être créée avec eux. Ils peuvent être alimentaires, visuels, auditifs, tactiles, cinétiques, sportifs, ludiques, sociaux, généraux et récréatifs.

Des situations naturelles d'échange peuvent être soufflées si la famille est pauvre en initiatives. Par exemple, un temps de lecture à deux durant lequel l'enfant doit raconter ce qu'il comprend de l'histoire ou plus simplement produire des commentaires, par exemple en lui demandant ce qu'il en pense ou ce que lui aurait pu faire dans l'histoire.

### 3.3.2. Guidance et continuité pédagogique

Les objectifs visés en séance orthophonique sont à généraliser vers le quotidien du patient. Toutes les méthodes de rééducation sont unanimes sur ce fait.

Le thérapeute peut insister sur l'aspect répétitif et rigoureux du travail réalisé à la maison avec un enfant porteur d'un trouble de la communication sociale. La routine est un outil très efficace dans

ce type de prise en soin, d'où l'importance d'une généralisation dans le quotidien (**Aba Autisme, 2020**). C'est pourquoi nous demandons à tous les membres de la famille de s'impliquer et de se saisir des travaux proposés par le thérapeute. Cela sera un gain de temps considérable dans l'évolution du patient.

Par exemple, on pourra leur demander de mettre les mêmes routines en place, poser les mêmes questions à l'enfant après sa journée pour lui apprendre à raconter une journée type, sans oublier d'étape (**Monfort, Juarez, 2005**). Une fois la structure du récit type établi, il sera temps de poser davantage de questions pour avoir des détails sur tel ou tel autre événement survenu ce jour.

En séance, l'enfant utilise des supports visuels, il est indispensable qu'il puisse s'en servir aussi à l'extérieur avec ses parents qui deviennent ici co-thérapeutes et les partenaires de rééducation les plus importants. L'enfant peut réviser ses leçons avec leur aide puis les mettre en pratique avec eux. Ces derniers seront à la fois évaluateurs et enseignants (**Fallourd, Madieu, 2017**) (**Liratni, Blanchet, 2019**).

En conclusion de cette partie, nous rappelons que la liste des axes de remédiation dressée précédemment est à adapter selon le profil du patient et de son entourage. Certaines étapes ne seront pas nécessairement envisagées en séance et d'autres auront besoin d'être plus approfondies.

## 4. Brochure

Nous avons prévu la création d'une brochure destinée à l'entourage, à savoir famille et école du patient porteur d'un TCSP en priorité.

Pour déterminer quelles informations seront énoncées dans ce document, nous avons tout d'abord soumis un questionnaire à des parents d'enfants dysphasiques mais également à des enseignants, afin de connaître leurs priorités (cf. Annexe A7). Puis nous avons relevé et classé leurs réponses.

Il en résulte le classement des rubriques dans l'ordre que voici :

- Qu'est-ce que le trouble de la communication sociale pragmatique ?
- Quel est le rôle à jouer pour les parents ?
- Qu'est-ce qu'un trouble du langage ?
- Quelles sont les prises en charge associées à ce trouble ?
- Comment ça se passe à l'école ?
- Quel avenir pour ces patients ?
- Quelle est l'origine de ce trouble ?
- Quels sont les éléments qui permettent de le repérer ?
- Des noms d'associations ou autres
- Le TCSP en chiffres, données statistiques

Nous avons pris la décision d'abandonner la partie sur les données statistiques car chacun des participants de notre questionnaire l'a placée en dernier pour le classement de pertinence.

Nous avons également abandonné de répondre à la question sur l'avenir des patients car il est difficile de se projeter sur un trouble mal appréhendé et dont l'échantillon est faible. De plus, l'avenir de ces enfants est dépendant de multiples facteurs que nous ne pouvons maîtriser.

Les 8 rubriques restantes prendront place dans notre brochure. Nous avons synthétisé les éléments issus du mémoire afin de les rendre plus accessibles.

Elle sera disponible sur demande.

## **Conclusion**

Le premier objectif de notre mémoire était de proposer une définition du TCSP (Trouble de la Communication Sociale et Pragmatique) permettant de le connaître, nous avons choisi celle du DSM V pour sa pertinence et sa récence, toutefois, le terme de dysphasie étant privilégié en France, l'appellation "dysphasie sémantique pragmatique" lui est substituable. La seconde visée concernait le dépistage de cette pathologie. Dans cette optique, nous avons proposé une multitude de bilans adaptés. La troisième vocation de notre mémoire consistait en la présentation d'axes de remédiation. Enfin, une brochure destinée à l'entourage du patient, constituait notre ultime but.

Pour ce faire, nous avons réuni et compilé les dernières break news sur le sujet dans la littérature.

Il en résulte que le contexte terminologique actuel n'est encore pas clairement consensuel en ce qui concerne la définition du trouble du langage, ce qui impacte directement le TCSP. Néanmoins la définition que nous en avons retirée en première partie, permet d'en cerner les contours. Il en ressort également qu'il n'existe pas de tests standardisés au diagnostic exclusif du TCSP. En dépit de cela, nous avons réuni les épreuves de différents examens pour en permettre l'évaluation. Il en va de même pour les indications de rééducation. Aucun protocole spécifique au TCSP n'ayant été créé, nous avons pris comme supports des méthodes destinées aux troubles relationnels, adaptables à notre sujet, pour soumettre un plan de prise en soin.

L'intérêt de ce mémoire est d'optimiser l'accès à ces éléments pour le thérapeute confronté à un patient présentant un TCSP et ainsi qu'il se sente plus à même de le prendre en charge.

L'intérêt de la brochure est la création d'un outil informatif concis facilitant la prise de conscience et la prise de position de l'entourage dans la prise en soin d'un patient souffrant d'un TCSP.

*"La chose la plus importante en communication, c'est d'entendre ce qui n'est pas dit"*

Peter Drucker

## **Bibliographie**

1. American Psychiatric Association, & Association, A. P. (2015). *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Maarssen, Pays-Bas : Elsevier Gezondheidszorg.
2. Ajuriaguerra, J. D. (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant, (Hors collection) (French Edition)* (2nd éd.). Paris, France : Masson.
3. Beaud, L., & de Guibert, C. (2009). Le syndrome sémantique-pragmatique : dysphasie, autisme ou « dysharmonie psychotique » ? *La psychiatrie de l'enfant*, 52(1), 89. <https://doi.org/10.3917/psye.521.0089>
4. Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., & Greenhalgh, T. (2017). Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(10), 1068-1080. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12721>
5. Bishop, D. V. M. (2014). Ten questions about terminology for children with unexplained language problems. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(4), 381-415. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12101>
6. Bishop, D.V.M. (s. d.). *The Children's Communication Checklist (CCC-2)*. London, UK : Harcourt Assessment.
7. Blanchet, C., & Liratni, M. (2019). *Enseigner les habiletés sociales aux enfants avec autisme*. Malakoff, France : Dunod.
8. Bloom, L., & Lahey, M. (1978). *Language development and language disorders*. Hoboken, NJ, États-Unis : Wiley.
9. Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2004). *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues, France : Ortho Edition.
10. Coquet F. (2005). Les habiletés pragmatiques chez l'enfant. *Rééducation orthophonique*, N° 221.
11. Courtois N. (2004). Les troubles sémantiques-pragmatiques du langage. *Bulletin scientifique de l'arapi, numéro 14, pages 14 à 20*.
12. Fallourd, N., & Madieu, E. (2017). *Animer des groupes d'entraînement aux habiletés sociales, programme Gecos : enfants et adolescents avec troubles relationnels : autisme, TDA-H, troubles anxieux, haut potentiel*. Malakoff, France : Dunod.
13. Georges F. (2007). Les dysphasies. *Rééducation orthophonique n° 230*.
14. Gérard, C. L. (1993). *L'enfant dysphasique*. Berchem, Belgique : De Boeck.
15. Godart, P., & Yannick, R. (2017). *L'aba à l'école*. Paris, France : Nos Conseils Atypiques.
16. Grice HP. *Logic and Conversation*. [In: Syntax and Semantics, Vol. 3, Speech Acts, ed. by Peter Cole and Jerry L. Morgan. New York: Academic Press 1975, 41–58; here 45–47]
17. Hall, E. T., & Petita, A. (2014). *La dimension cachée*. Paris, France : Ed. du Seuil.
18. Kail, M. (2020). *L'ACQUISITION DU LANGAGE QSJ 3939 (QUE SAIS-JE ?)* (PUF éd.). Paris, France : QUE SAIS JE.

19. Maillart, C. (2018). *Le projet CATALISE, phase 2 « Terminologie ». Impacts sur la nomenclature des prestations de logopédie en Belgique*. Consulté à l'adresse <https://orbi.uliege.be/handle/2268/221974>
20. Maillart, C., Schelstraete, M. A., & Collette, E. (2012). *Les dysphasies*. Maarssen, Pays-Bas : Elsevier Gezondheidszorg.
21. Mazeau, M., & Pouhet, A. (2014). *Neuropsychologie et troubles des apprentissages chez l'enfant*. Maarssen, Pays-Bas : Elsevier Gezondheidszorg.
22. Monfort, M., Sánchez, A. J., Juárez, I. M., & Juárez, I. M. (2005). *Les troubles de la pragmatique chez l'enfant*. Madrid, Espagne : Entha.
23. Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1(4), 515-526. <https://doi.org/10.1017/s0140525x00076512>
24. Roseau, C. (2008). *La «théorie de l'esprit» chez l'enfant dysphasique de 8 à 13 ans*. Consulté à l'adresse <https://www.worldcat.org/search?q=no%3A493687032>

### **Sites consultés**

- La méthode ABA. (2020). Consulté le 13 mars 2020, à l'adresse <https://www.abaautisme.org/menupresentation/methodeaba>
- COLLEGE & LYCEE. (2019). Consulté le 24 novembre 2019, à l'adresse <https://www.avenirdysphasierhone.fr/sco>
- CIM-10 Version:2008. (2008). Consulté le 23 novembre 2019, à l'adresse <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F80>
- ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics. (2018). Consulté le 22 avril 2020, à l'adresse <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/33269655>
- HAS. Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages. (2017). Consulté le 12 avril 2020, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2822893/fr/comment-ameliorer-le-parcours-de-sante-d-un-enfant-avec-troubles-specifiques-du-langage-et-des-apprentissages](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2822893/fr/comment-ameliorer-le-parcours-de-sante-d-un-enfant-avec-troubles-specifiques-du-langage-et-des-apprentissages)

### **Bilans**

- Chevrie-Muller C., Plaza M., Fournier S. & al (2001). *N-EEL - Nouvelles épreuves pour l'examen du langage*
- Chevrie-Muller C., Maillart C., Simon AM. & al (2010). *L2MA-2 - Batterie langage oral, langage écrit, mémoire, attention* -2nde édition
- Coquet F., Roustit J. & Ferrand P. (2010). *EVALO BB*
- Coquet F., Roustit J. & Ferrand P. (2009). *EVALO 2-6*
- Deltour JJ. & Hupkens D. (1980). *Test de vocabulaire actif et passif*

- Dunn LM., Dunn LM. & Thériault-Whalen CM. (1993). *Echelle de vocabulaire en images Peabody : EVIP*
- Guidetti M. & Tourette C. (1993). *Evaluation d'évaluation de la communication sociale précoce, ECSP*
- Guillon A. & Boutard C. (2010). *PELEA*
- Helloin MC. & Thibault MP. (2006). *EXALANG 3-6,*
- Khomsi A. (2001). *ELO - Evaluation du Langage Oral*
- Machi L., Descours C., Girard E. & al. (2012)/ *Epreuve Lilloise de Discrimination Phonologique*
- Maeder C. (2019). *TCS-R - Test de compréhension syntaxique - révisé*
- Maeder C., Roustit J., Launay L. & al. (2018). *EVALEO 6-15*
- Maurin-Chérou N. (2006). *TLOCC*
- Phelps-Terasaki D., Phelps-Gunn T. (2007). *test of pragmatic language TOPL-2*
- Thibault MP., Helloin MC. & Croteau B. (2010). *EXALANG 5-8*
- Thibault MP., Lenfant M. & Helloin MC. (2012). *EXALANG 8-11*
- Thibault MP., Lenfant M. & Helloin MC. (2009). *EXALANG 11-15*
- Thibault MP., Lenfant M. (2014). *EXALANG LyFac*

# ANNEXES

## Annexe A1

Nomenclature générale des actes en orthophonie au 1er juillet 2019, tableau rééducation.

<b>Rééducation, par séance</b>	<b>AMO</b>
rééducation des troubles de l'articulation	8
<i>rééducation de la déglutition dysfonctionnelle</i>	8
rééducation vélo-tubo-tympanique	8
<i>rééducation des troubles du graphisme et de l'écriture</i>	10
rééducation des troubles de la communication et du langage écrit	10,1
<i>rééducation des troubles de la cognition mathématique (dyscalculie, troubles du raisonnement logico-mathématique...)</i>	10,2
rééducation des dysphagies	11
<i>éducation à l'acquisition et l'utilisation de la voix oro-oesophagienne et/ou trachéo-oesophagienne, avec ou sans prothèse phonatoire</i>	11,2
rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle et des dyskinésies laryngées	11,4
<i>réadaptation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ou éducation à la pratique de la lecture labiale</i>	12
rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral	12,1
rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral chez les enfants de 3 à 6 ans	12,6
<i>rééducation des bégaiements et des autres troubles de la fluence</i>	12,2
rééducation des anomalies des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité	13,5
<i>éducation ou rééducation de la communication et du langage dans les handicaps moteur, sensoriel et/ou les déficiences intellectuelles (inclus paralysie cérébrale, troubles du spectre de l'autisme et maladies génétiques)</i>	13,8
rééducation des dysphasies	14
<i>démütisation, rééducation ou conservation de la communication, du langage et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire</i>	15,4
rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neuro-dégénératives	15,6
<i>rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neurologiques d'origine vasculaire, tumorale ou post traumatique</i>	15,7

Majoration de 6€ par séance pour les enfants de moins de 3 ans ( <i>jusqu'au 3<sup>e</sup> anniversaire</i> )
---

Annexe A2.

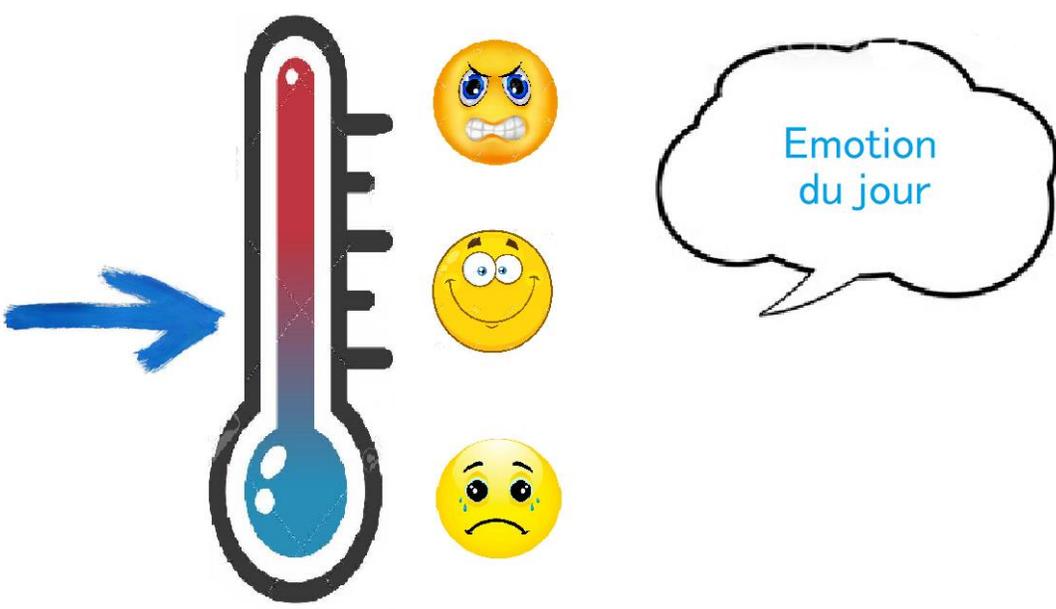
Tableau de Coquet, 2005.

<p>D'après :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bruner, 1983</li> <li>- Bernicot, 1992</li> <li>- Cronck, 1987</li> <li>- Dore, 1979</li> <li>- Grice, 1979</li> <li>- Halliday, 1973</li> <li>- Hardling, 1992</li> <li>- Jakobson, 1963</li> <li>- Searle, 1969</li> </ul>	<p><b>Compétences méta – pragmatiques</b></p>
	<p><b>Habiletés discursives</b></p>
	<p><b>Adaptation au contexte social</b> /(registres de langage)</p>
	<p><b>Organisation de l'information :</b> prise en compte du point de vue de l'autre décodage du message (inférences) et production (choix lexicaux et morpho-syntaxiques adaptés, organisation du discours)</p>
	<p><b>Règles de coopération (GRICE),</b></p>
	<p><b>Diversité et efficacité des actes de langage selon le contexte</b></p>
	<p><b>Adaptation à l'interlocuteur</b> (âge, disposition affective de l'autre, savoir partagé) <b>et au contexte physique</b> (lieu, moment, objets présents / absents)</p>
	<p><b>Conscience des préalables aux tours de parole</b></p>
	<p><b>Régie de l'échange : routines conversationnelles</b> (attention à l'autre, alternance des tours de parole, initiation, maintien et clôture de l'échange), <b>topicalisation de la conversation</b> (lancement, maintien, changement et clôture des thèmes), <b>prise en compte du feed back</b> (réparation des bris, demande d'explicitation ...)</p>
	<p><b>Efficacité des actes de langage en termes d'intention (BERNICOT)</b></p>
<p><b>Fonctions du langage (HALLIDAY) :</b> informative, phatique, incitative, personnelle, heuristique, instrumentale, ludique</p>	
<p><b>Théorie de l'esprit</b></p>	
<p><b>Intentionnalité :</b> comportements communicatifs (HARDLING) actes primitifs de parole (DORE)</p>	
<p><b>Tour de rôle</b> dans les échanges de regard, les épisodes de coaction, les vocalisations, le babillage</p>	
<p><b>Attention Conjointe</b> <b>Mise en place des formats d'interaction (BRUNER)</b></p>	
<p>3 mois à 6 mois    9 mois / 1 an    2 ans    3 ans    4 ans à 6 ans    7 ans    10 ans</p>	

Annexe A3.

Thermomètre émotionnel, d'après la méthode GECOs de Fallourd et Madieu.

Thermomètre émotionnel



The diagram features a vertical thermometer with a blue bulb at the bottom and a red column of liquid. A blue arrow points from the left towards the thermometer. To the right of the thermometer are three yellow emojis: an angry face at the top, a happy face in the middle, and a sad face at the bottom. To the right of the emojis is a white thought bubble with a black outline, containing the text "Emotion du jour" in blue.

Annexe A4.

Tableau des postures émotionnelles, d'après Fallourd et Madieu.

		Peur	Joie	Colère	Tristesse
B U S T E			x		
				x	x
		x			
P I E D S			x		x
		x		x	
R E G A R D		x	x	x	
		x			x
		x	x		

Annexe A5.

Fiche sur la description des émotions, d'après Liratni et Blanchet.

## Je décris les émotions



### **La colère**

Dans mon corps je suis : *agité*  
Dans ma tête je suis : *énervé*  
Que voudrais-je faire : *crier ou taper*



### **La tristesse**

Dans mon corps je me sens : *fatigué*  
Dans ma tête je suis : *malheureux*  
Que voudrais-je faire : *pleurer, être seul*



### **La peur**

Dans mon corps je sens : *mon cœur qui bat vite, ma gorge serrée*  
Dans ma tête je suis : *inquiet*  
Que voudrais-je faire : *m'éloigner*



### **La joie**

Dans mon corps je suis : *en plein forme*  
Dans ma tête je suis : *content*  
Que voudrais-je faire : *plein de choses, sourire, rire...*

## Les règles de communication

**Quand je parle avec quelqu'un, il y a des règles :**



1. Je dois bien écouter celui qui parle

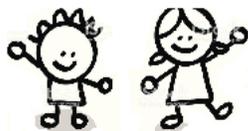


2. Je regarde bien celui avec qui je parle



3. J'adapte le son de ma voix en fonction de l'endroit où je suis

4. J'articule et je prononce bien les mots



5. J'utilise un ton amical et je suis poli

## Les règles de communication

Quand je parle avec quelqu'un, il y a des règles :

1. Il ne faut pas crier



2. Je ne parle pas en même temps que l'autre  
(je ne lui coupe pas la parole)



3. Je ne change pas de sujet quand l'autre parle

Exemple : s'il parle de son chat, je ne lui parle pas de dinosaure, mais j'attends le bon moment si je veux vraiment lui en parler

Annexe A7.

Questionnaire à destination de l'entourage.

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de leur mémoire d'orthophonie portant sur le trouble de la communication sociale pragmatique (aussi appelé dysphasie sémantique pragmatique), Sara et Elodie (étudiantes en 5ème année à Marseille...) souhaiteraient, à terme, réaliser une brochure d'information sur ce trouble.

Pour ce faire, elles souhaiteraient recueillir votre avis de parents et d'enseignants sur les informations/sujets qui vous paraissent pertinents ou que vous aimeriez y voir figurer.

Pour répondre, il vous faut noter un chiffre (de 1 à 10) correspondant au niveau d'importance que vous donnez à l'information citée.

Par exemple : au point *renseignements sur le trouble de développement du langage oral* Je trouve cela moins intéressant d'avoir des informations sur ce sujet que sur les points suivants, donc je note 8 dans la case correspondante.

La question *étiologie ?* Me semble être l'information la plus importante à savoir, donc je note 1

Chiffres à placer dans les cases : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 chaque chiffre ne pourra être écrit qu'une seule fois ; 1 étant le plus prioritaire et 10 le moins prioritaire.

Renseignements sur le trouble de développement du langage oral (aussi appelé dysphasie)

Renseignements sur le trouble de la communication sociale pragmatique (aussi appelé dysphasie sémantique pragmatique)

Etiologie ? (origine du trouble)

### Quelques chiffres

Les prises en charge possibles

La scolarité

Le rôle à jouer des proches/ parents

L'avenir de mon enfant

Le repérage d'un trouble du langage

Pour aller plus loin (noms d'associations, sites internet, lectures...)

Vous pouvez également proposer un/plusieurs sujets de votre choix, qui auraient leur place dans cette brochure.

### **Informations complémentaires :**

Merci d'avance pour votre participation !

Anne-Gaëlle Lefèvre  
Orthophoniste Pôle Dys Les Lavandes

Résumé : le trouble de la communication sociale et pragmatique est une pathologie méconnue et souvent confondue avec le trouble de la sphère autistique. L'objectif de ce mémoire est d'en donner une définition, de proposer une approche clinique (bilans et rééducation) et la création d'une brochure tout-public à visée informative et pédagogique.

Mots-clés : trouble du langage, trouble de la communication sociale et pragmatique, pragmatique dysphasie, orthophonie, rééducation, autisme, trouble du spectre autistique, TSA.