

Université Paul Sabatier/Toulouse III

Faculté de Médecine Toulouse Rangueil

Enseignement des techniques de réadaptation

Mémoire présenté en vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophonie

CINEPRAGMA

SCENES MUETTES FILMEES DE LA VIE QUOTIDIENNE
POUR LA REEDUCATION DES HABILETES PRAGMATIQUES

ETUDE PILOTE AUPRES D'ADOLESCENTS PORTEURS DE
DEFICIENCE INTELLECTUELLE LEGERE

Isabelle TONNET-VONKEN

Sous la direction d'Isabelle COLLIE

Juin 2018

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Isabelle Collié qui m'a proposé ce mémoire et qui m'a accompagnée tout au long de ce travail. Merci pour sa disponibilité, ses encouragements et son énergie qui m'ont permis d'avancer sereinement et de déployer toutes les ressources nécessaires à l'élaboration de ce projet.

Je remercie également Madame Agert et Madame Ianuzzi de m'avoir fait l'honneur d'accepter de participer à ce jury de soutenance.

Je remercie Madame Woisard et Madame Liaunet, directrices du Centre de Formation Universitaires en Orthophonie de Toulouse, ainsi que l'ensemble des enseignants et des maîtres de stage qui m'ont accompagnée pour faire émerger les compétences cliniques nécessaires au métier d'orthophoniste, en particulier Cécile Petit, Céline Garrigou et Isabelle Collié.

Je remercie Madame Vieillecroze, directrice de l'IME Autan Val Fleuri, sans qui ce projet n'aurait pas pu aboutir, ainsi que les patients qui ont accepté de participer à cette étude.

Je témoigne toute ma reconnaissance aux acteurs qui ont accepté de participer gracieusement au tournage des films : Florence, Clémence, Karine, Sébastien, Cécile, Agnès, Théo, José, Oriane, Denis et Raphaël. Merci pour leurs conseils et leurs suggestions, pour leurs improvisations bienvenues, pour leur enthousiasme et pour l'intérêt qu'ils ont montré pour ce projet.

Je remercie Cécile et Georges Tonnet et Cécile Petit pour la relecture attentive de mon travail et leurs conseils avisés. Merci à Maureen Tonnet et Claire Joliet pour leur aide en anglais.

Enfin, je remercie mes proches pour leur soutien, leur intérêt pour mes études et leur aide dans la gestion de la vie familiale. Un merci tout particulier à mes parents et mes beaux-parents ainsi qu'à Christiane. Une pensée amicale pour les étudiants de la promotion 2013-2018.

Je remercie enfin mon mari, Denis, et mes enfants, Sarah, Raphaël et Noah qui ont vécu pendant cinq ans au rythme acrobatique des stages, cours et examens avec patience, compréhension et respect.

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION	5
2	ASSISES THEORIQUES	5
3	PROBLEMATIQUE	15
4	HYPOTHESES	17
5	METHODE	18
5.1	<i>Participants.....</i>	18
5.2	<i>Matériel.....</i>	18
5.3	<i>Cadre expérimental</i>	25
5.4	<i>Mesures et analyse des données.....</i>	27
5.5	<i>Programme de l'intervention orthophonique</i>	28
6	ANALYSE DES RESULTATS.....	31
6.1	<i>Résultats concernant les compétences pragmatiques.....</i>	31
6.2	<i>Résultats concernant le comportement du sujet face aux outils proposés.....</i>	37
6.3	<i>Résultats concernant le retour du thérapeute quant à la conception de l'outil.....</i>	39
7	DISCUSSION.....	44
8	CONCLUSION	55
9	TABLE DES MATIERES.....	57
10	BIBLIOGRAPHIE	59
11	GLOSSAIRE.....	68
12	ANNEXES	69

1 INTRODUCTION

La pragmatique du langage, après avoir été longtemps délaissée par les chercheurs, suscite ces dernières années un intérêt accru et en particulier dans son aspect développemental. Des études ont mis en évidence le lien qui existe entre le développement des habiletés pragmatiques et l'insertion sociale du sujet et se sont penchées sur ces troubles qui entravent le langage non pas dans ses aspects formels mais dans l'utilisation qu'on en fait dans un contexte donné. De l'évaluation à la rééducation, de nombreuses pistes sont à ce jour explorées afin d'accompagner au mieux les personnes souffrant de difficultés pragmatiques et de favoriser ainsi leur inclusion sociale, scolaire et professionnelle. Une de ces pistes est l'utilisation de la vidéo. Plusieurs auteurs soulignent l'efficacité de ce média notamment dans la prise en charge des personnes atteintes de trouble du spectre autistique ou porteuses de déficience intellectuelle.

Notre étude menée auprès d'adolescents porteurs de déficience intellectuelle légère s'inscrit dans cette perspective rééducative inclusive et l'objet de ce mémoire est d'explorer, à partir d'un outil que nous avons créé, la pertinence de la vidéo dans la rééducation de la pragmatique du langage. Pour cela, dans une première partie, nous présenterons les modèles théoriques issus de la pragmatique cognitive et développementale qui sous-tendent notre travail, nous étudierons la spécificité des difficultés pragmatiques dans la déficience intellectuelle et nous tenterons de dresser un panorama de l'utilisation de la vidéo dans le champ rééducatif et éducatif. Les choix méthodologiques pour l'élaboration de notre outil et pour l'évaluation de sa pertinence seront abordés dans une deuxième partie. La troisième partie de notre mémoire sera une présentation des résultats quantitatifs et qualitatifs, résultats qui seront confrontés à nos hypothèses de départ dans une dernière partie.

2 ASSISES THEORIQUES

Au-delà de la simple expression des besoins, **le langage humain** possède cette force créative permettant à l'homme de construire des représentations illimitées et de transmettre des connaissances et des informations à son interlocuteur (Bracops, 2010). Cette faculté d'évocation dont jouit le langage dépasse donc la simple vision dyadique signifiant/signifié (Saussure, 2016) et intègre une troisième dimension nommée par Charles Sanders Peirce *l'interprétant* c'est-à-dire le signe créé dans l'esprit de l'interlocuteur (Tiercelin, 2013). En

considérant ainsi l'interlocuteur, le signe prend vie dans l'utilisation qu'on en fait et le langage n'est plus là seulement pour comprendre ou représenter le monde mais aussi pour influencer l'autre dans ce que Ludwig Wittgenstein appelle un « jeu de langage », « une forme de vie » c'est-à-dire une manière d'agir ou *prâgma* (*πράγμα*) (Armengaud, 2010). « Quand dire c'est faire », quand le langage s'actualise dans une *prâgma* alors autrui surgit au premier plan pour se laisser modifier et modeler par la parole du locuteur (Austin, 1991; Searle, 2008).

Approcher le langage d'un point de vue **pragmatique** c'est donc envisager les relations qui existent entre les signes et les usagers de ces signes et prendre en compte les aspects cognitifs, sociaux ou culturels qui régissent notre utilisation du langage. Selon Herbert Paul Grice, c'est toute la sphère cognitive qui est engagée dans l'acte de communication et, puisque le locuteur communique souvent au-delà de ce que dit la phrase (*implicature*), alors s'engage un processus d'interprétation des énoncés prenant en compte les intentions et états mentaux des interactants mais aussi leur raisonnement déductif (inférences) et le contexte de communication de l'échange. Et pour que ce mécanisme déductif soit efficace, les interlocuteurs sont amenés à coopérer (« principe de coopération ») et à respecter certaines règles (« maximes conversationnelles ») (Grice, 1979) dans un souci de « pertinence » communicative (Sperber & Wilson, 1989). Selon Dan Sperber et Deirdre Wilson (1989), lors d'un échange, les intentions du locuteur ne sont pas seulement informatives et communicatives mais prennent aussi une dimension « ostensivo-inférentielle » portée par des moyens linguistiques et extra-linguistiques et servie par le principe de pertinence. L'information sera pertinente si l'interlocuteur y porte attention, si elle déclenche un processus inférentiel d'interprétation et si elle produit un effet cognitif. Pour interpréter l'énoncé, l'interlocuteur procédera à une analyse à la fois linguistique (codique) et pragmatique (désambiguïsation et prise en compte des états mentaux du locuteur) en y intégrant des « prémisses implicites » (connaissances encyclopédiques et données tirées du contexte, plus particulièrement de l'« environnement cognitif mutuel » des interactants). De ces mécanismes linguistiques et pragmatiques, le sujet tirera une information nouvelle : l'« implication contextuelle » ou « conclusion implicite ».

Les compétences langagières et communicatives d'un individu se basent donc sur des processus cognitifs, sociaux et culturels. Ces derniers se développent depuis la naissance et jusqu'à l'âge adulte. **L'aspect développemental des capacités pragmatiques** est sans doute à replacer dans le contexte des théories interactionnistes de Lev Vygotski et Jérôme Bruner (Dardier, 2004). Pour Lev Vygotski, les facteurs sociaux ont une place prépondérante dans le développement de l'enfant et en particulier dans le développement de son langage et de sa

communication. Selon lui, le langage permet de signifier les intentions du locuteur et possède une fonction sociale puisqu'il fait le lien entre l'individu et le milieu et que c'est un moyen d'agir sur autrui. Le développement de l'enfant s'inscrit donc sur un double plan : le plan social par la relation avec l'autre au sein d'une interaction (phase interpsychologique) et le plan psychologique par une intériorisation des compétences (phase intrapsychologique) (Vygotski, 2013). Jérôme Bruner, quant à lui, met en évidence l'importance des facteurs culturels et des usages du langage dans le développement. L'enfant se développe en se basant sur des « formats d'interaction » qui fonctionnent comme des modèles ritualisés de relation sociale entrant dans des « routines interactives » et qui vont l'aider à comprendre la fonction pragmatique du langage. Très contextualisés au départ, ces formats vont ensuite se généraliser, constituant alors le présupposé de la situation interactive et venant soutenir le raisonnement de l'enfant lui permettant, par exemple, de repérer les intentions communicatives de son interlocuteur (Bruner, 2002). La cognition humaine – et plus spécifiquement la communication – s'inscrit donc dans un environnement matériel, social et culturel. C'est une « cognition située » dans un contexte qui peut être changeant et complexe et qui nécessite un processus dynamique, un ajustement permanent, une adaptabilité et parfois même une certaine improvisation de la part du sujet. C'est aussi une cognition « distribuée » car les savoirs ne se logent pas uniquement dans l'individu mais aussi dans les outils de notre environnement qui sont autant d'artéfacts médiatisant nos activités ordinaires. Par conséquent, le savoir résulte de l'engagement du sujet dans ces contextes sociaux et matériels qui l'entourent et dans les activités quotidiennes qui organisent la société (Grison, 2004; Moro, 2001).

C'est ce contexte matériel, social et culturel qui va permettre à l'enfant de comprendre progressivement et implicitement les liens qui se tissent entre la forme de ses énoncés et la situation de communication dans lesquels ils sont émis et d'aborder le langage comme « un ensemble de stratégies pour structurer son action sociale, pour contrôler et réaliser son activité communicative » (Bernicot, 1999, p.348-349). Initiée par Elizabeth Bates (Bates, 1976), la **pragmatique développementale** étudie donc comment l'enfant apprend à utiliser le langage et les règles sociales et pratiques partagées par les membres d'une culture donnée (Dardier, 2004). La compétence pragmatique, selon Françoise Coquet, se développe en lien avec quatre types de comportements : l'intentionnalité de la communication c'est-à-dire l'utilisation du langage pour différentes fonctions, la régie de l'échange à relier à la gestion des tours de parole, l'adaptation au contexte, à l'interlocuteur et à la situation de communication et, enfin, l'organisation de l'information qui recouvre le développement des capacités conversationnelles

et discursives (Coquet, 2005). Selon Marc Monfort, pour aborder cette compétence, il est nécessaire de s'éloigner d'une conception modulaire du langage pour envisager les interactions qui existent entre le développement pragmatique et le développement cognitif et émotionnel de l'individu (Monfort, Juárez Sánchez, & Monfort Juárez, 2005). C'est d'autant plus possible chez l'adolescent pour qui les aspects formels du langage sont déjà installés et dont le développement langagier va se caractériser par une évolution vers l'utilisation du langage élaboré. Ainsi, comme le notent Corinne Boutard et Astrid Guillon dans le manuel du PELEA (Boutard & Guillon, 2011), le recours aux capacités inférentielles permettent à l'adolescent d'accéder à l'abstraction, à la polysémie, au sens du lexique en contexte, à la compréhension des métaphores ou des expressions imagées. Ce développement du langage élaboré est à relier au développement de la métacognition et en particulier des compétences métalinguistiques. Celles-ci amènent le sujet à avoir une activité réflexive sur le langage et, par là même, à comprendre les comportements de son interlocuteur et à mettre du sens dans l'activité communicative (Boutard & Guillon, 2011).

Mais cette compétence pragmatique ne se déploie pas toujours de façon harmonieuse. De nombreux auteurs ont mis en évidence **l'existence de difficultés dans le développement des habiletés pragmatiques chez les sujets porteurs de déficience intellectuelle (DI)**.

La déficience intellectuelle, qui toucherait 1 à 2% de la population, est définie selon l'Organisation Mondiale de la Santé comme « la capacité sensiblement réduite de comprendre une information nouvelle ou complexe et d'apprendre et d'appliquer de nouvelles compétences (trouble de l'intelligence). Il s'ensuit une aptitude diminuée à faire face à toute situation de manière indépendante (trouble du fonctionnement social), un phénomène qui commence avant l'âge adulte et exerce un effet durable sur le développement. » (Inserm, 2016). Les autorités internationales que sont l'OMS (CIM-10), l'AAIDD et l'APA (DSM-V) caractérisent donc la DI par la triade suivante : présence d'un déficit du fonctionnement intellectuel, présence d'une limitation du comportement adaptatif et aspect développemental des troubles (apparition avant 18 ans) (Inserm, 2016). Ce dernier point est particulièrement important car il implique une structuration progressive de la DI qui ne se limite pas à une cause unique et immuable. Les facteurs affectifs, familiaux et sociaux viennent influencer et modeler la DI (Salbreux & Misès, 2005). C'est ce que met en évidence aussi Lev Vygotsky qui affirme, dès le début du XX^e siècle, que la perte d'une fonction entraîne des créations nouvelles et déclenche des stimuli

permettant des compensations et une réorganisation des relations entre les fonctions influencées par l'environnement social de l'individu (Vygotski, 1994).

Pour ce qui est donc de la compétence pragmatique dans la DI, on constate que même si le désir de communiquer est généralement préservé - nous excluons ici la déficience intellectuelle profonde - (Monfort et al., 2005) et que le développement des compétences pragmatiques est souvent similaire à celui d'un enfant tout-venant, un décalage chronologique s'installe rapidement et, en fin de parcours, une limitation des compétences est constatée (Aguado & Narbona, 1997; Rondal, 1999).

Marc Monfort qualifie ces troubles pragmatiques de « secondaires » car ils sont, selon lui, une conséquence de la DI. Il relève ainsi des difficultés dans la compréhension et l'expression des émotions complexes et dans le respect de certaines normes sociales fines dont l'origine serait la dysharmonie entre le développement affectif et les compétences cognitives. Par ailleurs, la limitation des capacités d'apprentissage déboucherait sur une restriction du lexique rendant difficile la compréhension des nuances, du langage élaboré et des énoncés longs ou complexes. Enfin, les difficultés cognitives créeraient des troubles dans les fonctions exécutives nécessaires au raisonnement, à la production d'inférences, à la cohésion du discours ou à la souplesse dans l'utilisation des registres (Monfort et al., 2005).

Schalick et al., reprenant les données de la littérature, soulignent quant à eux des difficultés dans le langage réceptif et le traitement de l'information causées par un déficit en mémoire de travail, une réduction de l'empan attentionnel, des difficultés de construction de la pensée symbolique et un déficit dans la perception de l'information verbale. Ils décrivent en outre que les sujets DI ont une utilisation restreinte des actes de langage avec une préférence pour les actes de communication proto-impératifs en comparaison aux actes communicatifs proto-déclaratifs (Schalick, Westbrook, & Young, 2012).

Le développement de la communication référentielle est également perturbé. Les enfants présentant une déficience intellectuelle ont des difficultés à percevoir qu'une information est incomplète. Par ailleurs, du point de vue expressif, ils ont tendance à produire un discours inadéquat par excès ou par défaut d'informations (Brownell & Whiteley, 1992).

De plus, il est rapporté des difficultés dans la communication non verbale. En effet, de nombreux auteurs signalent l'existence d'un déficit dans le processus de reconnaissance des expressions faciales émotionnelles (Carvajal, Fernández-Alcaraz, Rueda, & Sarrión, 2012; Owen, Browning, & Jones, 2001; Rojahn, Esbensen, & Hoch, 2006; Rojahn, Rabold, & Schneider, 1995). Selon Scotland et al. qui passent en revue les données de la littérature,

l'origine de ces troubles n'est pas clairement identifié – présence d'un déficit spécifique dans le processus de perception émotionnelle (*Emotion Specificity Hypothesis*) ou bien conséquence des difficultés dans le traitement de l'information caractéristique des sujets DI (*IQ-related factors*) – mais les études montrent cependant une corrélation entre un niveau intellectuel faible et une restriction des performances dans la reconnaissance des émotions faciales (Scotland, Cossar, & McKenzie, 2015). Ce déficit se caractérise par un temps de traitement rallongé, par un nombre d'erreurs d'identification plus important que dans la population générale (Singh et al., 2005) et par une limitation des possibilités d'apprentissage par la simple observation (K. Adams & Markham, 1991). On note aussi une variation des performances en fonction de l'émotion à traiter : la surprise, la peur et le dégoût seraient complexes à reconnaître (McAlpine, Kendall, & Singh, 1991) en comparaison à la joie et la tristesse qui seraient des émotions facilement décodables pour une personne DI (Hetzroni & Oren, 2002; McAlpine et al., 1991; Owen et al., 2001). Les performances varient également en fonction des possibilités de contextualisation de l'émotion à identifier : plus l'émotion est contextualisée plus elle est facile à traiter (McKenzie, Matheson, McKaskie, Hamilton, & Murray, 2001).

Les recherches mettent également en évidence que le sujet DI a un développement atypique de la communication gestuelle (Pirchio, Caselli, & Voltera, 2003), caractérisé par une forte dépendance du sujet à cette modalité communicative non verbale (Schalick et al., 2012). On rapporte chez les sujets DI une corrélation entre l'accès à la gestualité distale (pointage), et donc au symbolique, et les compétences communicatives : la seule gestualité de contact entraîne des performances plus restreintes que le pointé qui permet d'accéder à un niveau de compétences comparable à celui des personnes ayant un développement typique (Schalick et al., 2012). Ces particularités dans le repérage et l'utilisation de la mimogestualité communicative, et plus spécifiquement émotionnelle, couplées à une régulation émotionnelle interne déficitaire, expliquent les problèmes de communication sociale que rencontrent les sujets DI. La reconnaissance et l'interprétation des expressions faciales émotionnelles et de la gestualité jouent en effet un rôle fondamental dans les habiletés sociales (Rojahn et al., 2006; Rojahn, Lederer, & Tassé, 1995; Vicky, 2017).

Il est à noter par ailleurs que les personnes présentant un retard cognitif vont exprimer leurs compétences de façon différente en fonction du contexte. Les données de la littérature à ce sujet soulignent que la communication est d'autant plus aisée pour elles que le contexte est familier et concret ou qu'il renvoie à des routines de la vie quotidienne (Oetting & Rice, 1991; Schalick et al., 2012). Ainsi, pour une personne ayant des difficultés pragmatiques, certains

facteurs contextuels comme le nombre de participants à l'interaction, le degré de familiarité des interlocuteurs, le degré d'abstraction du thème ou la présence du référent ont une influence sur les performances conversationnelles et l'ajustement socio-communicatif (Monfort et al., 2005).

Enfin, il est rapporté que les personnes porteuses de DI souffrent d'un déficit en théorie de l'esprit (*Theory of Mind, ToM*) (Abbeduto, Short-Meyerson, Benson, & Dolish, 2004; Benson, Abbeduto, Short, Nuccio, & Maas, 1993). Yirmiya et al., dans leur méta-analyse, rappellent que la *ToM*, lors d'un échange, est une compétence indispensable pour comprendre les besoins de l'interlocuteur, pour lui fournir des explications pertinentes mais aussi pour modifier son comportement et qu'elle constitue, par ailleurs, l'une des bases fondamentales pour les interactions humaines (Yirmiya, Erel, Shaked, & Solomonica-Levi, 1998). Le déficit en *ToM* chez les sujets DI se caractérise d'un côté par un délai d'acquisition en *ToM-emotions* définie comme la capacité à comprendre les causes et les conséquences d'une émotion (Thirion-Marissiaux & Nader-Grosbois, 2008b). Cette difficulté est à mettre en relation avec le déficit de reconnaissance des expressions faciales émotionnelles qui sont le pré-requis à la *ToM-emotions* (K. Adams & Markham, 1991). En ce qui concerne la *ToM-beliefs*, définie comme la capacité à comprendre les croyances de l'interlocuteur, il existerait, en fonction des tâches, soit un délai d'acquisition (ex : tâche de fausse croyance) soit un pattern de développement différent de celui du développement typique (ex : tâche de changement de point de vue et tâche d'apparence vs réalité) (Thirion-Marissiaux & Nader-Grosbois, 2008a). Enfin, il est retrouvé une corrélation entre le niveau de cognition – notamment la cognition verbale et les capacités mnésiques – et les capacités en *ToM* (Abbeduto et al., 2004; Thirion-Marissiaux & Nader-Grosbois, 2008b, 2008a).

Cette atteinte des compétences pragmatiques a pour conséquence des **difficultés dans les habiletés sociales** qui constituent l'un des trois piliers du comportement adaptatif. Les habiletés sociales se développent sur des bases cognitives très fortes qui font défaut aux sujets porteurs de DI (Leffert, Siperstein, & Widaman, 2010). Ces personnes éprouvent par conséquent une gêne pour interagir avec les autres, pour décoder les indices sociaux que leur fournit l'environnement et y répondre de façon appropriée, pour résoudre les conflits et pour s'ajuster aux situations sociales simples ou complexes (Adeniyi & Omigbodun, 2016). Par ailleurs, interpréter les intentions d'autrui en cas d'informations ambiguës ou conflictuelles se révèle une tâche très complexe (Leffert et al., 2010). Il est à noter que les conséquences du déficit pragmatique sur les habiletés sociales sont d'autant plus importantes que le déficit intellectuel

et adaptatif est sévère et que les compétences de communication verbales et non verbales sont déficitaires (Dagnan, 2007; Sukhodolsky & Butter, 2007)

De cette restriction de capacités dans les habiletés sociales naissent des troubles du comportement (comme l'agressivité, la passivité ou le repli) et une détérioration de la qualité de vie. Ces effets délétères touchent la sphère psychosociale et psychoaffective avec des difficultés d'intégration sociale et professionnelle, un isolement social, un rejet de la part des pairs, des inégalités sociales, des difficultés pour construire des amitiés stables, une tendance à la dépression et aux idées suicidaires (Adeniyi & Omigbodun, 2016; Inserm, 2016).

Afin de réduire ces troubles du comportement et favoriser ainsi l'insertion sociale et professionnelle des personnes porteuses de DI, il semble donc **pertinent de stimuler les habiletés sociales en général et les compétences pragmatiques en particulier** d'autant plus que les programmes d'intervention ont montré des effets positifs chez les sujets avec un maintien voire une généralisation des compétences (Hatton, 1998). Pour exemple, Monfort et al. rapportent une diminution voire une disparition de certains symptômes suite à un apprentissage explicite de compétences pragmatiques (Monfort et al., 2005). Cette voie d'accès intellectuelle à l'usage social du langage est aussi possible pour la compréhension des intentions d'autrui du fait de la forte dépendance des tâches de fausse croyance au langage (De Villiers, 2007), pour la communication référentielle (Brownell & Whiteley, 1992), pour les habiletés conversationnelles (C. Adams, 2003; C. Adams, Lloyd, Aldred, & Baxendale, 2006; Girolametto, 1988; Richardson & Klecan-Aker, 2000), pour l'identification des émotions (Richardson & Klecan-Aker, 2000). Certains auteurs notent un possible transfert des compétences à des domaines non traités (Richardson & Klecan-Aker, 2000). Par ailleurs, la rééducation des compétences de traitement des informations sociales et émotionnelles a un retentissement positif sur les troubles du comportement (Lachavanne & Barisnikov, 2013). Enfin, l'amélioration des capacités de communication conduit à une amélioration de l'image personnelle du sujet permettant une meilleure intégration avec une valorisation des rôles sociaux et une amélioration de la qualité de vie (Hatton, 1998; Wolfensberger, 2011).

Catherine Adam, de même que Marc Monfort, soulignent qu'il existe plusieurs **niveaux d'intervention** : le langage, la cognition et les habiletés sociales (C. Adams, 2003; Monfort, 2005). Les sujets tirent généralement bénéfice d'une intervention qui intègre ces trois niveaux (C. Adams, 2003) mais certains auteurs soulignent qu'une intervention plus spécifique peut être aussi profitable : sur la cognition sociale et la communication non verbale (Bishop, Chan,

Adams, Hartley, & Weir, 2000) ou sur le langage en tant que code structuré permettant de structurer la réalité sociale (Monfort, 2005). Il est aussi important que l'approche soit fonctionnelle et replacée dans un contexte communicatif réel même si parfois une orientation formelle peut-être envisagée (Monfort, 2005). Du point de vue des modalités techniques, Marc Monfort souligne l'importance de la visualisation du langage et de la communication qui va pouvoir pallier les difficultés de compréhension fréquentes dans les troubles pragmatiques (Monfort, 2005).

Cette visualisation du langage passe par l'utilisation d'un **matériel** iconographique classique (dessins, photos, bandes dessinées...) et par le langage écrit. Cependant, avec le développement technologique des systèmes de communication amorcé dans les années 80 et qui s'est accéléré depuis les années 2000, de nouveaux outils ont émergé et parmi eux, l'outil vidéo. Dans les interventions auprès de patients porteurs de DI, on répertorie deux façons d'utiliser la vidéo. D'une part le *video modeling*, issu de la théorie de l'apprentissage social d'Albert Bandura (Bandura, 1980) qui postule que l'apprentissage passe par l'observation d'un comportement-modèle réel associé à une composante émotionnelle (le renforcement), consiste en de courtes vidéos présentant un sujet au développement typique en train d'agir ou d'interagir. L'objectif est le modelage de comportements académiques (i.e scolaires), fonctionnels (ex : faire un achat dans une épicerie) ou sociaux (ex : saluer quelqu'un). Le *video modeling* se décline en *video self-modeling* (le modèle est le sujet lui-même en train d'effectuer correctement le comportement), *subjective point of view video modeling* (la vidéo est filmée du point de vue du sujet qui visionne) ou *video-prompting* (on incite le sujet à réaliser ou à décrire le comportement cible en arrêtant la vidéo avant la fin) (Ayres & Langone, 2008; Mechling, 2005). D'autre part, dans les années 90 a été expérimentée l'utilisation de la vidéo dans une perspective de cognition située. Nommée *anchored instruction*, cette approche pédagogique avait pour objectif de relier les apprentissages académiques à des situations de la vie courante pour mieux comprendre et généraliser les compétences (Cognition and Technology Group at Vanderbilt, 1990, 1992). Dans l'expérimentation d'origine menée par l'université de Vanderbilt, des élèves en dernière année de primaire ont suivi, en visionnant des « vidéo-ancrage », les aventures de Jasper Woodbury confronté à des problèmes de mathématiques.

Cet outil vidéo, dans la prise en charge des patients, et notamment des patients DI, présente de nombreux avantages. Grâce à ce média, le thérapeute fournit des représentations réalistes et variées de l'environnement naturel (Morgan & Salzberg, 1992). Cette diversité que propose la vidéo est intéressante car elle permet de multiplier les lieux d'interaction et les

expériences communicatives ce qui favorise la généralisation des compétences (Wissick, Gardner, & Langone, 1999). En outre, il est possible d'anticiper un déplacement pour un apprentissage en situation dans l'environnement naturel, en présentant au préalable, en condition plus contrôlée, le lieu dans lequel la sortie est prévue (Alberto, Cihak, & Gama, 2005) ce qui permet de diminuer les troubles du comportement liée à l'anxiété face à une situation inconnue (Mechling, 2005). Par ailleurs, quand l'apprentissage en situation n'est pas possible en raison de contraintes institutionnelles (économiques, temporelles ou organisationnelles), la simulation par la vidéo est un moyen de substitution efficace (Vesperini et al., 2015; Wissick et al., 1999).

La souplesse d'utilisation de l'outil et la possibilité, avec lui, de combiner l'image dynamique et statique, sont aussi des atouts. En effet, il est facile d'opérer des retours en arrière, de se positionner très rapidement à un endroit précis du film et de mettre ainsi l'accent sur une partie de la séquence pour expliciter un concept. (Ayres & Langone, 2008). Il est aussi envisageable de répéter le même modèle à l'identique, à des moments différents et le cas échéant dans des lieux différents comme au domicile du patient (Mechling, 2005). La répétition du visionnage de la scène permet au sujet d'avoir un feed-back immédiat (Morgan & Salzberg, 1992) et de travailler l'anticipation et donc l'interprétation de l'intention des personnes apparaissant dans le film (Monfort et al., 2005). La possibilité d'arrêt sur image rend possible le fractionnement des étapes dans la tâche à analyser (Morgan & Salzberg, 1992), la discussion avec le patient du comportement visionné (Haring, Kennedy, Adams, & Pitts-Conway, 1987) et laisse un temps pour l'analyse. De plus, le comportement du patient est influencé positivement par cet outil. En effet, il existe une forte motivation des sujets à travailler avec l'outil vidéo (Sherer et al., 2001) et, par la médiation de l'écran, une meilleure concentration de l'attention est constatée (Stephens & Ludy, 1975). La vidéo montre le mouvement en temps réel, dans l'ordre et en dynamique et par ce biais, les indices sont plus saillants et l'attention se porte naturellement vers les éléments importants (Tiong, Blampied, & Le Grice, 1992). Le mouvement permet également une meilleure perception des émotions en comparaison à l'image fixe (Gepner, Deruelle, & Grynfeldt, 2001). Enfin, la vidéo permet une personnalisation des programmes en fonction du projet thérapeutique des patients (Morgan & Salzberg, 1992).

Il a été démontré que l'utilisation de la vidéo permet une amélioration des compétences. Elle permet par exemple une amélioration de la communication sociale (Hetzroni & Banin, 2017; Mechling, 2005), des habiletés conversationnelles (Charlop & Milstein, 1989; Charlop-Christy & Daneshvar, 2003) et une augmentation des comportements sociaux adaptés

(Embregts, 2000). De plus, une généralisation des compétences est notée dans plusieurs études (Ayres & Langone, 2008; Embregts, 2000; Hetzroni & Banin, 2017). Ce transfert est d'autant plus facile que le comportement apparaissant sur la vidéo est proche du comportement cible dans la réalité (Wissick et al., 1999) ce qui est en accord avec les besoins des sujets DI qui généralisent d'autant mieux si on leur présente des scènes naturelles issues de leur vie quotidienne (Kaiser & Trent, 2007). Enfin, sous réserve que le patient ne présente pas de troubles attentionnels, il y aurait une amélioration des compétences plus importante avec l'outil vidéo en comparaison à la photo (Höffler & Leutner, 2007; Mechling & Gustafson, 2008, 2009; Stephens & Ludy, 1975; Van Laarhoven, Kraus, Karpman, Nizzi, & Valentino, 2010) ; cette amélioration serait aussi plus rapide (Mechling & Gustafson, 2008). En cas de déficit attentionnel cependant, l'image statique, qui contient moins d'éléments non pertinents par rapport à la vidéo, serait plus efficace (Alberto et al., 2005; Cihak, Alberto, Taber-Doughty, & Gama, 2006).

3 PROBLEMATIQUE

Entre l'institution et la communauté, il manque un outil permettant aux jeunes porteurs de DI de faire des liens et donc d'utiliser efficacement en situation des compétences pragmatiques abordées au sein de la structure qui les prend en charge. L'outil vidéo nous semble intéressant car il permet d'envisager des situations d'interaction sociale de façon réaliste au sein de l'institution et de faire ainsi la jonction entre l'intérieur et l'environnement naturel dans une approche de prise en charge fonctionnelle. De plus, cet outil permet de mettre en œuvre un ensemble de processus inférentiels plus vaste qu'avec une simple image ou un texte. En effet, le sujet visionnant la scène va, certes, opérer des inférences contextuelles et des inférences logiques mais aussi, et c'est ce qui nous intéresse particulièrement, ce que Jacques Cosnier appelle des « inférences cénesthésiques ». Dans une situation d'interaction, l'interlocuteur a recours aux kinesthèses intentionnels du locuteur (ses mouvements du corps) qu'il intègre par un phénomène d'échoïsation (ou de convergence mimogestuelle) et qui lui permet, par son propre corps et par le répertoire d'actions/émotions qu'il a constitué au fil de ses expériences antérieures, de se représenter les affects du locuteur, de les interpréter et de procéder ainsi à des inférences sur la situation de communication (Cosnier, 1996). En proposant ces films muets, nous souhaitons donc nous appuyer sur ce processus empathico-inférentiel – qui viendra étayer

le raisonnement cognitivo-inférentiel – pour développer les habiletés pragmatiques du sujet et nous postulons ainsi l'importance de l'action (ou plutôt, dans notre cas, de la visualisation de l'action) dans le développement de la pensée (Sorsana, 2011) par l'entremise des neurones miroir (Rizzolatti & Sinigaglia, 2008).

Le choix du *video modeling* ne nous a pas paru pertinent car, s'il est efficace pour des « comportements-actions » très procéduraux, ses effets sont à nuancer quand il s'agit d'habiletés de communication verbale (Mechling, 2005). Il ne permet pas selon nous, de répondre efficacement aux besoins des personnes porteuses de déficience intellectuelle en matière d'habiletés pragmatiques. En effet, les habiletés pragmatiques s'expriment et s'évaluent dans un comportement d'interaction qui ne suppose pas de mettre en place des procédures-actions stéréotypées mais au contraire de pouvoir actualiser sans cesse ses compétences dans l'échange. Ceci est d'autant plus vrai chez les patients DI dont les habiletés adaptatives de communication, d'interaction et pragmatiques restent entravées à l'adolescence. Il paraît donc primordial d'utiliser un support permettant de stimuler la compréhension d'un contexte d'interaction et son analyse afin de soutenir à la fois les habiletés pragmatiques et les comportements adaptatifs.

Nous avons donc opté pour la création de notre propre outil en nous basant sur les apports théoriques de l'instruction ancrée/cognition située (cf. supra). Nous avons ainsi tourné des scènes muettes filmées de la vie quotidienne et créé un set d'activités permettant la stimulation des habiletés pragmatiques. Le choix de la suppression de l'input sonore est motivé par les difficultés mnésiques que rencontrent les sujets DI – faibles capacités en mémoire à court terme et en mémoire de travail (Büchel & Paour, 2005; Bussy, Rigard, & des Portes, 2013; Inserm, 2016) – et par la spécificité de l'information auditive qui nécessite un stockage en mémoire selon un axe temporel plus coûteux cognitivement que la perception visuelle qui est beaucoup plus analytique (Monfort et al., 2005). En supprimant les indices sonores, nous allégeons, par voie de conséquence, la charge mentale du patient. Par ailleurs, si on sait qu'à partir de neuf ans, l'enfant tout-venant utilise l'intonation (préférentiellement au contexte) pour comprendre les intentions de son interlocuteur (Martel, 2009), chez la personne DI, en revanche, il existe une persistance de l'utilisation préférentielle du codage visuel de l'information en comparaison au codage phonologique (Clerc & Courbois, 2005). En supprimant l'entrée auditive et en nous limitant aux informations visuelles, nous nous appuyons sur cette particularité développementale et facilitons ainsi le décodage de la situation de communication.

Le but de notre étude est donc de nous interroger sur la pertinence de l'utilisation de scènes muettes filmées de la vie courante dans la prise en charge fonctionnelle des habiletés communicatives auprès d'adolescents porteurs de déficience intellectuelle légère avec ou sans troubles associés.

4 HYPOTHESES

Nous supposons que l'utilisation de ces films muets lors de séances orthophoniques va permettre le déploiement des compétences pragmatiques du sujet (hypothèse 1). Dans ce cadre, nous faisons l'hypothèse qu'il y aura une amélioration des compétences pragmatiques après le traitement à l'aide des vidéos (sous-hypothèse 1), que l'évolution positive de ces compétences sera plus importante chez le patient-cas que chez les patients-témoins (sous-hypothèse 2) et, enfin, que l'utilisation de la vidéo permettra une bonne mobilisation des compétences durant les séances d'orthophonie et que cette mobilisation sera meilleure qu'avec l'utilisation du matériel orthophonique classique (sous-hypothèse 3). Par ailleurs, nous pensons que l'utilisation de ces vidéos va entraîner une participation active du sujet pendant la séance et tout au long du programme (hypothèse 2). Enfin nous faisons l'hypothèse que l'outil, tel qu'il est créé, va correspondre aux besoins du thérapeute pour la mise en œuvre de ses objectifs thérapeutiques dans le domaine de la pragmatique (connaissance et reconnaissance des états mentaux, des émotions, système déductif/inductif, inférences logiques, cohérence/cohésion du discours, régie de l'échange...) (hypothèse 3). Dans ce cadre, nous pensons que le retour du thérapeute quant à la pertinence du support vidéo sera positif (sous-hypothèse 1), que le set d'activités, tel qu'il est créé, permettra de répondre aux besoins du rééducateur en matière d'entraînement aux habiletés pragmatiques (sous-hypothèse 2) et, enfin, que le thérapeute sera satisfait par le rythme des séances et de la prise en charge qu'implique le matériel proposé (sous-hypothèse 3).

Pour répondre à ces hypothèses nous nous basons sur une comparaison entre une rééducation à l'aide de l'outil vidéo et une stimulation pragmatique classique. Ces deux protocoles parallèles sont menés par nos soins au sein d'un IME auprès d'adolescents porteurs de DI. Cette comparaison nous permettra de discriminer les performances pragmatiques des sujets, leur implication dans la séance et l'aisance dans la mise en œuvre du projet thérapeutique pour le thérapeute.

5 METHODE

5.1 *Participants*

Notre population est composée de 3 adolescents pris en charge dans un SESSAD associé à un IME toulousain accueillant des jeunes de 12 ans à 20 ans. Au début de l'expérimentation, C (cas), scolarisée en 1^o année CAPA Horticulture, est âgée de 16 ans 1 mois, T1 (témoin 1), scolarisé en 3^o Préparatoire à l'Enseignement Professionnel, est âgé de 16 ans 7 mois et T2 (témoin 2), scolarisée en 4^o en ULIS Collège, est âgée de 14 ans.

Ces adolescents ont été recrutés sur la base de leur déficit pragmatique et d'un diagnostic médical de déficience intellectuelle (cf. Annexe II). Les difficultés pragmatiques ont été objectivées par l'orthophoniste qui les prend en charge habituellement dans la structure à l'aide d'une grille qualitative des habiletés pragmatiques inspirée des travaux de Françoise Coquet. La déficience intellectuelle a été diagnostiquée à l'aide de l'*Echelle de l'Intelligence de Wechsler (WISC)* ou de l'*Echelle non verbale d'Intelligence de Wechsler (WNV)* pour l'analyse du fonctionnement intellectuel et de l'*IADL (Instrumental Activity of Daily Living)* pour l'analyse qualitative du fonctionnement adaptatif.

Tous présentent une déficience intellectuelle légère d'origine non spécifique. Tous présentent un déficit sensoriel visuel. Aucun des participants ne présente de déficit moteur. Tous présentent des difficultés face à ce qui est non familier ainsi que des difficultés dans la gestion des émotions.

Le contenu de l'étude a fait l'objet d'une explication aux parents et aux participants. Le consentement écrit des parents (cf. Annexe I) et oral des participants a été recueilli avant le début du programme.

5.2 *Matériel*

5.2.1 LA CREATION DE L'OUTIL VIDEO ET DU SET D'ACTIVITES

5.2.1.1 *Les matériels et logiciels utilisés*

Nous avons tourné 8 films à l'aide d'une caméra SONY HDR-PJ410 pour cinq des films (« *Préparation du repas* », « *Réveil difficile* », « *Perdue en ville* », « *Rendez-vous amoureux* »,

« Rencontre »), d'une tablette Samsung Galaxy Tab a6 pour deux autres films (« Bulletin de notes » et « Chez l'opticien ») et de la caméra d'un appareil photo Nikon Coolpix S5100 pour le dernier film (« Apporter son aide »). Ces vidéos ont été montées à l'aide du logiciel iMovie 10.1.6 pour macOS X. Le visionnage des films lors des séances a été fait sur un ordinateur portable ASUS F555Y à partir du logiciel vidéo du système d'exploitation Windows 10. Le DVD a été élaboré à l'aide de logiciel iDVD pour macOS X. Les acteurs ayant participé gracieusement au tournage de ces films ont signé un formulaire de consentement de participation (cf. Annexe IX et IXbis).

5.2.1.2 Les films muets

Le nombre de films et leur contenu

Pour choisir le nombre de films à tourner et leur contenu, plusieurs critères ont été retenus. Ils concernent d'une part les impératifs liés à la durée du traitement et d'autre part la prise en compte des particularités socio-communicatives des sujets DI (pour une description détaillée du contenu des films, se reporter à l'annexe III).

Le premier critère est la durée du traitement qui a été choisie en tenant compte des spécificités cognitives des sujets. La généralisation des compétences et leur maintien est facilitée si le sujet DI a l'opportunité de mobiliser ces compétences à plusieurs reprises et dans différentes contextes (Wissick et al., 1999). Par ailleurs, face aux difficultés d'apprentissage de ces jeunes, il est indispensable de raisonner en mois lors de la mise en place des programmes d'intervention et de considérer, lors de la conception du programme la notion d'intensité ou « dosage » (Inserm, 2016, p.542). Il était donc nécessaire de proposer un nombre suffisant de situations de communication pour permettre une amélioration des compétences pragmatiques visées. Par ailleurs, afin d'éliminer l'effet d'apprentissage lors du post-test, un délai suffisamment long entre les deux phases de l'évaluation devait être respecté. Ainsi, nous avons choisi de concevoir huit films qui, à raison d'une séance par semaine (deux séances par film) et en considérant les congés scolaires, nous permettaient de mettre en œuvre le traitement sur une période de vingt-cinq semaines soit six mois environ.

Le deuxième critère considéré concerne les habiletés socio-communicatives que nous avons abordées en tenant compte des difficultés propres à notre population de référence. Ainsi, face à la restriction dans l'utilisation des actes de communication chez les sujets DI, il nous a paru important d'envisager l'élaboration des scénarii sociaux selon l'angle des fonctions de communication et de viser la variété des intentions communicatives des interactants. Nous nous

sommes pour cela appuyées sur la classification ontogénétique de A.M. Wetherby et C.A. Prutting (Wetherby & Prutting, 1984) et nous avons veillé à imaginer des situations interactionnelles qui balayent les trois domaines des fonctions de communication dites « interactives » listés par les auteurs : la régulation comportementale d'autrui (but non social), l'interaction sociale (but quasi-social) et l'attention conjointe (but social).

Par ailleurs, afin de travailler la reconnaissance des émotions, compétence qui pose des difficultés aux personnes DI, nous avons créé des scènes dans lesquelles les personnages mettent en œuvre une diversité importante d'émotions, de sentiments et de sensations pouvant être déduites de l'analyse des mimiques faciales mais aussi des gestes et du contexte de communication (cf.infra). Pour nous assurer de la diversité des émotions mises en jeu, nous nous sommes basées sur les classifications des émotions primaires de Paul Ekman (Ekman, Friesen, & Ellsworth, 1972) et de Carroll E. Izard (Izard, 1977). Par ailleurs, nous nous sommes appuyés sur les travaux de J. Cosnier (Cosnier, 2015) et nous avons illustré dans nos films la notion de « sentiment », nous avons inclus des émotions appartenant à ce que l'auteur appelle les « affects quotidiens » (ex : l'empathie) et les « émotions contrôlées » (ex : l'indifférence), et enfin nous avons mis en scène des ressentis relevant des « ratés du contrôle émotionnel » (ex : le stress).

Nous avons aussi estimé qu'il fallait être attentif aux gestes mis en image dans les scènes filmées et, pour cela, nous nous sommes nourries des réflexions de Jacques Cosnier (Cosnier, 1996; Cosnier & Vaysse, 1997) pour construire des scénarii mettant en œuvre une communication gestuelle variée. Celle-ci renvoie d'une part à l'élaboration du discours. Ce sont les gestes quasi-linguistiques conventionnés culturellement, les gestes co-verbaux (les gestes référentiels déictiques ou iconiques, les gestes expressifs traduisant les émotions/sensations, les paraverbaux ou gestes bâtons mimant la prosodie vocale) et les gestes synchronisateurs qui participent au « co-pilotage interactionnel » (Cosnier, 1996; Cosnier & Vaysse, 1997) ou à la « synchronie interactionnelle » (Condon & Ogston, 1966) (ex : regard, hochements de tête, mouvements signifiant par exemple l'alternance des tours de parole). Et, d'autre part, il existe des gestes extracommunicatifs qui sont des gestes de confort.

Enfin, face aux difficultés d'ajustement socio-communicatif des patients DI, il nous a paru nécessaire de balayer des situations sociales très variées mettant en jeu des « contextes circonstanciels » (Armengaud, 2010) au degré de familiarité divers. Pour nous assurer de la diversité des interactants en présence, nous nous sommes appuyées sur la notion de « Réseaux Relationnels » (« Social Network ») développée par Sarah W. Blackstone et Mary Hunt Berg

qui distribue les partenaires de communication sur des cercles concentriques, la position centrale étant occupée par le patient. Les auteurs distinguent ainsi cinq types de partenaires de communication : les partenaires à vie (cercle 1), les amis proches (cercle 2), les connaissances (cercle 3), les travailleurs salariés qui gravitent autour du patient (cercle 4, que nous n'avons pas gardé dans notre classification) et les partenaires non familiers (cercle 5) (Blackstone & Berg, 2012)

La rédaction des scripts, enfin, a été pensée dans le cadre théorique de la « cohérence/cohésion » du discours (Charolles, 1995). Ainsi, nous avons veillé, lors de l'écriture de ces scripts, à respecter les interactions qui existent entre les marques relationnelles cohésives qui favorisent la continuité discursive (connecteurs, anaphores, adverbes) et le contexte communicatif dans lequel les énoncés sont produits. Ces interactions sont un ensemble d'opérations inférentielles visant la « pertinence » (Sperber & Wilson, 1989) ou cohérence discursive.

La durée des films et les choix de tournage

Dans les études basées sur la rééducation à partir d'un outil vidéo, certains auteurs font le choix de films très courts d'une durée de 12 à 75 secondes. Il s'agit dans ce cas d'entraîner un comportement précis comme, par exemple, la demande d'aide (Morgan & Salzberg, 1992) ou bien une compétence procédurale comme la réalisation d'une recette de cuisine (Mechling & Gustafson, 2008). Quand l'objectif est l'amélioration des compétences sociales ou langagières la durée des films peut être plus longue, entre 3 et 5 minutes généralement (Buggey, 2005; Hetzroni & Banin, 2017). En considérant ces données de la littérature et au vu des difficultés mnésiques des patients DI, nous avons choisi de réaliser deux types de films : 4 films dits « courts » dont la durée varie de 1 min 02 s à 2 min, et 4 films dits « longs » dont la durée varie de 2 min 20 s à 4 min 22 s.

Dans les choix de tournage, nous avons privilégié les plans larges et fixes pour que le sujet ait le temps d'accéder pleinement au contexte circonstanciel de l'interaction. Cependant certains passages ont été filmés en plans rapprochés afin de faciliter la prise d'indices mimogestuels. Dans la mesure du possible, nous avons laissé peu d'éléments appartenant à la situation de communication dans un hors champ spatial ou temporel. Ainsi, la mise en jeu du processus déductif se fait sur des éléments présents visuellement et peut se poursuivre, en fonction des compétences du sujet, sur des éléments appartenant à un hors champ temporel, spatial ou psychique. Il s'agit de montrer au sujet la diversité des indices mis à sa disposition

pour comprendre la situation de communication autrement dit, de lui donner tous les indices visuels qu'il aurait eus dans la réalité s'il avait vécu la scène. Certains auteurs suggèrent qu'il y a une corrélation entre un nombre de comportements filmés réduit et les bonnes performances du sujet pour imiter ces comportements (Nikopoulos & Keenan, 2003). Nous avons donc fait le choix de scènes qui respectent une unité d'espace et de temps (excepté pour deux films « *Préparation du repas* » et « *Réveil difficile* » pour lesquels l'unité d'espace a été rompue) et mettant en jeu un seul événement interactionnel, limitant ainsi le nombre de comportements communicationnels des interlocuteurs.

5.2.1.3 *Le set d'activités*

Les exercices du set d'activités accompagnant les films (cf. Annexe IV) ont été pensés avec pour objectif l'établissement de liens par le patient entre le stimulus créé par la situation d'interaction filmée, la réponse des interlocuteurs et les conséquences de cette réponse sur l'évolution de la situation communicative. La prise en compte de cette triade stimulus-réponse-conséquence (Morgan & Salzberg, 1992), nous a amené à créer six types d'activités en lien avec les processus cognitifs mis en jeu lors d'une interaction sociale à savoir l'encodage social, l'empathie sociale et le raisonnement social (Vicky, 2017) et en lien avec les processus comportementaux impliqués, langagiers ou non langagiers, à savoir, l'intentionnalité de la communication, la régulation de l'échange, l'adaptation et l'organisation de l'information (Coquet, 2005). Notre modèle d'intervention sous-jacent, basé sur les travaux de Catherine Adams, est donc tridimensionnel puisqu'il intègre les trois aspects qui régissent les habiletés pragmatiques : l'aspect social (inférences sociales, empathie, compréhension émotionnelle), l'aspect cognitif (implicite, inférences) et l'aspect linguistique (narration, habiletés conversationnelles, actes de langage) (C. Adams, 2003).

La première série d'exercices intitulée « *Que se passe-t-il ?* » permet de travailler le processus d'encodage social. A partir de la perception d'indices sociaux constituant les éléments principaux de l'interaction (interlocuteurs en présence, contexte spatio-temporel et intrigue), le patient interprète la situation en confrontant les indices perçus à des schèmes sociaux déjà stockés en mémoire lors d'expériences passées. Ce travail passe par des questions ouvertes concernant la macro-structure du film (exercices 1 et 3) mais aussi par des exercices plus guidés avec des repérages d'incongruités (exercices 2 et 4).

Le chapitre « *Que disent-ils ?* » permet de travailler le processus de raisonnement social, la communication référentielle (Monfort et al., 2005) et les quatre comportements cités par

Françoise Coquet dans leur composante langagière. Après avoir visionné des fractions de films, le patient imagine les propos qu'ont pu tenir les interactants et crée de courts dialogues. Par ailleurs, il est invité à repérer, dans des répliques qui lui sont proposées à lire, des éléments de dialogue entrant en contradiction avec la mimogestualité du locuteur, allant à l'encontre des règles de coopération (Grice, 1979) ou bien reflétant l'inadaptation d'un personnage à son interlocuteur ou un non-respect des routines sociales

Le chapitre suivant intitulé « *Que ressentent-ils ?* » rassemble des exercices mettant en jeu l'empathie sociale, c'est-à-dire la capacité à identifier les émotions des interlocuteurs, et le raisonnement social qui concerne ici, la mise en lien entre le comportement non verbal et les émotions ressenties. L'objectif des exercices est un travail sur la reconnaissance et l'identification émotionnelle car il est montré que les émotions jouent un rôle fondamental dans la perception et l'encodage des indices sociaux (Vicky, 2017). Nous avons pour cela choisi d'embrasser les 4 composantes du « syndrome émotionnel » (Plantin, 2015). La composante psychique en tant qu'« éprouvé psychologique subjectif », est mise en évidence lors de l'identification par le patient des émotions ressenties par les personnages (exercices 1 et 2). Ce travail sur l'identification des ressentis en tant qu'entité intrapersonnelle se fait progressivement par une dénomination des ressentis à partir de passages sélectionnés et visionnés puis de manière plus étayée, par un travail d'appariement, le thérapeute proposant une série d'étiquettes « émotions » (nom de l'émotion, phrases, expressions idiomatiques) à positionner sous des photogrammes du film. La composante neuro-biologique (modification corporelle interne), si elle n'est pas visible dans les films, peut être déduite grâce à un travail métacognitif basé sur l'expérience personnelle du patient à partir de questions posées par le thérapeute. La troisième composante est dite « comportementale ». Il s'agit pour le patient de repérer des mimiques et des postures « symptomatiques » de telle ou telle émotion (nous écartons ici l'aspect vocal car nos films sont muets mais cet aspect peut être travaillé lors de la rédaction des dialogues pour lesquels le thérapeute peut proposer une lecture expressive avec mise en jeu de la prosodie émotionnelle). La possibilité d'arrêt sur image lors du travail en séance permet de combiner l'approche dynamique et l'approche statique de la perception émotionnelle et facilite le repérage de la participation kinésique dans l'échange émotionnel. Le but du thérapeute est à la fois un travail sur la « qualité » de l'émotion portée par les mimiques faciales et sur l'intensité émotionnelle, portée par les gestes, les postures ou la tonicité corporelle (Cosnier, 1996; Ekman, Levenson, & Friesen, 1983). La composante cognitive, enfin, est en lien avec l'analyse de la

situation sociale. Grâce à la contextualisation des émotions/sentiments/ressentis dans une situation de communication précise, le sujet met en œuvre un processus de raisonnement social.

Dans les chapitres « *Que peuvent-ils penser ?* » et « *Que veulent-ils ?* », le sujet met en jeu des compétences d'empathie sociale, de théorie de l'esprit (Baron-Cohen, Leslie, & Frith, 1985) et d'intersubjectivité (Trevorthen & Aitken, 2001) lui permettant de mener à bien la régulation de l'échange. Dans la première série d'exercices, le patient est amené à imaginer les états mentaux que peuvent avoir les personnages du film puis à repérer des incongruités présentes dans des pensées qui lui sont proposées. La deuxième série d'exercices a pour but le repérage des intentions communicatives portées par les gestes des interlocuteurs.

Le dernier chapitre, intitulé « *Imaginer* », sollicite le patient sur ses capacités à imaginer ce qui peut se passer avant ou après la scène (exercices 1 et 2) et amène le sujet à se questionner sur d'autres possibles à l'histoire (exercice 3). Ce chapitre met donc en jeu le raisonnement social et la technique utilisée est comparable à celle du video-prompting (variante du video modeling) et qui consiste à proposer une scène filmée dans laquelle le comportement travaillé n'est pas filmé en entier (Alberto et al., 2005).

Les capacités de métacognition, et plus spécifiquement métapragmatiques, également déficitaires chez les sujets DI (Pennequin, Sorel, Nanty, & Fontaine, 2011), les capacités d'inférence et le langage élaboré sont travaillés en transversal dans chacun des chapitres décrits ci-dessus. Pour ce qui est plus spécifiquement des habiletés métapragmatiques, elles sont travaillées par le biais d'explicitations verbales comme le propose Josie Bernicot reprise par Virginie Dardier (Dardier, 2004), en passant par un processus conscient (Büchel & Paour, 2005).

Enfin, le set d'activités comprend pour chaque film un préambule intitulé « *Informations à destination du thérapeute* » et comportant des informations sur la durée du film, les partenaires de communication, le contexte circonstanciel, le schéma narratif, les émotions/sentiments/sensations, la mimogestualité, les fonctions de communication et une proposition de dialogue. Ces informations permettent au rééducateur de choisir un film qui correspond à ses objectifs thérapeutiques.

5.2.2 LA SÉLECTION DU MATÉRIEL POUR LES TÉMOINS ET LA CRÉATION DES ACTIVITÉS ASSOCIÉES

Les supports utilisés pour les deux patients témoins de l'étude ont été sélectionnés dans du matériel classique de rééducation orthophonique de la pragmatique. La sélection de ce

matériel a été faite après un travail de classement en différents domaines de l'ensemble des outils que nous avons à disposition et pouvant être reliés aux choix méthodologiques effectués sur le set d'activités : 1. Causes-Effets ; 2. Emotions ; 3. Orientation temporelle-Histoires séquentielles ; 4. Inférences-Déduction-Implicite ; 5. Mimogestualité ; 6. Habiletés sociales ; 7. Théorie de l'esprit ; 8. Incongruités ; 9. Langage élaboré-Similitudes ; 10. Capacités discursives. Elle regroupe des outils iconographiques (dessins ou photos) et verbaux (textes écrits) et exclut tout matériel cinématographique.

Les activités associées au matériel ont été créées avec pour objectif de travailler des compétences similaires au set d'activités accompagnant les films muets à savoir : l'identification du contexte de communication, la mise en dialogue d'une situation interactive, les compétences mentalistes (émotions, pensées, intentions), les capacités d'imagination, de déduction et d'abstraction, l'implicite, le langage élaboré et la métapragmatique.

5.3 Cadre expérimental

Le cadre expérimental de notre travail est une étude pilote destinée à examiner la pertinence de l'utilisation de scènes muettes filmées de la vie quotidienne dans la prise en charge d'adolescents porteurs de déficience intellectuelle légère. Il comporte une phase de pré-pilotage de l'outil et une phase d'intervention (rééducation des compétences pragmatiques à l'aide de l'outil vidéo proposée à un patient-cas vs à l'aide d'outils classiques orthophoniques proposée à deux patients-témoins) menées par nos soins, et deux phases d'évaluation proches de l'intervention (une évaluation pré-traitement et une évaluation post-traitement) menées par l'orthophoniste qui prend en charge habituellement ces adolescents. Ces différentes étapes ont eu lieu dans le bureau de l'orthophoniste au sein de l'IME sur le temps d'accueil décidé pour ces jeunes par l'équipe pour l'année scolaire 2017-2018.

5.3.1 LE PRE-PILOTAGE DE L'OUTIL VIDEO

Afin de vérifier la viabilité de notre programme basé sur l'outil vidéo, nous avons administré une partie du protocole à deux sujets tout-venant âgés de 12 ans 1 mois et 10 ans 6 mois et à quatre sujets porteurs de déficience intellectuelle âgés de 13 ans, 14 ans 1 mois, 14 ans 5 mois et 14 ans 5 mois. Nous avons sélectionné deux films parmi les huit que contient le programme : un film long intitulé « *Rendez-vous amoureux* » (durée : 3 min 15 s) dans lequel

interagissent des partenaires de communication familiers (un homme et sa fiancée) et un film court intitulé « *Perdue en ville* » (durée : 1 min 02 s) dans lequel interagissent des partenaires de communication non familiers (une touriste et un passant). Chaque sujet a visionné un film et réalisé, à l'oral, l'ensemble des activités du set conçu pour chaque film.

Cette application à petite échelle nous a permis de préciser le temps d'intervention nécessaire pour l'exploitation d'un film. Ce temps a été fixé à 2 séances de 45 minutes afin de pouvoir réaliser les tâches écrites prévues dans le set et afin de voir comment le sujet réactive le contenu du film d'une séance sur l'autre. Par ailleurs, dans cette phase, nous avons pu mettre en évidence des erreurs de conception qui ont donc pu être corrigées avant le début du programme. Ainsi, nous avons apporté des modifications matérielles (agrandissement de l'impression de photogrammes extraits des films, plastification d'une partie du matériel pour des facilités de manipulation) et conceptuelles (suppression d'un exercice peu pertinent).

5.3.2 L'INTERVENTION ORTHOPHONIQUE

Le programme de stimulation pragmatique a été mené par nous-mêmes et a été réalisé en 16 séances de 45 minutes à raison d'une séance par semaine. C. (cas) a été rééduquée à l'aide des scènes muettes filmées de la vie quotidienne. Il a été consacré à chaque film deux séances consécutives. T1 (témoin 1) et T2 (témoin 2) ont été rééduqués à l'aide de supports classiques de stimulation de la pragmatique tels que des histoires séquentielles, des photos, des dessins ou des scénarii sociaux imagés. Il a été proposé pour les témoins entre un et trois supports par séance.

5.3.3 LES PHASES D'ÉVALUATION

Les deux phases d'évaluation proches du traitement (pré-test : une semaine avant le début de l'intervention et post-test : une semaine après la fin de l'intervention) permettent d'évaluer l'impact de la rééducation sur les compétences pragmatiques des participants. Pour mener ces évaluations, nous avons sélectionné deux tâches dans la batterie informatisée EXALANG 11-15 (Lenfant, Thibault, & Helloin, 2009). Au vu de la déficience intellectuelle, nous avons opté pour un test qui ne suit pas l'âge chronologique de deux de nos sujets mais qui est en adéquation avec leur âge développemental. L'orthophoniste prenant habituellement en charge les participants a administré individuellement deux subtests : « Hâbleries pragmatiques » et « Traitement des inférences ». Aucun des items apparaissant dans ces tâches n'a été utilisé dans le cadre du programme d'intervention.

5.4 Mesures et analyse des données

Pour évaluer la pertinence de notre outil, nous avons utilisé des mesures quantitatives et qualitatives selon trois critères de jugement : les compétences pragmatiques du sujet, la réponse du sujet face aux outils proposés, le retour du thérapeute suite à l'utilisation de l'outil. A partir de ces mesures nous avons effectué une comparaison intra-individuelle pré/post-traitement ainsi qu'une comparaison inter-individuelle cas vs témoins.

5.4.1 LES COMPETENCES PRAGMATIQUES

Les compétences pragmatiques ont été évaluées de façon ponctuelle durant le pré-test et le post-test avec l'outil EXALang 11-15 (Lenfant et al., 2009) :

- La tâche d'habiletés pragmatiques :

La tâche d'habiletés pragmatiques mesure les capacités d'utilisation du langage en tant qu'outil de communication, en tenant compte du contexte. Les participants doivent retrouver « le sens d'un idiome, trouver le référent approprié d'une phrase, comprendre le sens d'une critique cinématographique ou musicale, s'intéresser au sens de l'énoncé dans son entier en décryptant les jeux de mots, reconnaître quel est le genre d'écrit proposé, attribuer un titre à une image, attribuer les bons énoncés à une situation imagée. Le patient valide lui-même ses réponses en cochant sur la case adéquate » (manuel, p.59).

- La tâche de traitement des inférences

La tâche de traitement des inférences mesure les capacités de traitement des informations non explicites. Les participants doivent répondre oralement à une question apparaissant sur l'écran et l'examineur valide avec les touches O (oui) et N (non) du clavier.

Par ailleurs, nous avons évalué le comportement des sujets de façon continue au fil des séances à l'aide d'une grille qualitative inspirée des travaux de Françoise Coquet (Coquet, 2005) et dont les critères sont les suivants : l'intentionnalité de la communication, la régie de l'échange, l'adaptation et l'organisation de l'information. Nous y avons adjoint deux critères : la capacité d'abstraction (polysémie, métaphores, similitudes...) et les compétences métapragmatiques (cf. Annexe V). Nous avons retenu trois types de réponse : le sujet répond spontanément ou à l'aide d'un étayage normal, le sujet a besoin d'un étayage soutenu pour produire une réponse adaptée, le sujet ne produit pas de réponse malgré un étayage soutenu et a besoin d'une modélisation du thérapeute. Ces réponses ont fait l'objet d'une analyse

qualitative ainsi que d'une quantification au sein des séances lors des exercices proposés (exceptées pour les compétences métapragmatiques qui n'ont été traitées que d'un point de vue qualitatif).

5.4.2 LE COMPORTEMENT DU SUJET FACE AUX OUTILS PROPOSES

Pour permettre une analyse qualitative de la réponse du sujet face aux outils proposés, nous avons créé une grille remplie en fin de séance par le thérapeute et explorant le comportement affectif et cognitif du patient. Les paramètres retenus sont les suivants : l'acceptation du patient à venir en séance, la participation active pendant la séance, la capacité à faire des liens entre les séances (cf. Annexe VI).

5.4.3 LE RETOUR DU THERAPEUTE QUANT A LA CONCEPTION DE L'OUTIL

L'investissement des outils par le thérapeute et son retour quant à la conception ont été évalués qualitativement à l'aide d'une grille incrémentée à l'issue des séances et prenant en compte des critères qui concernent d'une part l'utilisation de l'outil et des activités qui lui sont associées et d'autre part le déroulement des séances. (cf. Annexe VII)

5.5 Programme de l'intervention orthophonique

Le programme de l'intervention orthophonique a pour but, pour le cas comme pour les témoins, d'améliorer les compétences pragmatiques des participants afin d'améliorer les habiletés sociales et de réduire les troubles du comportement facilitant ainsi l'intégration sociale et professionnelle de ces jeunes.

5.5.1 PROTOCOLE POUR LES SCENES MUETTES FILMEES DE LA VIE QUOTIDIENNE (CAS)

Lors de la première séance, le sujet visionne une première fois entièrement la scène filmée (le thérapeute n'intervient pas) puis répond aux tâches proposées dans le premier chapitre (« *Que se passe-t-il ?* ») avec étayage de l'adulte si nécessaire. Ensuite, l'orthophoniste procède à des visionnages fractionnés du film afin de mener les tâches de rédaction de dialogue et de communication référentielle du deuxième chapitre (« *Que disent-ils ?* »). Au début de la deuxième séance, l'adulte sollicite le sujet afin qu'il rappelle le contenu global du film puis

propose un visionnage complet comme lors de la première séance. Il accompagne ensuite le patient sur un travail autour des émotions et sensations (« *Que ressentent-ils ?* »), des états mentaux (« *Que peuvent-ils penser ?* ») et des intentions des personnages (« *Que veulent-ils ?* »). Lors de ces trois chapitres du set d'activités, le thérapeute combine la prise d'indices en dynamique et la prise d'indices en statique avec de nombreux arrêts sur image. L'orthophoniste vise ici la perception des indices fins (gestes rapides) et une certaine exhaustivité dans le repérage des indices contextuels et mimogestuels. La deuxième séance se clôture sur un chapitre faisant appel aux capacités d'imagination du participant avec un travail sur le hors champ temporel (activités des personnages avant et après la scène) et sur la flexibilité mentale (les autres possibles).

L'objectif du thérapeute est aussi de mettre en œuvre des compétences transversales cognitives comme la logique, la déduction et la génération d'inférences. Il s'agit en outre de mobiliser le langage élaboré en expression et en compréhension et de travailler les compétences métapragmatiques.

Le choix dans l'ordre de présentation des films au cours des 16 semaines de traitement a été fait sur des critères de degré de familiarité de la scène pour le patient et de longueur du film. Ainsi, pour la première séance, un film court et familier a été proposé (« *Le bulletin de note* ») afin de mettre le patient en condition de réussite tandis que nous avons réservé un film long et non familier pour la dernière séance (« *Chez l'opticien* »).

5.5.2 PROTOCOLE POUR LA STIMULATION PRAGMATIQUE A L'AIDE D'OUTILS CLASSIQUES ORTHOPHONIQUES (TEMOINS)

A partir d'un à trois supports par séance, l'orthophoniste propose des activités qui amènent les participants à mobiliser des compétences identiques à celles travaillées dans le set d'activités des films muets : l'identification de la situation de communication, la mise en dialogue de la situation, les compétences mentalistes (émotions, pensées, intentions) et les capacités d'imagination. Il travaille à partir de supports visuels iconographiques ou écrits tels que des images séquentielles, des scénarii sociaux sous forme de bandes dessinées, des dessins sollicitant la communication référentielle ou des textes contenant des incongruités (cf. Annexe VIII).

5.5.3 POSTURE DU THERAPEUTE

Il est à noter en premier lieu que notre posture thérapeutique s'inscrit dans une perspective dialogique. Ainsi, à la suite de Vygotski et de Bruner, mais aussi des théoriciens de la cognition située (Moro, 2001), nous avons pris en considération les aspects sociaux et cognitifs qui conditionnent les échanges entre les partenaires de communication en général, et le thérapeute et son patient en particulier. Nous avons considéré dans notre positionnement que le développement de la cognition est assis sur une construction sociale ancrée dans un contexte (le cadre de la séance d'orthophonie pour notre part) et sur une collaboration entre les individus (entre le tuteur et le tutoré, entre le patient et son thérapeute). Pour qualifier cette collaboration, c'est-à-dire les interactions de tutelle qui ont guidé notre travail lors de l'étude, nous nous sommes inspirées des travaux d'Isabelle Soidet (Soidet, 2006) qui distingue cinq dynamiques interactionnelles lors d'un tutorat. Dans les trois premières (« sans aide », « accompagnement » et « étayage ponctuel »), c'est le tutoré qui est le plus actif. C'est ce que nous avons qualifié de « réponse spontanée du sujet/étayage normal » dans notre grille d'analyse qualitative des habiletés pragmatiques. Lors de cette dynamique d'échange, le thérapeute est soit en retrait, soit il accompagne le tutoré dans sa réponse par des feedback, soit il intervient ponctuellement pour compléter la réponse ou la corriger. Lors de la dynamique d'« étayage argumenté », les deux interactants sont actifs et le tuteur agit sur la réponse en développant une argumentation. C'est ce que nous avons qualifié d'« étayage soutenu » dans notre propre grille d'observation. Enfin, la dynamique de « modélisation » (dont nous avons repris le terme dans notre grille) se caractérise par une action importante du tuteur qui réalise la tâche à la place du tutoré, lui proposant ainsi un modèle de réponse.

En deuxième lieu, il est important de signaler que nous avons adapté notre positionnement thérapeutique en fonction des spécificités des sujets DI. Ainsi, suivant les recommandations établies par Marc Monfort (Monfort et al., 2005), nous avons veillé à établir des liens entre le contexte social d'utilisation du langage et l'apprentissage verbal. Par ailleurs, nous nous sommes attachées à viser l'apprentissage sans erreur afin d'éviter la fixation des erreurs, phénomène fréquent chez ces patients pour qui l'analyse métacognitive du repérage d'une erreur et donc l'auto-correction sont complexes. Enfin nous avons choisi d'aller vers une complexification progressive des situations de communication proposées et, suivant les conseils de Arguel et Jamet (2009), nous avons fractionné le travail en petites étapes pour diminuer la charge mnésique. En ce qui concerne nos interventions verbales, nous nous sommes inspirés des préconisations de Schalick et al. (2012) et nous avons été attentifs à ralentir le rythme de

parole pour favoriser la qualité de la communication réceptive, à utiliser des phrases plus simples, à répéter les informations verbales si nécessaire (ainsi que les informations visuelles par le visionnage de certains extraits dans le cas des films longs) pour contourner le déficit mnésique. Parfois, nous avons utilisé la communication gestuelle pour compléter l'information verbale (ex : pointage d'un élément visuel de la vidéo après arrêt sur image) et nous avons été attentifs aux signaux non verbaux émis par le patient (notamment les signes de fatigue rarement exprimés par le biais de la modalité verbale chez nos patients). Nous avons laissé le temps au sujet d'initier le thème en respectant le temps de latence qui est souvent présent dans la DI. La compréhension du patient a été vérifiée en incorporant, dans les activités proposées, des questions ouvertes mais aussi plus fermées. Enfin, pour soutenir l'expression des sujets nous avons parfois donné des amorces et reformulé les propos du patient.

6 ANALYSE DES RESULTATS

6.1 Résultats concernant les compétences pragmatiques

6.1.1 RESULTATS QUANTITATIFS

Le seuil pathologique est fixé à -1.65 E.T. dans Exalang 11-15.

6.1.1.1 Résultats à la tâche d'habiletés pragmatiques

Concernant la tâche d'habiletés pragmatiques, on constate une amélioration des compétences pour C. et pour T1. Une diminution des performances est observée chez T2. L'amélioration la plus importante est relevée chez T1 (cf. Tableau 1).

Tableau 1
Score en écart-type et évolution du sujet à la tâche d'habiletés pragmatiques

	<i>Pré-test (E.T.)</i>	<i>Post-test (E.T.)</i>	<i>Evolution</i>
<i>C</i>	-2.43	-1.71	+0.72
<i>T1</i>	-0.29	0.79	+1.08
<i>T2</i>	-2.33	-2.65	-0.32

6.1.1.2 Résultats à la tâche de traitement des inférences

Concernant la tâche de traitement des inférences, on constate que les trois sujets ont vu leurs compétences s'améliorer entre le pré-test et le post-test. L'amélioration la plus importante est relevée chez le cas (cf. Tableau 2).

Tableau 2

Score en écart-type et évolution du sujet à la tâche de traitement des inférences

	<i>Pré-test (E.T.)</i>	<i>Post-test (E.T.)</i>	<i>Evolution</i>
<i>C</i>	-2.57	-1.34	+1.23
<i>T1</i>	-0.72	-0.1	+0.62
<i>T2</i>	-4.14	-3.46	+0.68

6.1.2 RESULTATS DE L'OBSERVATION QUALITATIVE AU FIL DES SEANCES

6.1.2.1 Résultat global

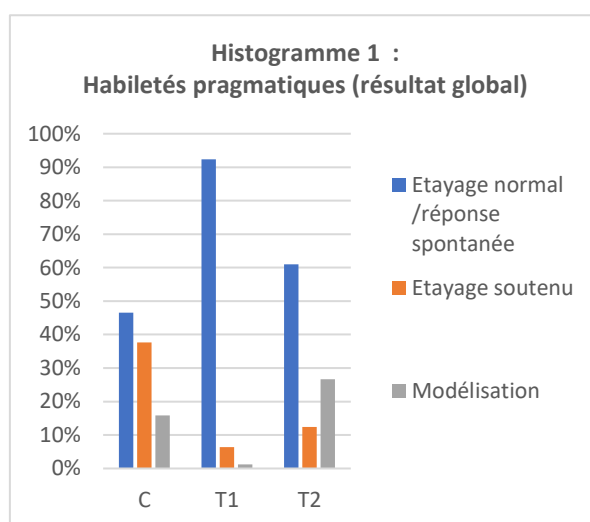
Ces résultats illustrent les réponses des patients en situation contrôlée (séance d'orthophonie). Il est à noter que leurs performances diffèrent en situation naturelle.

Ainsi sur les temps informels conversationnels, nous avons pu noter les bonnes capacités communicationnelles de C. qui, si elle n'initie pas souvent l'échange, est capable de développer son propos en prenant en compte le savoir de l'interlocuteur, en dosant la quantité d'informations à fournir et en respectant les tours de parole. Elle a une bonne stabilité du regard, elle est à l'écoute des besoins communicationnels de son interlocuteur et sait préciser sa pensée si on lui en fait la demande. En revanche, les résultats ci-dessous montrent qu'en situation contrôlée, une inhibition s'installe nécessitant une aide appuyée du thérapeute pour parvenir à répondre. Parfois cette aide s'avère inefficace et un étayage par modélisation doit être apporté.

Pour T1, au contraire, nous notons que la situation dirigée de la séance d'orthophonie permet un contrôle exécutif fort entraînant de très bonnes performances sur le plan pragmatique mais on ne retrouve pas ces performances en contexte naturel. En effet, lors des échanges spontanés, T1 ne parvient pas toujours à prendre en compte conjointement les différents aspects de la communication (aspect situationnel, conversationnel et sémantique). Ainsi, il considère peu l'interlocuteur pour adapter son discours (excès d'informations), il fait souvent des digressions et produit des commentaires annexes qui montrent un défaut d'inhibition important. Le regard n'est pas toujours stable même si T1 demeure présent dans la relation. On note

souvent un manque de tact et l'utilisation d'un vocabulaire très familier signant un défaut d'adaptation à l'interlocuteur.

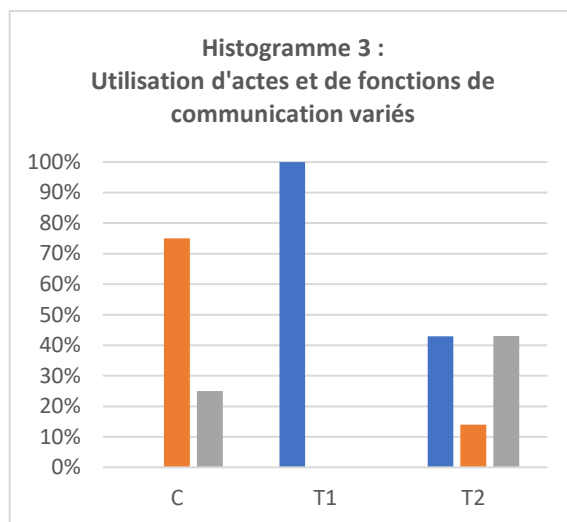
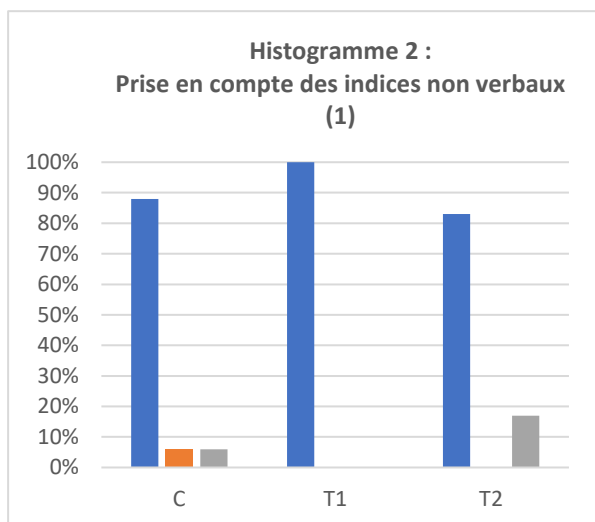
Enfin pour T2, il existe aussi un décalage entre la situation contrôlée de la séance d'orthophonie, pendant laquelle elle parvient à développer d'assez bonnes performances pragmatiques, et les temps informels durant lesquels elle montre une hypospontanéité verbale importante caractérisée par des phrases courtes, un propos peu détaillé nécessitant que l'interlocuteur la questionne souvent pour avoir une information complète. Le regard peut parfois être fuyant mais T2 reste dans l'échange communicationnel. Il existe, par ailleurs, des rigidités avec l'utilisation de certaines formules qui donnent l'impression d'être plaquées et qui manquent de spontanéité.



6.1.2.2 Intentionnalité de la communication

Sur le versant réceptif, la prise en compte des éléments visuels non verbaux (mimiques, gestes, postures, proxémique) et leur mise en lien avec les intentions communicatives des personnages se fait de manière spontanée sans aide ou avec un étayage léger de la part du thérapeute pour les trois sujets (cf. Histogramme 2).

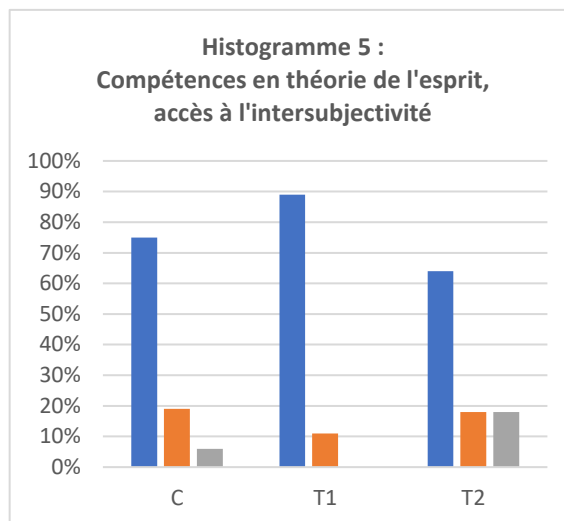
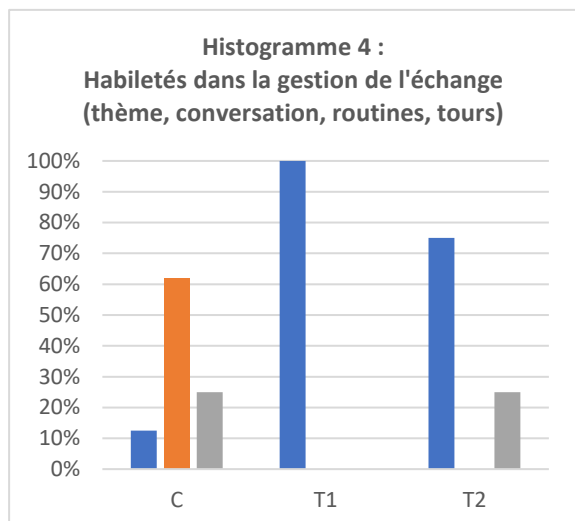
Sur le versant expressif, en dépit d'une identification généralement claire du but de l'échange, C. et T2 ont besoin d'un étayage soutenu pour utiliser, dans l'élaboration des dialogues, des actes et de fonctions de communication variés. Cet étayage s'avère parfois inefficace et ne permet pas la réponse adéquate des sujets. Un étayage par la modélisation est alors proposé. Pour T1, l'expression de l'intentionnalité dans l'échange est efficace (cf. Histogramme 3).



6.1.2.3 Régie de l'échange

En ce qui concerne les habiletés expressives conversationnelles (cf. Histogramme 4), T1 et T2 n'ont pas de difficultés dans l'utilisation des routines sociales alors que pour C. cet usage n'est pas systématisé et nécessite un feed-back du thérapeute pour parvenir à une auto-correction. La gestion de la conversation et du thème ainsi que le respect des tours de parole sont adaptés pour T1. Pour T2 et C, il existe un défaut de fluidité dans la régulation de l'échange en lien avec un manque de tact pour T2 et un défaut d'élaboration morphosyntaxique pour C. Pour cette dernière, on note en outre la nécessité d'un étayage soutenu pour adapter la longueur des répliques à la mimogestualité labiale (respect des tours de parole).

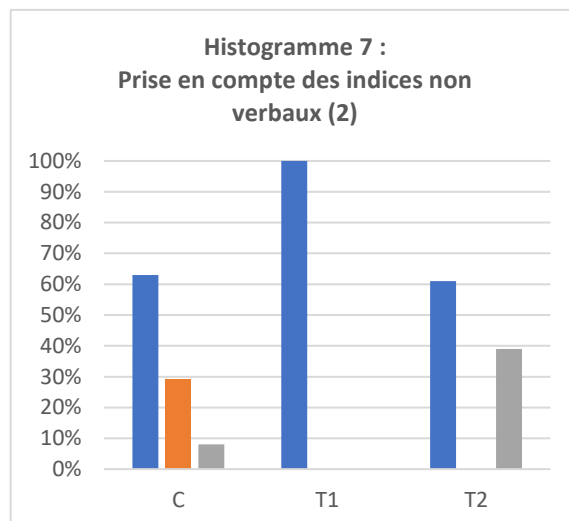
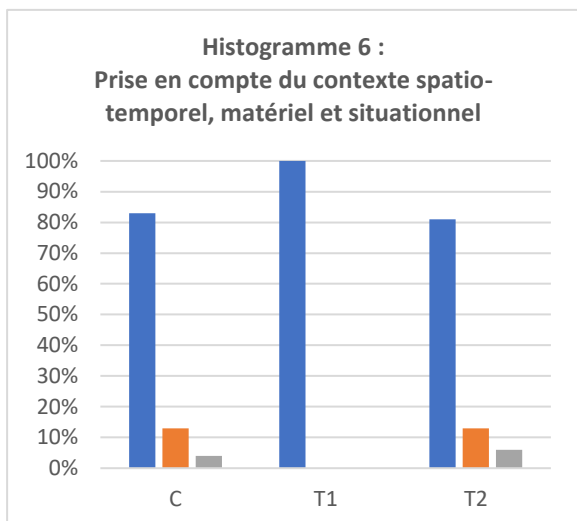
Les compétences en théorie de l'esprit sont globalement bonnes pour les trois sujets (cf. Histogramme 5). Cependant, C. peut être en difficulté pour envisager des pensées qui entrent en conflit avec les indices mimogestuels, T1 peut avoir tendance à faire des associations d'idées atypiques quand il élabore les pensées des personnages et T2 a parfois besoin d'un étayage appuyé du rééducateur pour la mise en mots des pensées des personnages en lien avec une confusion entre les dires des personnages et leurs pensées.



6.1.2.4 Adaptation

Pour ce qui a trait à la prise en compte du contexte spatio-temporel, matériel et situationnel (cf. Histogramme 6), les trois sujets parviennent sans difficultés à repérer des indices concrets pour faire référence de manière globale à la situation, pour envisager d'autres possibles ou pour imaginer ce qui s'est passé avant ou après la scène. On notera cependant que pour C., deux situations filmées (« Rencontre » et « Chez l'opticien ») ont nécessité un étayage plus soutenu du thérapeute et que pour T2, il est difficile de proposer une suite à la scène. Dans ce cas, l'apport du matériel imagé *Speech* (référence en annexe VII) est un soutien intéressant.

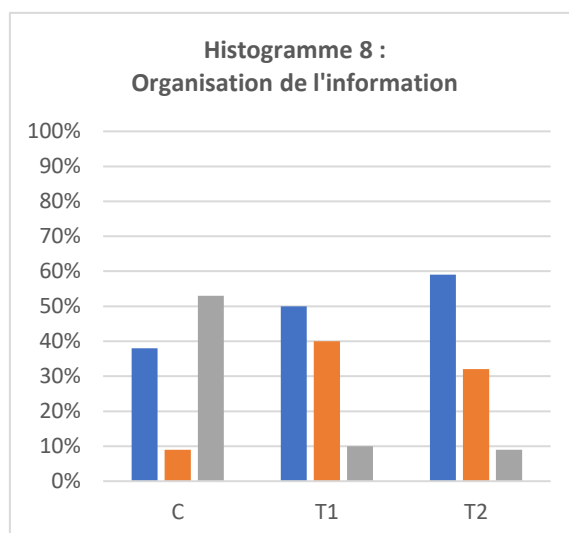
En ce qui concerne la prise en compte des indices non verbaux (cf. Histogramme 7), les trois sujets parviennent facilement à faire référence au langage corporel apparaissant dans les situations sociales proposées. Quand il s'agit d'émotions complexes (ex : soulagement), C. a besoin d'un étayage plus appuyé. C. et T1 établissent des liens entre ces indices et l'état émotionnel ou physique de la personne concernée, ce qui n'est pas toujours le cas pour T2. Il en découle un défaut d'ajustement à l'interlocuteur qu'on ne retrouve pas chez C. ni chez T1, en situation contrôlée tout du moins. La dénomination spontanée des émotions est parfois compliquée pour C. et pour T2.



6.1.2.5 Organisation de l'information

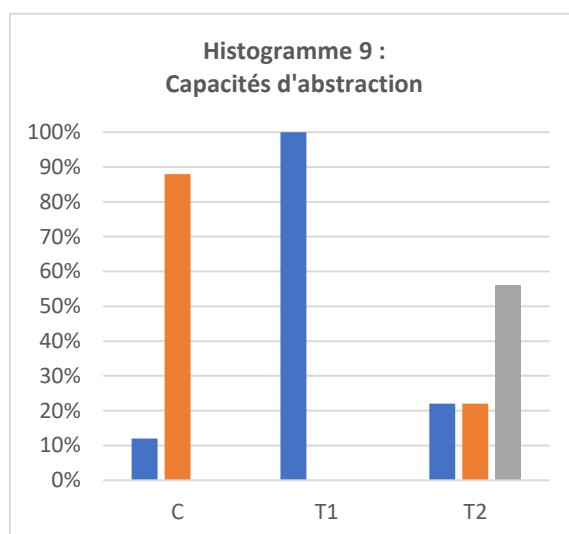
A propos de l'organisation de l'information (cf. Histogramme 8), C. et T1 ont besoin d'un étayage soutenu pour produire un discours cohérent/cohésif et respectant les règles de coopération conversationnelle. On note chez C. un défaut dans la quantité d'informations transmises, une absence fréquente de référents et une pauvreté morphosyntaxique. Pour T1, malgré un bon niveau morphosyntaxique et lexical, on relève de nombreuses digressions, un excès d'informations en comparaison à la question posée et, parfois, une absence de liens logiques dans l'enchaînement des idées.

Le comportement de T2 dans ce domaine est moyen. On note une dissociation entre les bonnes compétences de cohérence/cohésion dans la rédaction des dialogues et les défauts d'organisation discursive dans les exercices moins structurés d'imagination.



6.1.2.6 Capacités d'abstraction

La compréhension du langage non littéral, de la polysémie, l'explication de proverbes, de métaphores ou de similitudes posent des difficultés importantes à C. et T2. La compréhension intuitive d'expressions inconnues par la généralisation est complexe ainsi que l'accès au sarcasme ou à l'ironie. Au contraire, T1 a de très bonnes capacités d'abstraction ce qui lui permet de saisir parfaitement les demandes indirectes et d'accéder au langage élaboré (cf. Histogramme 9).



6.1.2.7 Compétences métapragmatiques

Les trois sujets ont des difficultés importantes pour se représenter les usages du langage. Ils ne peuvent prédire les conséquences d'un énoncé qu'avec un étayage appuyé du thérapeute. Une aide soutenue leur est nécessaire pour pouvoir évaluer leur propre utilisation du langage.

6.2 Résultats concernant le comportement du sujet face aux outils proposés

Critère 1 : le sujet accepte de venir à la séance

Les trois sujets ont accepté de venir à chacune des 16 séances proposées mais la motivation à se rendre en séance s'est avérée variable d'un patient à l'autre.

C. n'a jamais montré de signes de lassitude et la relation thérapeutique s'est installée rapidement (3 séances). Pour T1 en revanche, l'adhésion a été plus longue à obtenir (6 séances).

Pour T2 enfin, la relation thérapeutique s'est installée rapidement (3 séances) mais, à mi-programme, un comportement de repli et d'opposition est apparu.

Critère 2 : Le sujet participe activement à la séance

C. a toujours manifesté beaucoup d'intérêt pour les films et les exercices associés. Ils ont suscité des réactions nombreuses et variées chez elle : intérêt, surprise, adhésion, rires, opposition... En ce qui concerne le contenu des films, une scène seulement (« *Rencontre* ») s'est avérée être au-dessus de la Zone Proximale de Développement (Vygotski, 2013) et a nécessité un soutien fort du thérapeute pour que C. accède à la compréhension globale de la situation de communication et ne se décourage pas. Le film « *Chez l'opticien* », sans être au-dessus de la ZPD, a pu provoquer des difficultés, ainsi qu'un passage du film « *Préparation du repas* ». Pour ce qui est de la durée des films, un léger retrait attentionnel durant le visionnage des films longs a été constaté nécessitant un deuxième visionnage à la demande du sujet. Concernant le contenu des exercices, la répétition à l'identique des activités pour chacun des films n'a pas provoqué de lassitude. On a plutôt noté une amélioration de l'investissement du sujet dans les activités en fin de programme du fait de cette modalité répétitive, notamment pour les questions ouvertes qui lui ont posé des difficultés pendant la majeure partie de l'intervention. A ce titre, nous avons pu constater une corrélation entre le type de question (plus ou moins fermée ou dirigée) et la performance du sujet (et donc sa motivation à faire les exercices). Ainsi pour les exercices de repérage d'incongruités ou les activités d'appariement, l'étyage du thérapeute a été très léger. Pour les questions plus ouvertes, on a pu noter soit une fatigabilité du sujet (ex : rédaction des dialogues du chapitre « *Que disent-ils* » pour les films longs), soit une certaine sidération de la pensée (ex : chapitre « *Imaginer* ») nécessitant un relai fort du thérapeute par la modélisation et dénotant un positionnement de l'activité parfois au-dessus de la Zone Proximale de Développement (ZPD). Pour ce qui est de la répétition des visionnages d'extraits de film avec des objectifs différents (rédaction de dialogues, repérage des émotions...), nous n'avons pas constaté chez C. de lassitude. Elle a tiré bénéfice de cette modalité répétitive pour installer dans le temps sa compréhension fine du film

La participation active aux séances de T1 et T2 a été variable. Jusqu'à la sixième séance, T1 a pu exprimer des impressions négatives sur les activités proposées tout en les réalisant cependant. A partir de la septième séance, il a manifesté son adhésion par son comportement et ce, jusqu'à la fin du traitement. Son attitude globale se caractérise par un défaut d'inhibition important entraînant des digressions et un discours logorrhéique avec une faible prise en compte

des besoins de l'interlocuteur. Ces digressions peuvent parfois l'empêcher d'être pleinement dans l'exercice qu'on lui soumet. T2 a manifesté un intérêt régulier pour les activités proposées jusqu'à la huitième séance. A partir de la neuvième séance, des modifications comportementales sont apparues (agitation, oppositions, balancements, écholalies) et celles-ci ont parasité l'engagement de T2 dans les activités qui ont pu, malgré tout, être menées jusqu'à la fin du programme avec un renforcement positif important du thérapeute. Son attitude globale se caractérise par une certaine impulsivité avec une prise en compte non systématisée de l'étayage du thérapeute. Pour les deux sujets témoins, les exercices proposés se positionnent dans la ZPD et il n'est apparu ni surcharge cognitive, ni fatigabilité.

De manière générale, on peut donc relever que le support vidéo a semblé plus motivant et a entraîné une posture plus active que le matériel classique orthophonique.

Critère 3 : Le sujet fait des liens entre les séances

C. a pu facilement réactiver le contenu global du film entre la séance n°1 et n°2. A partir du troisième film, elle a été capable d'anticipation en fin de séance n° 1 en se projetant dans les activités qui allaient lui être proposées en séance n°2. Elle a su repérer que certains acteurs jouaient dans plusieurs films. Cette observation a entraîné des confusions dans l'identification des rôles des acteurs et cela a pu parasiter le début de séance consacré à la compréhension globale du film, avec des persévérations sur l'évocation du film antérieur où apparaît l'acteur en question¹. A plusieurs reprises lors du programme, elle a réinvesti du vocabulaire nouveau (notamment des expressions idiomatiques) d'une séance à l'autre.

Pour T1 et T2, des liens ont pu être fait lors de la réutilisation d'un même matériel. Il n'a pas été noté d'appropriation du vocabulaire nouveau d'une séance à l'autre.

6.3 Résultats concernant le retour du thérapeute quant à la conception de l'outil

Critère 1 : la pertinence des supports

. Support dynamique vs support statique

L'organisation de la séance autour d'un support vidéo avec C. a permis une mobilisation attentionnelle rapide en début de séance et un maintien de la concentration tout au long de la

¹ Une amélioration de l'outil consisterait à réserver pour chaque acteur un rôle social précis.

séance. Les supports statiques (photos, dessins, textes...) proposés à T1 et T2 ont nécessité un investissement plus important du thérapeute pour susciter l'intérêt et l'attention du sujet.

Par ailleurs, la prise d'indices visuels sur le support en dynamique a semblé facilitée et ce, d'autant plus que les films représentaient des situations familières pour le sujet et qu'il existait une contingence dans le contenu de la conversation des personnages (communication référentielle dans l'ici et maintenant). L'interprétation de ces indices visuels s'est avérée plus riche que sur les supports statiques. En effet, elle a conduit à des raisonnements plus poussés à tous les niveaux (situation de communication, états mentaux, intentionnalité communicationnelle...) ainsi qu'à la formulation d'hypothèses plus élaborées qu'avec les supports visuels classiques.

. Un support vs plusieurs supports :

Le travail autour d'un seul et même support (une scène filmée) sur une temporalité de deux séances a laissé le temps de la réflexion à C. (respect du temps de latence). De ce fait, elle est parvenue à une compréhension fine de la situation de communication.

La variété des supports proposés aux patients témoins d'une séance à l'autre, voire sur une même séance, au vu de leur nature (images, photos, textes, bandes-dessinées) et de l'exploitation orthophonique que l'on peut en faire en séance, semble avoir été pertinente.

. Qualité esthétique du support dynamique vs support statique

La qualité non professionnelle de la réalisation des films n'a pas impacté la prise en charge. Parfois la rapidité de certains mouvements des acteurs, la mauvaise mise au point de certaines prises de vue ou des contraintes de montage ont complexifié la prise d'indices en dynamique. En retour, ces « ratés » dans la réalisation ont permis la mobilisation des capacités de déduction du sujet.

Les outils classiques orthophoniques, tous issus de matériels spécifiques orthophoniques ou du commerce, n'ont pas montré de limites dans la mise en œuvre des objectifs thérapeutiques en ce qui concerne leur aspect esthétique.

. Contenu

De manière globale, les films ont permis d'introduire au fil des séances plus de variété et de richesse de contenu et d'établir plus de liens avec le contexte naturel de vie du patient que le matériel classique orthophonique. Cette valeur ajoutée se retrouve au niveau de la diversité des situations de communication, des interactants en présence, des contextes circonstanciels, de la gestualité, des émotions/sensations et des fonctions de communication mises en œuvre.

Ceci étant, excepté pour ce qui est des fonctions de communication dont la mise en œuvre au sein des séances nous a semblé convaincante, certains aspects sont à revoir.

En ce qui concerne les partenaires de communication mis en scène, l'équilibre entre les différents cercles de communication aurait pu être mieux dosé. En effet, il n'y a qu'un seul film engageant des partenaires de communication du cercle 2 et 3. Le tournage de deux films supplémentaires² aurait permis au thérapeute de faire des liens entre les scènes d'un même cercle comme cela a pu être fait pour les cercles 1 et 5.

A propos de la variété des émotions et sensations représentées, nous avons constaté que les situations du cercle 1 (famille proche) mettent en scène essentiellement des émotions négatives. Il aurait fallu intégrer, pour ce cercle, une situation communicative positive³. Par ailleurs, cinq films sur huit mettent en scène la colère, ce qui nous semble excessif. On notera aussi que, si dans la conception nous nous sommes attachés à représenter l'ensemble des émotions primaires, la représentation de la peur est très implicite (film « *Apporter son aide* ») et n'est pas déduite de la mimogestualité du personnage mais de la situation de communication (un inconnu engageant la conversation avec une personne âgée). L'intégration d'une gestualité spécifique (recul, main sur le sac à main, froncement de sourcils) aurait été ici intéressante.

. Durée des films :

Il existe un bon équilibre entre les films longs et les films courts. Leur durée n'excède pas 5 minutes ce qui est pertinent au regard des difficultés mnésiques, voire attentionnelle, des sujets DI. La présence de longueurs dans certains films n'a pas entravé la prise en charge. Ces longueurs ont pu même être bénéfiques car elles laissent le temps de la réflexion au patient.

Ceci étant, des incohérences ont pu être relevées. Pour exemple, dans le film « *Chez l'opticien* », la vente de lunettes de soleil se fait en 3 min 19 s – ce qui ne reflète pas la réalité – et en même temps, le spectateur peut avoir l'impression qu'il y a des longueurs – lors de l'essai des différentes paires de lunettes –. Un autre choix d'achat, plus rapide, aurait été ici sans doute plus pertinent⁴.

² Suggestion de situations de communication complémentaires :

- Pour le cercle 2 : interaction entre enfants en contexte scolaire ou sortie entre adolescents au cinéma
- Pour le cercle 3 : entretien professionnel ou visite à domicile du médecin

³ Suggestion de situations de communication complémentaire pour le cercle 1 : fête d'anniversaire ou jeu de société en famille.

⁴ Suggestion de situation de communication : achat dans une boulangerie, chez un primeur, dans une librairie, dans un tabac...

. La suppression de l'input sonore :

C. n'a jamais demandé à avoir une version du film avec le son. Durant le pré-pilotage et avec un autre patient (hors expérimentation), cette demande a surgi. La possibilité d'avoir une version du film avec le son serait intéressante et permettrait d'envisager d'autres possibilités d'activités (ex : comparer le dialogue fait par le patient au dialogue entendu, travail sur la prosodie émotionnelle...)

Critère 2 : la pertinence des activités associées

. Alternance des activités orales et écrites

L'équilibre entre les activités orales et écrites a semblé efficace tant pour le set d'activités associé aux films que pour les exercices issus du matériel orthophonique classique.

. Contenu des activités

La répartition des exercices par chapitre s'est révélée intéressante pour la mise en œuvre des objectifs thérapeutiques, tant pour C. que pour T1 et T2. Ceci étant, l'entraînement de compétences purement langagières a été plus facile à mettre en œuvre avec le matériel orthophonique classique qu'avec les activités associées aux films qui mobilisent davantage des compétences transversales de logique, gestion de l'implicite, induction/déduction à partir de l'observation des scènes filmées.

Pour ce qui est plus spécifiquement du set d'activités associé au film, nous avons pu constater que le nombre d'exercices est trop important pour deux séances de 45 minutes, d'autant plus si le film est long ou riche en informations visuelles (ex : « *Réveil difficile* »). Par voie de conséquence, le chapitre « *Imaginer* » a souvent été réalisé très rapidement alors qu'au vu des difficultés qu'il a posées à C., il aurait fallu lui consacrer plus de temps.

Le chapitre « *Que se passe-t-il ?* » n'a pas soulevé de questionnement particulier du point de vue de la conception. Dans le chapitre « *Que disent-ils ?* », l'exercice 2 s'est avéré très intéressant, notamment pour mettre en œuvre la réflexion métapragmatique du sujet. La modalité du premier exercice, en revanche, ne nous a pas semblé toujours pertinente, notamment pour les films longs. Il serait sans doute intéressant d'ajouter d'autres modalités d'exercices afin que le thérapeute, s'il l'estime nécessaire, puisse venir soutenir la mise en route de la pensée et la mémoire de travail de son patient par des exercices plus guidés (ex : exercices d'appariement) qui précèderaient l'exercice conçu pour cette étude et viendraient peut-être

améliorer la cohérence/cohésion du dialogue créé⁵. Dans le chapitre « *Que ressentent-ils* », les deux premiers exercices semblent bien conçus. L'exercice 3 a comporté très rapidement des limites car il ne permet de travailler que sur un petit nombre d'émotions (déjà bien connues du patient), les émotions plus complexes (ex : le soulagement, la culpabilité...) nécessitant d'être contextualisées. Il aurait été plus intéressant ici de travailler la généralisation en s'appuyant sur des extraits d'autres films plutôt que sur des images. Le chapitre « *Que peuvent-ils penser ?* » n'a pas révélé d'incohérence conceptuelle particulière. Dans le chapitre « *Que veulent-ils ?* », on a pu noter parfois une très légère lassitude du sujet (et du thérapeute...) sans doute en lien avec une modalité d'exercice qui ressemble beaucoup à celle des chapitres précédents (question très ouverte). Pour la dynamique de la prise en charge, on aurait pu par exemple inverser la réflexion par des questions du type « *quel est le geste qui montre que...* » (exemple pour le film « *Le bulletin* » : *quel est le geste qui montre que le père veut que son fils retourne dans sa chambre ?*). Le chapitre « *Imaginer* », pour finir, aurait nécessité d'être plus accompagné pour la mise en route de la pensée⁶.

. Aisance dans la manipulation

La manipulation des différents supports n'a pas posé de problème particulier.

Critère 3 : le rythme de la séance / le rythme de la prise en charge

Le protocole mis en œuvre pour C. est basé sur la répétition d'un même format au fil des séances (répétition des mêmes exercices pour chacun des films et répétition de l'alternance visionnage d'un extrait / réponse à des questions autour de l'extrait selon un objectif précis). Ce format s'est avéré pertinent pour la mise en place des objectifs thérapeutiques de même que l'ordre choisi pour les films, basé sur une complexification progressive des exigences.

Le protocole proposé pour T1 et T2, basé sur un changement fréquent de supports, a lui aussi permis la réalisation du projet thérapeutique.

⁵ Suggestion d'exercices complémentaires : répliques à remettre dans l'ordre, répliques à associer à des photogrammes, répliques à associer à un personnage, répliques à trous.

⁶ Suggestion d'exercices : proposer des images afin d'imaginer plus facilement d'autres possibles ou ce qui s'est passé avant/après, repérer parmi plusieurs propositions ce qui a pu se passer avant/après et repérer les incongruités, proposer l'arrivée d'un autre personnage / d'une autre action en cours de films et imaginer les conséquences sur la fin du film.

7 DISCUSSION

Le **but de notre étude** était de nous interroger sur la pertinence de l'utilisation de scènes muettes filmées de la vie courante dans la prise en charge fonctionnelle des habiletés communicatives auprès d'adolescents porteurs de déficience intellectuelle légère avec ou sans troubles associés. Pour mener à bien cette réflexion, nous avons créé notre propre outil vidéo en prenant en considération les spécificités cognitives des sujets DI et en nous basant sur les apports théoriques de la cognition ancrée/située. Nous avons par ailleurs conçu un set d'activités dont l'objectif était de déclencher chez le sujet un processus cognitivo-empathico-inférentiel par la visualisation d'interactions quotidiennes, en supposant que ce processus viendrait appuyer le développement des compétences pragmatiques. Enfin nous avons sélectionné des supports dans du matériel classique orthophonique afin de mener une prise en charge parallèle auprès de deux sujets témoins et de pouvoir mettre ainsi en évidence les spécificités de l'outil vidéo dans la prise en charge des habiletés communicatives.

Notre **première hypothèse** portait sur le **déploiement des compétences pragmatiques par le biais de l'utilisation de la vidéo**.

Dans le cadre de cette première hypothèse, nous supposons tout d'abord que l'utilisation de scènes de la vie quotidienne filmées allait permettre une amélioration des compétences pragmatiques du sujet (sous-hypothèse 1). Les résultats aux deux subtests d'EXALang 11-15 (tâche d'habiletés pragmatiques et tâche de traitement des inférences) semblent valider cette sous-hypothèse puisque la comparaison intra-individuelle pré-traitement/post-traitement montre une amélioration dans les deux domaines évalués, l'évolution la plus importante concernant le traitement des inférences.

En nous basant sur de nombreuses études soulignant l'avantage de l'image dynamique par rapport à l'image statique (Höffler & Leutner, 2007; Mechling & Gustafson, 2008, 2009; Stephens & Ludy, 1975; Van Laarhoven et al., 2010), nous faisons ensuite l'hypothèse que l'évolution positive de ces compétences pragmatiques serait plus marquée chez le patient-cas, rééduqué avec la vidéo, que chez les patients-témoins rééduqués avec le matériel classique orthophonique (sous-hypothèse 2). La comparaison inter-individuelle confirme partiellement cette sous-hypothèse puisqu'elle met en évidence que, notre sujet-cas obtient un score

d'évolution supérieur aux deux sujets-témoins pour la tâche de traitements des inférences alors que pour la tâche d'habiletés pragmatiques, un des sujets-témoins (T1) obtient un score d'évolution supérieur.

Enfin, nous supposons que l'utilisation de la vidéo et l'exploitation qu'on en fait par le biais du set d'activités permettraient une bonne mobilisation des compétences durant les séances d'orthophonie et que cette mobilisation serait meilleure avec l'outil vidéo qu'avec le matériel orthophonique classique (sous-hypothèse 3). L'analyse qualitative au cours des séances met en évidence des résultats contrastés qui valident partiellement cette sous-hypothèse. Il semblerait que l'outil vidéo permette de mobiliser avec efficacité préférentiellement des compétences pragmatiques réceptives (repérage des indices non verbaux, prise en compte du contexte, identification des pensées des personnages). Au contraire, l'outil, tel qu'il est conçu, ne permettrait pas au sujet d'actualiser des habiletés pragmatiques expressives (fonctions de communication, organisation de l'information, routines sociales, régulation de l'échange), des capacités transversales d'accès à l'abstraction et de métapragmatique sans un étayage soutenu du thérapeute. Par ailleurs, la comparaison des résultats globaux du patient-cas et des patients-témoins montre que l'utilisation du matériel classique semble avoir permis un meilleur déploiement des compétences pragmatiques des sujets-témoins (surtout pour T1) en comparaison à la vidéo. Les résultats par domaine suggèrent, en outre, que le matériel classique permettrait au sujet de mettre plus efficacement en œuvre des habiletés pragmatiques expressives en comparaison au matériel vidéo.

Au vu de ces résultats, nous pouvons donc dire que l'hypothèse 1 est partiellement validée. D'une part, les résultats présentés ci-dessus confirment l'idée, déjà avancée par d'autres auteurs, qu'un programme d'intervention dans le domaine de la pragmatique a des effets positifs sur les compétences des sujets (C. Adams, 2003; Bishop et al., 2000; Hatton, 1998; Monfort et al., 2005) et que l'utilisation de la vidéo permet une amélioration de leurs capacités communicatives (Mechling, 2005). D'autre part, ces résultats nous laissent penser que la vidéo a un effet supérieur sur les habiletés cognitives globales de raisonnement et qu'elle permet le déploiement d'habiletés pragmatiques préférentiellement réceptives ; les habiletés pragmatiques expressives progressant davantage avec des supports statiques. En nous appuyant sur les recherches de Tversky et al. (2002), nous pouvons avancer, comme explication à ces dissociations, que la performance d'un sujet dépend de la « congruence » entre la tâche à réaliser et le support proposé en rééducation pour réaliser cette tâche (c'est-à-dire entre la représentation interne et la représentation externe) (Tversky, Morrison, & Betrancourt, 2002).

La vidéo, comme elle permet d'entraîner des contenus qui ont un facteur temporel – c'est-à-dire des phénomènes qui subissent des changements dans le temps – (Arguel & Jamet, 2009), est particulièrement intéressante pour l'analyse des mouvements humains (point de vue analogique) qui sont des comportements ouvertement exposés dans la vidéo (Mechling, 2005). C'est ce que nous avons pu constater pendant notre intervention puisque lors du repérage et de l'identification de la gestualité, des mimiques et des mouvements des personnages (habiletés pragmatiques réceptives) et lors de l'interprétation de ces mouvements (habiletés cognitives globales de raisonnement), l'étayage du thérapeute a été très léger. Support et tâche étaient congruents. Par contre, quand on a sollicité le sujet sur des compétences langagières expressives, sur ses capacités d'abstraction ou sur de la métacognition (point de vue symbolique), l'étayage du thérapeute a été plus soutenu. Dans ces derniers cas, la congruence fait défaut car on confronte une donnée dynamique externe (mouvements des acteurs dans le film) à une donnée non dynamique interne (ex : capacités d'abstraction) c'est-à-dire que le comportement n'est pas ouvertement exposé dans le film (Wissick et al., 1999). Cette non-congruence expliquerait les résultats plus faibles dans les habiletés pragmatiques langagières en particulier expressives avec l'outil vidéo. Avec le support statique au contraire, on mobilise un point de vue symbolique qui est congruent avec des tâches expressives, métacognitives ou faisant appel à l'abstraction. Au vu de cette explication, une modification des activités expressives du set devrait être envisagée en introduisant, par exemple, un appui visuel statique. Mechling (2005), reprenant les données de la littérature souligne, à ce titre, que si le comportement n'est pas ouvertement exposé dans le film, il est nécessaire de compléter par d'autres interventions qui comportent des caractéristiques descriptives (ex : textes) ou auditive (ex : l'entrée sonore du film).

Mais d'autres éléments peuvent expliquer ces dissociations dans le déploiement des compétences pragmatiques. Comme le soulignent Boutard et Guillon (2011), ces habiletés s'expriment d'autant mieux que le langage formel du sujet est installé correctement. Or, nous avons pu noter chez C. d'importantes difficultés d'élaboration morphosyntaxique déclenchant une hypospontanéité verbale, difficultés qui ont sans doute eu des répercussions sur ses performances pragmatiques expressives. Au contraire, T1 et, dans une moindre mesure, T2 ont un bon niveau lexical et syntaxique ce qui leur permet d'être plus performants sur le versant expressif. Par ailleurs, il est reconnu que les patients présentant un retard cognitif expriment leurs compétences de façon différentes en fonction du contexte (Monfort et al., 2005). A ce titre, nous avons pu remarquer que les compétences pragmatiques expressives de C.

s'actualisent plus facilement en situation naturelle sur les temps conversationnels informels. La mobilisation cognitive volontaire qui caractérise la situation contrôlée d'une séance de rééducation a pu entraîner chez elle une inhibition – notamment quand le thérapeute a eu des demandes d'ordre métapragmatique nécessitant des capacités de décentration –. Nous rejoignons sur ce point plusieurs auteurs qui soulignent les difficultés possibles des patients DI à procéder à une analyse volontaire de leurs processus cognitifs (Büchel & Paour, 2005; Cornoldi & Campari, 1998). Au contraire, pour T1 et T2, le cadre immuable de la séance a été bénéfique et on a constaté la mobilisation de compétences pragmatiques que l'on ne retrouve pas en situation naturelle (déficit d'inhibition entraînant des digressions pour T1 avec une faible prise en compte des besoins de l'interlocuteur, hypospontanéité verbale importante pour T2)

La **deuxième hypothèse** concernait la **participation active du sujet pendant la séance**. L'observation du comportement du sujet au fil des séances valide partiellement cette hypothèse. En effet, C. a accepté de venir en rééducation tout au long du programme sans qu'aucune lassitude n'apparaisse et la relation thérapeutique s'est installée rapidement. Pour les patients-témoins, au contraire, on a pu constater que la relation avait mis plus de temps à s'installer (T1) et que la motivation à venir en séance n'avait pas été constante tout au long du programme avec l'apparition d'un comportement de repli et d'opposition (T2). Ceci peut être mis sur le compte des outils utilisés en séance : le support vidéo serait plus motivant et entraînerait une anticipation positive chez le patient qui se rendrait en séance avec plus d'allant. Nous avons constaté, en effet, à de nombreuses reprises lors du programme, la capacité de C. à faire des liens entre les films ou les situations et à se projeter dans la séance suivante. Cette mise en lien, même si elle a entraîné parfois quelques persévérations, témoigne de la motivation du sujet à investir l'outil vidéo. Nous n'avons pas retrouvé une mise en relation inter-séance aussi riche chez les patients-témoins. Cette idée que l'outil vidéo aurait un effet sur la posture du patient confirme les remarques de Sherer et al. (2001) qui soulignent l'avantage des films dans la prise en charge, du fait de la forte motivation des jeunes, en général, à regarder des vidéos. Cependant, on peut aussi penser que d'autres facteurs ont joué dans la mise en route de la relation thérapeutique et dans la constance motivationnelle chez les sujets, comme par exemple, l'effet de nouveauté du support vidéo, la dynamique transférentielle, la personnalité du sujet, sa compliance, sa capacité à exprimer ses ressentis ou ses sensations, la nature répétitive du format du protocole pour le patient-cas mais aussi d'éventuels troubles du comportement ou des changements dans les habitudes du patient.

Ceci étant, cette forte motivation de C. à venir en séance se retrouve quand il s'agit pour elle de visionner les films et de réaliser les activités associées, motivation que nous ne retrouvons pas chez les patients-témoins dont l'engagement dans les activités est moindre. En effet, les scènes filmées et les exercices ont suscité des réactions nombreuses et variées chez C. (intérêt, surprise, adhésion, rires, opposition...) ce qui laisse à penser qu'elle s'est identifiée aux personnages et aux situations présentés dans les films. Nous mettons ceci sur le compte de la spécificité des films proposés qui représentent des scènes de la vie quotidienne, familières au sujet et donc susceptibles de le toucher particulièrement. Nous rejoignons ici Morgan et Salzberg (1992) et le *Cognition and Technologie Group at Vanderbilt* (1990, 1992) qui mettent en avant la vidéo par rapport au matériel classique pour fournir des environnements réalistes d'apprentissage suscitant la mise en action de la cognition. Le renforcement des compétences est alors le produit de l'activité du sujet, du contexte et de la culture (Moro, 2001).

A certains moments, nous avons pu constater un léger retrait participatif du sujet-cas : diminution attentionnelle lors du visionnage des films longs ou moins familiers, fatigabilité dans la rédaction des dialogues des films longs et sidération de la pensée pour répondre à des questions très ouvertes. Le contenu des films pourrait fournir une première explication à ce retrait. En effet, nous avons pu mettre en évidence, comme d'autres auteurs avant nous (Oetting & Rice, 1991; Schalick et al., 2012), qu'un contexte familier, concret ou renvoyant à des routines de la vie quotidienne facilite la participation et la communication du patient (cf. les difficultés sur le film moins familier « *Chez l'opticien* » qui nécessite le maniement d'un vocabulaire renvoyant à un secteur professionnel précis). Nous avons aussi constaté, de même que Monfort et al. (2005), que l'absence de référent a une influence négative sur la performance du patient (cf. l'absence de contingence du langage dans le film « *Rencontre* » et dans un passage du film « *Préparation du repas* »).

Une autre explication pourrait résider dans la charge cognitive que suppose la visualisation d'une scène filmée. De par son caractère continu, la vidéo présenterait trop d'informations non pertinentes par rapport à la tâche à réaliser (ex : la rédaction d'un dialogue) ce qui complexifierait sa réalisation (Paas & Sweller, 2014). De plus, la nature transitoire et fugace des informations visuelles dans une vidéo nécessite la mise en œuvre d'une mémoire de travail performante pour avoir une représentation interne cohérente ce qui entraîne une surcharge cognitive (Sweller & Chandler, 1994). Ceci est d'autant plus vrai chez les sujets DI qui ont souvent un déficit en mémoire de travail.

Ces éléments nous amènent à affirmer que l'adaptation du matériel, quel qu'il soit, est nécessaire dans la prise en charge de ces patients afin de réunir les conditions d'émergence de leurs compétences. Lors de la conception de l'outil, nous avons donc essayé de prendre en compte leurs particularités cognitives. Par exemple, nous avons proposé de fractionner le visionnage des films en extraits afin d'alléger la charge cognitive et de concentrer le sujet sur un objectif particulier (ex : le repérage des émotions) reprenant ainsi les recommandations de Arguel et Jamet (2009). D'autre part, le recours à des images statiques par le biais des photogrammes présents dans le set d'activités en complément du visionnage a permis de garder une trace visuelle du passé dans le but de faciliter la réalisation de certaines tâches (ex : rédaction des dialogues). Ce recours aux photogrammes (pensé initialement comme un soutien au thérapeute pour se repérer dans les films) pourrait être plus utilisé comme le conseillent Arguel et Jamet (2009), d'autant plus volontiers si le patient souffre d'un trouble attentionnel. Alberto et al. (2005), Cihak et al. (2006) affirment, en effet, qu'en cas de déficit attentionnel l'image serait plus efficace que la vidéo chez les patients DI. Sans aller jusqu'à renoncer à l'utilisation des films en cas de troubles de l'attention, nous suggérons, quant à nous, une adaptation du matériel avec des choix de films éventuellement moins longs et un soutien par l'image statique dans la réalisation des tâches. Par ailleurs, reprenant la suggestion d'Arguel et Jamet (2009), nous trouvons intéressant d'encourager la participation active du sujet dans la manipulation de l'outil vidéo – modalité que nous n'avons pas mise en pratique lors de notre expérimentation –. Le sujet aurait ainsi le contrôle sur le déclenchement et l'arrêt de la vidéo ce qui lui permettrait, quand il ressent une saturation cognitive, de doser le rythme de visionnage. Ceci est une piste d'autant plus intéressante que certains ont montré une corrélation entre la participation active du patient et l'amélioration des compétences (Morgan & Salzberg, 1992).

Notre **troisième hypothèse** concernait la **mise en œuvre des objectifs thérapeutiques** dans le domaine de la pragmatique par le biais de l'outil vidéo. Les données qualitatives récoltées au fil des séances par le biais de la grille fournie au thérapeute permettent de valider partiellement cette hypothèse. En effet, en premier lieu, nous relevons que le retour du thérapeute quant à la pertinence du support vidéo (sous-hypothèse 1) est positif. Les résultats montrent que le support visuel dynamique, en comparaison au matériel classique, permet une mobilisation attentionnelle plus rapide en début de séance et un maintien de la concentration lors de la séance plus constant – exception faite du léger retrait attentionnel lors du visionnage

des films longs –. Nous rejoignons ici le point de vue de Stephens et Ludy (1975) qui constatent que l'on obtient une meilleure concentration du sujet par la médiation de l'écran. Cette mobilisation rapide et ce maintien de l'attention tendent à prouver que le recours à un support vidéo dans la prise en charge d'un patient DI est particulièrement adapté car il est en adéquation avec l'utilisation préférentielle du codage visuel de l'information qui est relevée chez ces patients (Clerc & Courbois, 2005). Ceci étant, l'effet de nouveauté (la vidéo étant peu utilisée comme moyen thérapeutique) peut expliquer aussi cet engagement fort du sujet dans la rééducation.

En outre, la prise d'indices en dynamique a été facilitée en comparaison au support statique – notamment en ce qui concerne la gestualité émotionnelle et intentionnelle – et ce, d'autant plus que les films représentaient une situation familière et qu'il existait une contingence dans le contenu de la conversation des personnages. De plus, l'interprétation de ces indices s'est avérée plus riche qu'avec le matériel classique. Ce résultat confirme l'étude de Tiong et al., (1992) qui souligne qu'avec la vidéo, qui montre les mouvements en temps réel, dans l'ordre et en dynamique, les indices sont plus saillants et, par conséquent, l'attention se porte naturellement sur les éléments importants. Ce résultat rappelle aussi ce qu'avancent Gepner et al. (2001) qui précisent que le mouvement permettrait une meilleure perception des émotions. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce résultat. En premier lieu, nous pouvons noter que les contextes situationnels d'interaction des films se rapprochent du vécu personnel du patient. La familiarité des thèmes, des interactants, du contexte spatial ou l'aspect écologique de la représentation filmée qui capte la « réalité » et se rapproche de l'environnement naturel, facilitent la reconnaissance et l'interprétation. En effet, le patient a la possibilité de confronter ce qu'il voit à des expériences, des émotions et des connaissances antérieures stockées en mémoire – les « prémisses implicites » de Sperber et Wilson (1989) – et d'en déduire de nouvelles informations. Nous remarquons d'ailleurs que quand le film met en scène une situation moins familière ou moins contingente (« *Chez l'opticien* », « *Rencontre* »), le raisonnement est plus limité et l'étayage du thérapeute doit être plus soutenu. Par ailleurs, par le biais des scènes filmées, on contextualise les émotions ce qui en facilite le traitement par le sujet DI (McKenzie et al., 2001). Enfin, la richesse de l'interprétation des mouvements peut être expliquée par le fait que la scène, par le biais de la vidéo, s'inscrit dans une chronologie, dans une série d'informations en continu et ceci permettrait de faire des liens de cause à effet plus facilement qu'en statique et donc d'avoir une interprétation beaucoup plus riche des mouvements des personnages.

L'exploitation d'une scène filmée sur une temporalité de deux séances a permis d'optimiser les ressources que procurent l'outil vidéo : arrêt sur image, retour en arrière, répétition des visionnages, fractionnement par extrait. Ceci a été bénéfique pour le patient puisque ces ressources techniques ont permis au thérapeute de s'adapter ainsi à ses spécificités cognitives en lui laissant le temps de la réflexion, en venant soutenir sa mémoire de travail, en allégeant la charge attentionnelle que suppose le visionnage ou bien en lui proposant des feedbacks immédiats et puisqu'elles ont permis aussi de mettre en route la réflexion du sujet et ses capacités de déduction. Nous rejoignons ici les nombreuses études qui ont démontré les avantages techniques de l'outil de vidéo dans la prise en charge des patients DI et les conséquences positives de ces aspects dans la mise en œuvre des objectifs thérapeutiques (Ayres & Langone, 2008; Haring et al., 1987; Mechling, 2005; Monfort et al., 2005; Morgan & Salzberg, 1992).

Par ailleurs, les films – même si des améliorations de contenu doivent être apportées – ont permis d'introduire plus de diversité que le matériel classique par la variété des situations de communication, des interactants en présence, des contextes circonstanciels, de la gestualité, des émotions, des durées de films, des fonctions de communication mis en œuvre. Cette diversité est intéressante car elle permet de faire davantage de liens avec le contexte naturel et elle favorise, comme le préconise Monfort et al. (2005) une approche rééducative fonctionnelle replacée dans le contexte communicatif réel du patient. Elle permet ainsi de s'adapter à ses difficultés en sélectionnant un film d'une durée plus ou moins longue ou bien représentant un contexte plus familier, une émotion particulière ou des interactants spécifiques. Les informations à destination du thérapeute, accompagnant chaque film dans le set d'activités, donnent la possibilité au soignant de faire cette sélection.

Enfin, la suppression de l'input sonore a semblé bénéfique car elle a soulagé la mémoire de travail de notre patient. Cependant, une version avec le son pourrait être intéressante et fournir un appui pour le déploiement des habiletés expressives qui, on l'a vu, sont difficilement mobilisables dans le cadre de l'outil que nous avons créé. Cette version permettrait peut-être de faciliter la réalisation des exercices du chapitre « *Imaginer* » en introduisant une congruence entre la tâche et le support.

En deuxième lieu, concernant la pertinence du set d'activités associé aux films (sous-hypothèse 2), nous notons que les exercices, tels qu'ils sont conçus, ne répondent pas toujours aux besoins du rééducateur en matière d'entraînement aux habiletés pragmatiques.

D'un côté, nous notons que la répartition des exercices par chapitre avec visionnages répétés d'extraits de films, soutenue par un découpage entre activités orales et activités écrites apparemment pertinent, et par une manipulation aisée des différents supports a facilité la mise en œuvre du projet thérapeutique. Nous avançons comme explication que l'association film/set d'activités a facilité la mise en relation entre le contexte social d'utilisation du langage et l'apprentissage verbal, cette mise en relation étant fondamentale pour des objectifs thérapeutiques visant l'amélioration des compétences pragmatiques (Monfort et al., 2005).

D'un autre côté, cependant, le set présente un certain nombre de limites. Le nombre d'activités pour deux séances de 45 minutes est trop important. Ceci s'explique par la volonté, au moment de la conception, de proposer au thérapeute un maximum de possibilités d'exercices dans lesquels il pourra piocher sans forcément les exploiter tous. De plus, des améliorations pourraient être apportées à certains exercices (cf. les suggestions dans la partie « Résultats ») afin de répondre davantage aux besoins du thérapeute et de venir soutenir cognitivement le sujet dans la réalisation des tâches. Par ailleurs, comme nous l'avons déjà évoqué plus haut, si le set permet d'entraîner efficacement l'aspect réceptif et le raisonnement autour des indices perçus, en revanche, l'entraînement des compétences pragmatiques expressives, le travail autour du langage élaboré et de l'aspect métapragmatique se font plus facilement avec le matériel orthophonique classique. Cet élément trouve son explication dans la genèse de la création de l'outil pensé pour les patients DI comme un relai entre l'institution et l'extérieur pour la mise en route de processus inférentiels venant soutenir l'interprétation des signes multiples qui peuplent leur environnement naturel. Mais si dans cet outil, l'accent a été mis sur la réception de ces signes et leur interprétation (habiletés cognitives de raisonnement), et ceci de façon apparemment efficace, l'intervention pragmatique ne doit pas oublier la sphère plus spécifiquement langagière, et notamment expressive, car la structure du langage et son essence fondamentalement sociale peuvent être un appui pour structurer la compréhension sociale des situations de communication (Monfort et al., 2005) et favoriser une production langagière en contexte. De plus, un apprentissage explicite d'ordre métacognitif (métapragmatique) pourrait être aussi bénéfique (Pennequin et al., 2011)

En dernier lieu, concernant le rythme des séances et de la prise en charge qu'implique le matériel proposé (sous-hypothèse 3), les résultats indiquent que le format répétitif du set d'activités (répétition des mêmes exercices d'un film à l'autre, alternance visionnage d'un extrait/réponse à des questions) a facilité la mise en œuvre du projet thérapeutique. Plusieurs explications peuvent être apportées. Tout d'abord, ce format, s'il est répétitif, a permis la

familiarisation rapide du sujet avec le support ce qui est bénéfique à l'installation de l'alliance thérapeutique. Il a permis également une anticipation des séances et donc une réflexion immédiate mais aussi à distance autour des scènes filmées. Nous rejoignons ici les remarques de Monfort et al. (2005) qui souligne l'intérêt des films pour ce travail sur l'anticipation et l'interprétation de l'intention des personnages. Ensuite, ce format répétitif est intéressant car il respecte les particularités cognitives du sujet : il laisse le temps de la réflexion et il a un effet rassurant car il ritualise les séances et limite les imprévus. L'ordre choisi pour les films a été pertinent car il a permis de rassurer le sujet sur ses compétences par deux films courts en début de programme qui ont permis de ne pas surcharger d'emblée la mémoire de travail. Les films plus complexes ont été positionnés à la fin alors que le sujet était déjà familiarisé avec le type d'exercices ce qui le libérait cognitivement pour aborder des situations de communication non contingente (« *Rencontre* ») ou moins familières (« *Chez l'opticien* »). Ceci étant, cette modalité répétitive pourrait lasser certains patients et une autre organisation des activités, comme par exemple une organisation par extrait de film, et non par chapitre d'exercices, pourrait être intéressante.

Par conséquent, par le biais des vidéos, du set d'activités associé et des informations à destination du thérapeute que nous proposons pour chaque film, sous réserve de quelques améliorations dans la conception des exercices ou dans leur mise en œuvre, le thérapeute peut optimiser les conditions d'émergence des compétences car la vidéo permet de s'adapter au plus près aux besoins du patient. Nous rejoignons ici les analyses de Morgan et Salzberg (1992) qui soulignent que l'outil vidéo permet plus facilement de personnaliser des programmes en fonction du projet thérapeutique des patients.

Ceci étant, les résultats de cette étude doivent prendre en compte **un certain nombre de limites méthodologiques.**

Concernant tout d'abord les patients impliqués dans l'expérimentation, les résultats doivent être nuancés car le nombre de sujets participant à l'étude est très réduit. Les résultats mériteraient donc d'être confirmés par une étude engageant un nombre de sujets plus important. Par ailleurs, les compétences en langage formel des sujets ont sans doute influencé leurs résultats. Par exemple, les difficultés d'élaboration morpho-syntaxique de C. ont pu avoir une influence négative sur sa performance dans les habiletés pragmatiques expressives. Au contraire, les bonnes compétences lexicales de T1 lui ont permis d'avoir de bons résultats dans les épreuves ou les activités mettant en œuvre du langage élaboré. Ainsi la différence dans

l'efficacité des stratégies (vidéo vs matériel classique) ne dépend pas nécessairement de la stratégie elle-même mais plutôt des caractéristiques mêmes des sujets (Taber-Doughty, 2005). La motivation à regarder les films a pu aussi avoir un impact (effet de nouveauté) en entraînant un plus fort engagement du sujet dans la tâche. Enfin la modalité répétitive des exercices du set d'activités sur une temporalité de six mois a vraisemblablement eu un effet que l'on ne retrouve pas chez les patients-témoins et que l'on ne retrouvera pas en situation thérapeutique classique.

Concernant le thérapeute ayant mené la rééducation, il est à noter que c'est aussi le concepteur de l'outil. Les résultats concernant l'observation des habiletés pragmatiques du sujet en séance, de son comportement mais aussi concernant la pertinence de l'outil créé doivent donc être nuancés. Une étude qui engagerait un thérapeute distinct du concepteur serait nécessaire pour gagner en objectivité.

Concernant l'outil vidéo, on peut penser que sa forme influence les résultats. En effet, même s'il a été pensé pour être fonctionnel et écologique, les choix de cadrage et la suppression de l'input sonore en font un outil très épuré. Ainsi, s'il s'adapte aux besoins du patient DI, il ne correspond pas totalement à ce que peut vivre une personne en contexte naturel. A ce titre, des études rapportent les effets bénéfiques de l'apprentissage en contexte naturel pour le maintien à long terme des compétences (*Community-based instruction*) (Langone, 1990) et l'avantage de combiner la simulation par la vidéo et l'apprentissage dans l'environnement naturel pour la généralisation des acquis (Ayres & Langone, 2008; Branham, Collins, Schuster, & Kleinert, 1999). En outre, une grille de communication à destination des familles et de l'entourage, devrait être envisagée pour évaluer le transfert de ces compétences en situation écologique. Enfin, certains films ont été tournés dans la ville où réside le patient-cas qui a donc reconnu certains lieux ce qui a pu faciliter la prise d'indices et l'appropriation du support. Ceci étant, dans une perspective écologique et fonctionnelle, cet aspect-là est plutôt positif car on se rapproche du vécu du patient.

Concernant les conditions d'expérimentation, l'amélioration des résultats pour ce qui est des capacités réceptives et de raisonnement ne peut être attribuée au seul outil vidéo. Elle est le résultat aussi de la posture du thérapeute, des feedback proposés au patient et de la manière dont celui-ci les prend en compte, des réflexions métacognitives déclenchées par le thérapeute, de l'alliance thérapeutique et du transfert.

8 CONCLUSION

Malgré ses limites, l'outil que nous avons créé apparaît très pertinent pour déclencher un processus cognitivo-empathico inférentiel permettant la mobilisation des compétences communicatives chez des sujets DI. En effet, il permet le déploiement de certaines habiletés pragmatiques (prise d'indices visuels et interprétation de ces indices), il entraîne une participation active du sujet pendant la séance sous réserve que le film soit familier, qu'il y ait une contingence du langage et que les questions posées ne soient pas trop ouvertes, et, enfin, il correspond en grande partie aux besoins du thérapeute pour la mise en œuvre de ses objectifs thérapeutiques dans le domaine de la pragmatique.

Ceci étant, après cette étude, plusieurs questions restent en suspens comme le maintien à long terme des acquis, le transfert des compétences dans les activités quotidiennes ou les effets du programme sur les troubles du comportement. Le lien entre les habiletés pragmatiques et les fonctions exécutives pourrait aussi constituer une piste de recherche intéressante car nous avons constaté en séance l'impact que peut avoir, par exemple, un trouble de l'inhibition, de la flexibilité mentale ou de l'initiation sur les performances pragmatiques. L'utilisation de cet outil dans le cadre d'une étude impliquant une autre population comme des personnes souffrant d'un trouble du spectre autistique, des adultes cérébrolésés droits ou encore des adultes présentant une pathologie neurodégénérative pourrait aussi être une piste intéressante et permettrait sans doute d'améliorer le contenu de l'outil tant du point de vue de la réalisation des films que de la conception du set d'activités.

Enfin, si la vidéo apporte des avantages certains, nous rejoignons Höffler et Leutner (2007) pour dire qu'elle n'est pas la panacée en elle-même et qu'elle a besoin d'être accompagnée d'un bon design thérapeutique pour porter ses fruits. Nous pouvons penser aussi que la vraie question n'est peut-être pas de s'interroger sur l'efficacité de tel ou tel outil mais plutôt de savoir quelle est la préférence du sujet car l'aspect motivationnel est indispensable dans la mise en route de la cognition (Charlop-Christy & Haymes, 1996). Une fois le matériel enrichi, cette composante motivationnelle pourrait être le point de départ d'une étude auprès de patients DI plus âgés. En effet, à la sortie de l'institution vers 20 ans, la demande principale de ces jeunes adultes est l'accompagnement social et la vie affective. Jusque-là peu confrontés à la vie extérieure et à ses contraintes sociales, dotés d'une faible expérience linguistique et de repères de vie parfois peu structurants, ces jeunes, ainsi que leur famille, se retrouvent très démunis. Il serait donc intéressant d'observer comment la composante motivationnelle, en lien

avec l'utilisation de l'outil vidéo, peut influencer sur l'appropriation et la généralisation des compétences à l'âge adulte et, par voie de conséquence, sur le bien-être affectif et sur l'insertion socio-professionnelle, en d'autres termes, sur l'« auto-détermination » de la personne porteuse de déficience intellectuelle (Wehmeyer, Kelchner, & Richards, 1996).

9 TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION	5
2	ASSISES THEORIQUES	5
3	PROBLEMATIQUE	15
4	HYPOTHESES	17
5	METHODE	18
5.1	<i>Participants.....</i>	18
5.2	<i>Matériel.....</i>	18
5.2.1	La création de l’outil vidéo et du set d’activités.....	18
5.2.1.1	Les matériels et logiciels utilisés	18
5.2.1.2	Les films muets.....	19
5.2.1.3	Le set d’activités	22
5.2.2	La sélection du matériel pour les témoins et la création des activités associées	24
5.3	<i>Cadre expérimental</i>	25
5.3.1	Le pré-pilotage de l’outil vidéo.....	25
5.3.2	L’intervention orthophonique	26
5.3.3	Les phases d’évaluation	26
5.4	<i>Mesures et analyse des données.....</i>	27
5.4.1	Les compétences pragmatiques.....	27
5.4.2	Le comportement du sujet face aux outils proposés.....	28
5.4.3	Le retour du thérapeute quant à la conception de l’outil	28
5.5	<i>Programme de l’intervention orthophonique</i>	28
5.5.1	Protocole pour les scènes muettes filmées de la vie quotidienne (cas)	28
5.5.2	Protocole pour la stimulation pragmatique à l’aide d’outils classiques orthophoniques (témoins)..	29
5.5.3	Posture du thérapeute	30
6	ANALYSE DES RESULTATS.....	31
6.1	<i>Résultats concernant les compétences pragmatiques.....</i>	31
6.1.1	Résultats quantitatifs	31
6.1.1.1	Résultats à la tâche d’habiletés pragmatiques.....	31
6.1.1.2	Résultats à la tâche de traitement des inférences	32
6.1.2	Résultats de l’observation qualitative au fil des séances.....	32
6.1.2.1	Résultat global	32
6.1.2.2	Intentionnalité de la communication.....	33
6.1.2.3	Régie de l’échange.....	34

6.1.2.4	Adaptation.....	35
6.1.2.5	Organisation de l'information.....	36
6.1.2.6	Capacités d'abstraction.....	37
6.1.2.7	Compétences métapragmatiques.....	37
6.2	<i>Résultats concernant le comportement du sujet face aux outils proposés.....</i>	37
6.3	<i>Résultats concernant le retour du thérapeute quant à la conception de l'outil.....</i>	39
7	DISCUSSION.....	44
8	CONCLUSION.....	55
9	TABLE DES MATIERES.....	57
10	BIBLIOGRAPHIE.....	59
11	GLOSSAIRE.....	68
12	ANNEXES.....	69

10 BIBLIOGRAPHIE

- Abbeduto, L., Short-Meyerson, K., Benson, G., & Dolish, J. (2004). Relationship between theory of mind and language ability in children and adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(2), 150-159.
- Adams, C. (2003). Intervention for developmental pragmatic language impairments. *Aula abierta*, (82), 79-96.
- Adams, C., Lloyd, J., Aldred, C., & Baxendale, J. (2006). Exploring the effects of communication intervention for developmental pragmatic language impairments: A signal-generation study. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 41, 41-65.
- Adams, K., & Markham, R. (1991). Recognition of affective facial expressions by children and adolescents with and without mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 96(1), 21-28.
- Adeniyi, Y. C., & Omigbodun, O. O. (2016). Effect of a classroom-based intervention on the social skills of pupils with intellectual disability in Southwest Nigeria. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10(1), 29.
- Aguado, G., & Narbona, J. (1997). Lenguaje y deficiencia mental. In J. Narbona & C. Chevrié-Muller, *El lenguaje del niño* (p. 351-359). Barcelona: Masson.
- Alberto, P. A., Cihak, D. F., & Gama, R. I. (2005). Use of static picture prompts versus video modeling during simulation instruction. *Research in Developmental Disabilities*, 26(4), 327-339.
- Arguel, A., & Jamet, E. (2009). Using video and static pictures to improve learning of procedural contents. *Computers in Human Behavior*, 25(2), 354-359.
- Armengaud, F. (2010). *La pragmatique*. Paris, France: P.U.F.
- Austin, J. L. (1991). *Quand dire, c'est faire*. (G. Lane, Trad.). Paris: Éditions du Seuil.
- Ayres, K. M., & Langone, J. (2008). Video supports for teaching students with developmental disabilities and autism: Twenty-five years of research and development. *Journal of Special Education Technology*, 23(3), 1.

- Bandura, A. (1980). *L'apprentissage social*. Bruxelles: P. Mardaga.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a « theory of mind » ? *Cognition*, 21(1), 37-46.
- Bates, E. (1976). *Language and context : the acquisition of pragmatics*. London: Academic press.
- Benson, G., Abbeduto, L., Short, K., Nuccio, J. B., & Maas, F. (1993). Development of a theory of mind in individuals with mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 98(3), 427-433.
- Bernicot, J. (1999). Pragmatique. In O. Houdé (Éd.), *Vocabulaire de sciences cognitives* (p. 346-352). Paris: PUF.
- Bishop, D. V. M., Chan, J., Adams, C., Hartley, J., & Weir, F. (2000). Conversational responsiveness in specific language impairment: Evidence of disproportionate pragmatic difficulties in a subset of children. *Development and Psychopathology*, 12(2), 177-199.
- Blackstone, S., & Berg, M. H. (2012). *Social Networks : a communication inventory for individuals with complex communication needs and their communication partners*. Attainment Company.
- Boutard, C., & Guillon, A. (2011). *Protocole d'évaluation du langage élaboré de l'adolescent*. Isbergues: Ortho édition.
- Bracops, M. (2010). *Introduction à la pragmatique. Les théories fondatrices : actes de langage, pragmatique cognitive, pragmatique intégrée* (2e édition). Bruxelles: De Boeck-Duculot.
- Branham, R. S., Collins, B. C., Schuster, J. W., & Kleinert, H. (1999). Teaching community skills to students with moderate disabilities : Comparing combined techniques of classroom simulation, videotape modeling and community-based instruction. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 170–181.
- Brownell, M. D., & Whiteley, J. H. (1992). Development and training of referential communication in children with mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 97(2), 161-171.

- Bruner, J. S. (2002). *Comment les enfants apprennent à parler*. (J. Piveteau & J. Chambert, Trad.) (Nouv. éd.). Paris: Retz.
- Büchel, F. P., & Paour, J.-L. (2005). Déficience intellectuelle : Déficits et remédiation cognitive. *Enfance*, 57(3), 227-240.
- Buggey, T. (2005). Video self-modeling applications with students with autism spectrum disorder in a small private school setting. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 20(1), 52-63.
- Bussy, G., Rigard, C., & des Portes, V. (2013). Impact d'un entraînement de la mémoire à court terme verbale sur le langage d'enfants ayant une déficience intellectuelle. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 24, 141-151.
- Carvajal, F., Fernández-Alcaraz, C., Rueda, M., & Sarrión, L. (2012). Processing of facial expressions of emotions by adults with Down syndrome and moderate intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 33(3), 783-790.
- Charlop, M. H., & Milstein, J. P. (1989). Teaching autistic children conversational speech using video modeling. *Journal of applied behavior analysis*, 22(3), 275-285.
- Charlop-Christy, M. H., & Daneshvar, S. (2003). Using video modeling to teach perspective taking to children with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 5(1), 12-21.
- Charlop-Christy, M. H., & Haymes, L. K. (1996). Using obsessions as reinforcers with and without mild reductive procedures to decrease inappropriate behaviors of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26(5), 527-546.
- Charolles, M. (1995). Cohésion, cohérence et pertinence du discours. *Travaux de linguistique : Revue internationale de linguistique française*, (29), 125-151.
- Cihak, D., Alberto, P. A., Taber-Doughty, T., & Gama, R. I. (2006). A comparison of static picture prompting and video prompting simulation strategies using group instructional procedures. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 21(2), 89-99.
- Clerc, J., & Courbois, Y. (2005). Mémoire visuelle et mémoire phonologique chez des adolescents en retard. *Enfance*, 57(3), 261-269.
- Cognition and Technology Group at Vanderbilt. (1990). Anchored instruction and its relationship to situated cognition. *Educational Researcher*, 19(6), 2-10.

- Cognition and Technology Group at Vanderbilt. (1992). The Jasper experiment: An exploration of issues in learning and instructional design. *Educational Technology Research and Development*, 40(1), 65-80.
- Condon, W. S., & Ogston, W. D. (1966). Sound film analysis of normal and pathological behavior patterns. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 143(4), 338.
- Coquet, F. (2005). Pragmatique : quelques notions de base. *Rééducation Orthophonique*, (221), 13-27.
- Cornoldi, C., & Campari, S. (1998). Connaissance métacognitive et contrôle métacognitif dans le retard mental. In F. P. Büchel, J. L. Paour, Y. Courbois, & U. Scharnhorst (Éd.), *Attention, mémoire, apprentissage. Etudes sur le retard mental*. Sprimont, Belgique: Mardaga.
- Cosnier, J. (1996). Les gestes du dialogue, la communication non verbale. *Psychologie de la motivation*, 21, 129–138.
- Cosnier, J. (2015). *Psychologie des émotions et des sentiments* (3e édition-1e édition : 1994). Retz. Consulté à l'adresse http://www.icar.cnrs.fr/pageperso/jcosnier/articles/Emotions_et_sentiments.pdf
- Cosnier, J., & Vaysse, J. (1997). Sémiotique des gestes communicatifs. *Nouveaux actes sémiotiques*, 52, 7-28.
- Dagnan, D. (2007). Psychosocial interventions for people with intellectual disabilities and mental ill-health. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(5), 456-460.
- Dardier, V. (2004). *Pragmatique et pathologies : Comment étudier les troubles de l'usage du langage*. Rosny-sous-Bois: Bréal éd.
- De Villiers, J. (2007). The interface of language and Theory of Mind. *Lingua*, 117(11), 1858-1878.
- Ekman, P., Friesen, W. V., & Ellsworth, P. (1972). *Emotion in the human face : Guidelines for research and an integration of findings*. New York: Pergamon Press.
- Ekman, P., Levenson, R. W., & Friesen, W. V. (1983). Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. *Science*, 221(4616), 1208–1210.
- Embregts, P. J. C. M. (2000). Effectiveness of video feedback and self-management on inappropriate social behavior of youth with mild mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 21(5), 409-423.

- Gepner, B., Deruelle, C., & Grynfeldt, S. (2001). Motion and emotion : A novel approach to the study of face processing by young autistic children. *Journal of autism and developmental disorders*, 31(1), 37–45.
- Girolametto, L. E. (1988). Improving the social-conversational skills of developmentally delayed children : An intervention study. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 53(2), 156-167.
- Grice, H. P. (1979). Logique et conversation. *Communications*, 30(1), 57-72.
- Grisson, B. (2004). Des sciences sociales à l'anthropologie cognitive. Les généalogies de la cognition située. *Activités*, 01(1-2).
- Haring, T. G., Kennedy, C. H., Adams, M. J., & Pitts-Conway, V. (1987). Teaching generalization of purchasing skills across community settings to autistic youth using videotape modeling. *Journal of applied behavior analysis*, 20(1), 89–96.
- Hatton, C. (1998). Pragmatic language skills in people with intellectual disabilities : A review. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 23(1), 79-100.
- Hetzroni, O., & Banin, I. (2017). The effect of educational software, video modelling and group discussion on social-skill acquisition among students with mild intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(4), 757-773.
- Hetzroni, O., & Oren, B. (2002). Effects of intelligence level and place of residence on the ability of individuals with mental retardation to identify facial expressions. *Research in Developmental Disabilities*, 23(6), 369-378.
- Höffler, T. N., & Leutner, D. (2007). Instructional animation versus static pictures : A meta-analysis. *Learning and Instruction*, 17(6), 722-738.
- Inserm. (2016). *Déficiência intellectuelle*. (Collection Expertise collective). Montrouge : EDP Sciences.
- Izard, C. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum Press.
- Kaiser, A. P., & Trent, J. A. (2007). Communication intervention for young children with disabilities : Naturalistic approaches to promoting development. In *Handbook of developmental disabilities*. New York: The Guildford Press.
- Lachavanne, A., & Barisnikov, K. (2013). Rééducation des compétences socio-émotionnelles pour des adultes présentant une déficiência intellectuelle. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 63(6), 345-352.
- Langone, J. (1990). *Teaching students with mild and moderate learning problems*. Needham Heights: Allyn and Bacon.

- Leffert, J. S., Siperstein, G. N., & Widaman, K. F. (2010). Social perception in children with intellectual disabilities : the interpretation of benign and hostile intentions. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(2), 168-180.
- Lenfant, M., Thibault, M.-P., & Helloin, M.-C. (2009). *EXALang 11-15*. Orthomotus.
- Martel, K. (2009). L'étude de la prosodie en acquisition : un enjeu clinique. *Enfance*, (3), 259–272.
- McAlpine, C., Kendall, K. A., & Singh, N. N. (1991). Recognition of facial expressions of emotion by persons with mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 96(1), 29-36.
- McKenzie, K., Matheson, E., McKaskie, K., Hamilton, L., & Murray, G. C. (2001). A picture of happiness : Karen Mckenzie and colleagues show how to improve communication with people with learning disabilities. *Learning Disability Practice*, 4(3), 26-29.
- Mechling, L. C. (2005). The effect of instructor-created video programs to teach students with disabilities : A literature review. *Journal of Special Education Technology*, 20(2), 25–36.
- Mechling, L. C., & Gustafson, M. (2008). Comparison of static picture and video prompting on the performance of cooking-related tasks by students with autism. *Journal of Special Education Technology*, 23(3), 31-45.
- Mechling, L. C., & Gustafson, M. (2009). Comparison of the effects of static picture and video prompting on completion of cooking related tasks by students with moderate intellectual disability
- Monfort, M. (2005). Troubles pragmatiques chez l'enfant : nosologie et principes d'intervention. *Rééducation Orthophonique*, (221).
- Monfort, M., Juárez Sánchez, A., & Monfort Juárez, I. (2005). *Les troubles de la pragmatique chez l'enfant*. Madrid, Espagne: Entha ediciones - Ortho édition.
- Morgan, R. L., & Salzberg, C. L. (1992). Effects of video-assisted training on employment-related social skills of adults with severe mental retardation. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25(2), 365-383.
- Moro, C. (2001). La cognition située sous le regard du paradigme vygotkien. *Schweizerische Zeitschrift für Bildungswissenschaften*, 23, 493-512.
- Nikopoulos, C. K., & Keenan, M. (2003). Promoting social initiation in children with autism using video modeling. *Behavioral Interventions*, 18(2), 87-108.
- Oetting, J. B., & Rice, M. L. (1991). Influence of the social context on pragmatic skills of adults with mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 95(4), 435-443.

- Owen, A., Browning, M., & Jones, R. S. P. (2001). Emotion recognition in adults with mild-moderate learning disabilities : An exploratory study. *Journal of Learning Disabilities*, 5(3), 267-281.
- Paas, F., & Sweller, J. (2014). Implications of cognitive load theory for multimedia learning. In R. Mayer (Éd.), *The Cambridge handbook of multimedia learning* (2^e éd., p. 27-42). Cambridge: Cambridge University Press.
- Pennequin, V., Sorel, O., Nanty, I., & Fontaine, R. (2011). Métacognition et déficience intellectuelle chez l'enfant et l'adolescent : Effet d'un entraînement sur la résolution de problèmes. *Enfance*, (2), 225-244.
- Pirchio, S., Caselli, M. C., & Voltera, V. (2003). Gestes, mots et tours de parole chez des enfants atteints du syndrome de Williams ou du syndrome de Down. *Enfance*, 55, 251 à 264.
- Plantin, C. (2015). Micro-émotions en interaction : “ah merde, ya rien pour maman”. In S. Veiras (Éd.), *Les émotions et leurs implications dans le discours, les interactions et l'apprentissage* (Vol. 12, p. 5-21). Voix Plurielles.
- Richardson, K., & Klecan-Aker, J. S. (2000). Teaching pragmatics to language-learning disabled children : A treatment outcome study. *Child Language Teaching and Therapy*, 16(1), 23-42.
- Rizzolatti, G., & Sinigaglia, C. (2008). *Les neurones miroirs*. Paris: Odile Jacob.
- Rojahn, J., Esbensen, A. J., & Hoch, T. A. (2006). Relationships between facial discrimination and social adjustment in mental retardation. *American journal of mental retardation*, 111(5), 366-377.
- Rojahn, J., Lederer, M., & Tassé, M. J. (1995). Facial emotion recognition by persons with mental retardation : A review of the experimental literature. *Research in Developmental Disabilities*, 16(5), 393-414.
- Rojahn, J., Rabold, D. E., & Schneider, F. (1995). Emotion specificity in mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 99(5), 477-486.
- Rondal, J.-A. (1999). Retards mentaux. In J.-A. Rondal, X. Seron (Éd.), *Troubles du langage*. Sprimont, Belgique: Mardaga.
- Salbreux, R., & Misès, R. (2005). La notion de déficience intellectuelle et ses applications pratiques. *Contraste*, (1), 23-47.
- Saussure, F. de. (2016). *Cours de linguistique générale*. (C. Bally & A. Sechehaye, Éd.) (1^{ère} éd : 1916). Paris: Éditions Payot & Rivages.
- Schalick, W. O., Westbrook, C., & Young, B. (2012). *Communication with individuals with intellectual disabilities and psychiatric disabilities : A summary of the literature*. Working papers wp264, University of Michigan, Michigan Retirement Research Center.

- Scotland, J. L., Cossar, J., & McKenzie, K. (2015). The ability of adults with an intellectual disability to recognise facial expressions of emotion in comparison with typically developing individuals : A systematic review. *Research in Developmental Disabilities, 41-42*, 22-39.
- Searle, J. R. (2008). *Les actes de langage : Essai de philosophie du langage*. (H. Pauchard, Trad.). Paris: Hermann.
- Sherer, M., Pierce, K. L., Paredes, S., Kisacky, K. L., Ingersoll, B., & Schreibman, L. (2001). Enhancing conversation skills in children with autism via video technology : Which is better, “self” or “other” as a model ? *Behavior modification, 25*(1), 140–158.
- Singh, N. N., Oswald, D. P., Lancioni, G. E., Ellis, C. R., Sage, M., & Ferris, J. R. (2005). The neuropsychology of facial identity and facial expression in children with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities, 26*(1), 33-40.
- Soidet, I. (2006). Un système descriptif d’analyse des interactions de tutelle entre adolescents. Stratégies tutorielles et dynamiques interactives. *Bulletin de psychologie, Numéro 482*(2), 203-215.
- Sorsana, C. (2011). Rôle de l’action dans le développement de la pensée : Questions vives et perspectives. *Enfance, 1*(1), 5-15.
- Sperber, D., & Wilson, D. (1989). *La pertinence : Communication et cognition*. (A. Gerschenfeld & D. Sperber, Trad.). Paris: les Éd. de Minuit.
- Stephens, W. E., & Ludy, I. E. (1975). Action-concept learning in retarded children using photographic slides, motion picture sequences, and live demonstrations. *American Journal of Mental Deficiency, 80*(3), 277-280.
- Sukhodolsky, D. G., & Butter, E. M. (2007). Social skills training for children with intellectual disabilities. In J. W. Jacobson, J. A. Mulick, & J. Rojahn (Éd.), *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities* (p. 601-618). Boston, MA: Springer US.
- Sweller, J., & Chandler, P. (1994). Why some material is difficult to learn. *Cognition and Instruction, 12*(3), 185-233.
- Taber-Doughty, T. (2005). Considering student choice when selecting instructional strategies : A comparison of three prompting systems. *Research in Developmental Disabilities, 26*(5), 411-432.
- Thirion-Marissiaux, A.-F., & Nader-Grosbois, N. (2008a). Theory of mind « beliefs », developmental characteristics and social understanding in children and adolescents with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 29*(6), 547-566.
- Thirion-Marissiaux, A.-F., & Nader-Grosbois, N. (2008b). Theory of Mind « emotion », developmental characteristics and social understanding in children and adolescents with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 29*(5), 414-430.

- Tiercelin, C. (2013). *C. S. Peirce et le pragmatisme*. Paris: Collège de France.
- Tiong, S.-J., Blampied, N. M., & Le Grice, B. (1992). Training community-living, intellectually handicapped people in fire safety using video prompting. *Behaviour Change*, 9(2), 65–72.
- Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2001). Infant intersubjectivity : Research, theory, and clinical applications. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42(1), 3-48.
- Tversky, B., Morrison, J. B., & Betrancourt, M. (2002). Animation : can it facilitate ? *International Journal of Human-Computer Studies*, 57(4), 247-262.
- Van Laarhoven, T., Kraus, E., Karpman, K., Nizzi, R., & Valentino, J. (2010). A comparison of picture and video prompts to teach daily living skills to individuals with autism. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 25(4), 195-208.
- Vesperini, S., Askenazy, F., Renaudo, N., Staccini, P., Hun, S., Legall, E., & Serret, S. (2015). Intervention pro-sociale chez l'enfant et l'adolescent avec trouble du spectre autistique sans déficit intellectuel : Intérêt du support vidéo. *L'Encéphale*, 41(1), 47–55.
- Vicky, T. (2017). Investigating the use of a video-based Social Information Processing Interview Schedule (SIPIS) for individuals with ASD subtypes. *Clinical Psychiatry*, 3(2).
- Vygotski, L. S. (1994). *Défectologie et déficience mentale*. (K. Barisnikov & G. Petitpierre, Éd.). Neuchâtel, Suisse: Delachaux et Niestlé.
- Vygotski, L. S. (2013). *Pensée et langage*. (F. Sève, Trad.) (4e édition). Paris: La Dispute.
- Wehmeyer, M. L., Kelchner, K., & Richards, S. (1996). Essential characteristics of self-determined behavior of individuals with mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 100(6), 632-642.
- Wetherby, A. M., & Prutting, C. A. (1984). Profiles of communicative and cognitive-social abilities in autistic children. *Journal of Speech and Hearing Research*, 27(3), 364-377.
- Wissick, C. A., Gardner, J. E., & Langone, J. (1999). Video-based simulations : Considerations for teaching students with developmental disabilities. *Career Development for Exceptional Individuals*, 22(2), 233-249.
- Wolfensberger, W. (2011). Social role valorization : A proposed new term for the principle of normalization. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 49(6), 435-440.
- Yirmiya, N., Erel, O., Shaked, M., & Solomonica-Levi, D. (1998). Meta-analyses comparing theory of mind abilities of individuals with autism, individuals with mental retardation, and normally developing individuals. *Psychological Bulletin*, 124(3), 283-307.

11 GLOSSAIRE

AAIDD : American Association on Intellectual and Developmental Disabilities

APA : American Psychiatric Association

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies (10^e révision)

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5^e édition)

12 ANNEXES

ANNEXE I : Formulaire de consentement patient

Je soussigné, représentant légal de l'enfant accompagné par le service, accepte de plein gré que mon enfant participe au projet de mémoire d'orthophonie de madame TONNET-VONKEN Isabelle, actuellement étudiante en cinquième année du centre de formation universitaire en orthophonie de Toulouse, encadré par madame COLLIE, orthophoniste.

Je déclare que mon fils/ma filleparticipe de son plein gré à ce projet.

J'accepte que le matériel constitué pour ce travail soit proposé à mon enfant dans le cadre de ses séances de prise en charge en orthophonie par mesdames COLLIE et TONNET-VONKEN

J'accepte que les résultats de cette étude, une fois anonymés, soient utilisés dans le cadre du mémoire de madame TONNET-VONKEN.

A, le

Signature

ANNEXE II : Description des sujets

Sujets	Sexe	Age	Scolarité	QIT ⁷	Description des difficultés pragmatiques ⁸			
					<i>Difficultés dans l'intentionnalité de la communication</i>	<i>Difficultés dans l'organisation du discours</i>	<i>Difficultés d'adaptation</i>	<i>Difficultés dans la régulation de l'échange</i>
C	F	16.1	CAPA Horticulture	55-68 (WISC-IV)	- Actes de langage : initier l'échange, exprimer ses sentiments, ses difficultés, son désaccord - Fonctions de communication	- Cohésion - Cohérence - Hiérarchisation des informations - Quantité /qualité des informations - Inférences - Implicite - Raisonnement	- Au contexte : situations sociales de communication - Savoirs partagés - Compétences non verbales	- Contact visuel
T1	M	16.7	3° préparatoire à l'enseignement professionnel	85 (WNV)		- Hiérarchisation des informations - Manière (va au bout de ce qu'il a à dire) - Inférences - Implicite - Raisonnement	- Ajustement social - Réciprocité socio-émotionnelle - Verbosité - Analyse des intentions d'autrui et des éléments contextuels	- Tours de parole - Contact visuel
T2	F	14	Ulis Collège 4°	57-70 (WISC-IV)	- Actes de langage : formuler un avis	- Cohésion + cohérence - Hiérarchisation de l'information - Inférence - Implicite - Raisonnement	- A l'interlocuteur (Théorie de l'esprit) - Du message au contexte pré-suppositionnel - Communication non verbale (mimogestualité)	- Initiation (silences, initie peu le thème au sein d'un groupe) - Peu de prise en compte des feedback -> peu de correction des productions

C = cas

T1 = témoin n°1 / T2 = témoin n°2

⁷ Le quotient intellectuel a été évalué avec la WISC-IV ou la WNV

⁸ Les axes sont inspirés des travaux de Françoise Coquet (Coquet, 2005)

ANNEXE III : Ordre de présentation des films et descriptions de leur contenu

Situations de communication	Durée	Partenaires de communication ⁹	Contexte circonstanciel ¹⁰	Gestualité ¹¹	Emotions Sensations sentiments ¹²	Fonctions de communications ¹³
<p>1. Le bulletin scolaire</p> <p>Les parents d'un adolescent reçoivent par courrier le bulletin scolaire de leur enfant</p>	1 min 13 s	<p><i>Cercle 1 :</i></p> <p>Les parents et le fils</p>	<p><i>Familier :</i></p> <p>Cuisine de la maison familiale</p> <p>Fin de journée, début de soirée</p>	<p>. Gestes communicatifs :</p> <p><u>Gestes quasi-linguistiques</u> : geste d'appel bras/main vers le corps (père), geste de négation (mère) geste de renvoi (père)</p> <p><u>Gestes co-verbaux</u> :</p> <p>Référentiels :</p> <p>- Déictiques : père qui montre la lettre, pointage du bulletin (main)</p> <p>Expressifs : cf. la mimogestualité associée aux émotions ci-contre</p> <p>Paraverbaux : mouvements des mains du père (scansion des propos au sujet du bulletin)</p> <p><u>Gestes synchronisateurs</u> : échanges de regards père/mère, hochements de la tête (mère)</p> <p>. Gestes extracommunicatifs : main sur la bouche (mère), main sur les hanches (mère)</p>	<p>. Emotions primaires :</p> <p>Colère (mécontentement, énervement)</p> <p>Tristesse</p> <p>Surprise (stupeur)</p> <p>Honte (gêne)</p> <p>Culpabilité</p> <p>. Affects quotidiens</p> <p>Incompréhension</p> <p>Déception</p> <p>. Ratés du contrôle émotionnel :</p> <p>Impatience</p> <p>. Sentiments :</p> <p>Violence</p>	<p>. Fonction de régulation comportementale :</p> <p>Demander une action (venir dans la cuisine, retourner dans la chambre), demander une cessation d'activité (usage du portable), promettre de mieux agir</p> <p>. Fonction d'interaction sociale :</p> <p>Saluer (père-mère), attirer l'attention sur soi (appeler le fils)</p> <p>. Fonction d'attention conjointe :</p> <p>Demander et fournir de l'information sur le bulletin, exprimer une émotion</p>
<p>2. Perdue en ville</p> <p>Une touriste perdue dans le centre de Toulouse demande son chemin</p>	1 min 02 s	<p><i>Cercle 5 :</i></p> <p>Une touriste et deux passants</p>	<p><i>Non familial :</i></p> <p>Rue</p> <p>En journée</p>	<p>. Gestes communicatifs</p> <p><u>Gestes quasi-linguistiques</u> : geste d'appel de la main (touriste), geste de négation de la main (passant n°1), hochement de tête négatif (passant n°2)</p> <p><u>Gestes co-verbaux</u> :</p> <p>Référentiels :</p> <p>- Déictiques : pointage de la carte</p> <p>- Déictiques spatio-temporels : explication d'un trajet</p> <p>Expressifs : cf. la mimogestualité associée aux émotions ci-contre</p> <p><u>Gestes synchronisateurs</u> : échange de regards touriste/passant n°2, hochements de tête (touriste)</p> <p>. Gestes extracommunicatifs : mains sur les hanches (passant n°2), main sur la bouche (touriste)</p>	<p>. Emotions primaires :</p> <p>Joie (contentement, satisfaction),</p> <p>Colère (énervement, mécontentement)</p> <p>Détresse (désorientation, impuissance)</p> <p>. Affects quotidiens :</p> <p>Doute, perplexité, méconnaissance</p> <p>Déception</p> <p>Reconnaissance, gratitude</p> <p>. Emotions contrôlés :</p> <p>Indifférence</p> <p>Soulagement</p> <p>. Ratés du contrôle émotionnel :</p> <p>Stress, angoisse</p>	<p>. Fonction de régulation comportementale :</p> <p>Demander une action (arrêter un passant), demander de l'aide (demander son chemin), refuser (d'apporter de l'aide)</p> <p>. Fonction d'interaction sociale :</p> <p>Attirer l'attention sur soi (héler un passant) / Saluer/ Remercier</p> <p>. Fonction d'attention conjointe</p> <p>Demander et fournir de l'information (sur un chemin à suivre), exprimer une émotion</p>

⁹ La notion de cercle de communication est empruntée à Sarah Blackstone et Mary Hunt Berg (Blackstone & Berg, 2012)

¹⁰ Le terme est emprunté à Françoise Armengaud (Armengaud, 2010)

¹¹ La classification retenue s'inspire des travaux de Jacques Cosnier (Cosnier, 1996; Cosnier & Vaysse, 1997)

¹² La classification retenue s'inspire de différents auteurs (Cosnier, 2015; Ekman, Friesen, & Ellsworth, 1972; Izard, 1977).

¹³ La classification retenue est inspirée des travaux de A.M. Wetherby et C.A. Prutting (Wetherby & Prutting, 1984)

<p>3. Préparation du repas Une mère et sa fille préparent le repas du soir</p>	4 min 20 s	<p><i>Cercle 1 :</i> Une mère et sa fille</p>	<p><i>Familier :</i> Cuisine de la maison familiale En soirée</p>	<p>. Gestes communicatifs <u>Gestes co-verbaux :</u> Référentiels : - Déictiques : pointage de la pile d'assiette avec yeux + tête (mère), pointage de la chaise (fille) - Iconiques : mouliné avec les mains pour signifier les ruminations mentales (mère) Expressifs : cf. la mimogestualité associée aux émotions ci-contre <u>Gestes synchronisateurs :</u> échanges de regards mère/fille (devant le tiroir à couvert, de part et d'autre du plan de travail), mouvements de tête (mère/fille), élévation des sourcils (fille) . Gestes extracommunicatifs : mains sur le front et les yeux (mère)</p>	<p>. Affects quotidiens : Manque d'envie, d'entrain, lassitude . Emotions contrôlées : Soulagement . Sentiments : Amour (affection, tendresse) . Sensations : Fatigue, épuisement Douleur</p>	<p>. Fonction de régulation comportementale : Demander/proposer de l'aide (pour la préparation du repas), demander de cesser une activité (préparation du repas par la mère), convaincre (de se reposer) . Fonction d'interaction sociale Attirer l'attention sur soi (appeler la fille), remercier. . Fonction d'attention conjointe Demander/fournir de l'information (questionner quelqu'un sur sa journée, expliquer les raisons de sa fatigue), exprimer ses émotions, sensations</p>
<p>4. Rendez-vous amoureux Un jeune homme attend sa fiancée en retard pour leur rendez-vous</p>	3 min 15 s	<p><i>Cercle 2 :</i> Un jeune homme et sa fiancée</p>	<p><i>Non familier :</i> Parc dans une ville En journée</p>	<p>. Gestes communicatifs <u>Gestes quasi-linguistiques :</u> hochement de tête négatif (homme) <u>Gestes co-verbaux :</u> Référentiels : - Déictiques : pseudo-pointage de la femme quand elle explique son retard, pointage de la montre (homme) Expressifs : cf. la mimogestualité associée aux émotions ci-contre Paraverbaux : mouvements des mains de l'homme (scansion des propos lors de la conversation téléphonique) <u>Gestes synchronisateurs :</u> échanges de regards homme/femme, mouvements de tête (femme), yeux au ciel (homme) . Gestes extracommunicatifs : gestes d'auto-contact (homme : paumes des mains, cuisses ; femme : main sur la bouche, dans les cheveux)</p>	<p>. Emotions primaires : Colère (énervement, mécontentement, exaspération) Honte (regrets, remords) . Ratés du contrôle émotionnel : Impatience . Sentiments : Amour (affection, tendresse) . Sensations : Essoufflement</p>	<p>. Fonction de régulation comportementale : Demander une action (venir au rendez-vous) S'excuser / pardonner . Fonction d'attention conjointe : Attirer l'attention sur soi (appeler au téléphone), fournir des explications (→ argumenter, expliquer son retard), demander de l'information, exprimer ses sensations/émotions, son avis (reprocher)</p>
<p>5. Apporter son aide Un passant propose son aide à une vieille dame ayant des difficultés à porter son panier</p>	2 min	<p><i>Cercle 5 :</i> Une dame âgée et un passant</p>	<p><i>Non familier :</i> Rue En journée</p>	<p>. Gestes communicatifs <u>Gestes quasi-linguistiques :</u> hochement de tête négatif (femme), geste de salutation de la main (homme), hochement de tête de salutation (femme) <u>Gestes co-verbaux :</u> Référentiels : - Déictiques : pointage avec la canne (femme), pointage avec le doigt (femme) Expressifs : cf. la mimogestualité associée aux émotions ci-contre Paraverbaux : mouvements des mains/des bras de la femme (scansion des propos) <u>Gestes synchronisateurs :</u> échanges de regards homme/femme, mouvements de tête (femme) . Gestes extracommunicatifs : gestes d'auto-contact (femme : main dans le dos)</p>	<p>. Emotions primaires : Honte (gêne) Peur (méfiance, prudence) . Affects quotidiens : Gratitude Empathie (compassion) . Emotions contrôlées Soulagement . Sensations : Fatigue Douleur</p>	<p>. Fonction de régulation comportementale : Proposer/apporter son aide / refuser de l'aide . Fonction d'interaction sociale : Saluer Remercier . Fonction d'attention conjointe : Demander des informations / fournir des informations (sur son lieu d'habitation) Exprimer son avis, se justifier</p>

<p>6. Réveil difficile Une mère réveille sa fille afin que celle-ci se rende au lycée</p>	2 min 29 s	<p><i>Cercle 1 :</i> Une femme et sa fille, adolescente</p>	<p><i>Familier :</i> Chambre et cuisine de la maison familiale Le matin</p>	<p>. Gestes communicatifs <u>Gestes quasi-linguistiques</u> : mère qui regarde sa montre <u>Gestes co-verbaux</u> : Référentiels : - Déictiques : pseudo-pointage de la madeleine et du jus de fruit (mère+filles) - Auto-référentiel : main sur l'oreille (filles) Expressifs : cf. la mimogestualité associée aux émotions ci-contre <u>Gestes synchronisateurs</u> : contact corporel de la mère lors du réveil de sa fille, échanges de regards mère/filles, mouvements de tête, yeux au ciel (filles) . Gestes extracommunicatifs : gestes d'auto-contact (filles : main qui tient la tête), geste de manipulation (filles : manipulation du sachet de madeleine)</p>	<p>. Emotions primaires : Colère (énervement) Dégoût Amour (affection) . Affects quotidiens : Lassitude . Emotions contrôlées : Soulagement . Ratés du contrôle émotionnel : Stress . Sensations : Fatigue Douleur</p>	<p>. Fonction de régulation comportementale : Demander une action (se réveiller, se dépêcher), refuser (de manger), demander une cessation d'activité (crier, brosser les cheveux) . Fonction d'interaction sociale : Attirer l'attention sur soi (appeler sa fille), reprocher (de crier, de faire mal), saluer . Fonction d'attention conjointe : Exprimer ses sentiments et ses sensations</p>
<p>7. Rencontre Un jeune homme rencontre au parc une ancienne connaissance</p>	1 min 13 s	<p><i>Cercle 3 :</i> Deux hommes</p>	<p><i>Non familier :</i> Parc</p>	<p>. Gestes communicatifs <u>Gestes quasi-linguistiques</u> : Homme à la casquette jaune : geste d'appel de la main, hochement de tête négatif, main en avant pour signifier « attends », Homme en noir : regarde sa montre Les 2 hommes : poignée de main, geste de salutation de la main <u>Gestes co-verbaux</u> : Expressifs : cf. la mimogestualité associée aux émotions ci-contre Paraverbaux : mouvements des mains/des bras de l'homme en noir (scansion des propos lors de la conversation téléphonique) <u>Gestes synchronisateurs</u> : main sur le bras lors de la salutation, échanges de regards, mouvements de tête . Gestes extracommunicatifs : gestes d'auto-contact (homme à la casquette jaune: main sur les hanches),</p>	<p>. Emotions primaires : Joie Colère (énervement, exaspération) Surprise (étonnement) Culpabilité (regrets) . Affects quotidiens : Doute . Sensations : Excitation</p>	<p>. Fonction de régulation comportementale : Demander une action (arrêter un passant), proposer (un rendez-vous) . Fonction d'interaction sociale : Attirer l'attention sur soi (héler un passant), saluer . Fonction d'attention conjointe : Exprimer ses sentiments, son avis, demander / fournir des informations (demander / donner des nouvelles sur sa vie actuelle), se justifier / argumenter (pour décliner un rendez-vous), refuser / accepter un rendez-vous</p>
<p>8. Chez l'opticien Une femme entre chez un opticien pour acheter des lunettes de soleil</p>	3 min 17 s	<p><i>Cercle 5 :</i> Une opticienne, une cliente, un client</p>	<p><i>Non familier :</i> Commerce En journée</p>	<p>. Gestes communicatifs <u>Gestes quasi-linguistiques</u> : Hochement de tête de salutation (cliente) Hochement de tête assertif/approbatif (opticienne/cliente) Hochement de tête négatif (cliente) <u>Gestes co-verbaux</u> : Référentiels : -Déictiques : pointage des lunettes (cliente/opticienne) - Iconiques : mains autour du visage en lien avec la physionomie ou la forme des lunettes (opticienne) Expressifs : cf. la mimogestualité associée aux émotions ci-contre Paraverbaux : mouvements des mains de la cliente</p>	<p>. Emotions primaires : Joie (contentement, satisfaction) Intérêt . Affects quotidiens : Doute/ Hésitations . Ratés du contrôle émotionnel : Impatience</p>	<p>. Fonction de régulation comportementale : Demander une action (s'asseoir) . Fonction d'interaction sociale : saluer . Fonction d'attention conjointe : Exprimer ses sentiments, son avis (sur les lunettes), demander / fournir des informations (sur les lunettes), se justifier / argumenter (pour guider la cliente dans son choix).</p>

				(début de la scène) + de l'opticienne (scansion des explications données à la cliente) <u>Gestes synchronisateurs</u> : échanges de regards, mouvements de tête. . Gestes extracommunicatifs : gestes d'auto-contact (cliente: main sur les hanches, sur la bouche)		
--	--	--	--	--	--	--

ANNEXE IV : Consignes des exercices du set d'activités

Chapitre 1 : Que se passe-t-il ?	<ol style="list-style-type: none">1. <i>Qu'as-tu compris de ce film ? Peux-tu me le raconter ?</i>2. <i>Je vais te proposer plusieurs résumés de l'histoire. Un seul parmi les quatre est juste. Tu dois me dire lequel et me dire pourquoi les autres ne peuvent pas être justes.</i>3. <i>Peux-tu imaginer un titre pour ce film ? Peux-tu m'expliquer pourquoi tu l'as choisi ?</i>4. <i>Je vais te proposer plusieurs titres de films. Tu devras choisir celui ou ceux qui conviennent le mieux et me dire pourquoi les autres ne conviennent pas.</i>
Chapitre 2 : Que disent-ils ?	<ol style="list-style-type: none">1. <i>Nous allons regarder ensemble quelques extraits du film. Tu devras inventer ce que disent les personnages.</i>2. <i>J'ai imaginé ce que peut dire ce personnage mais il y a des choses qui ne vont pas quand il parle. Qu'est-ce qui ne va pas ?</i>
Chapitre 3 : Que ressentent-ils ?	<ol style="list-style-type: none">1. <i>Nous allons regarder ensemble quelques extraits du film. Tu devras dire ce que ressentent les personnages.</i>2. <i>Je vais te demander maintenant de poser sous chaque photo la ou les étiquette(s) « émotions/sensations » qui correspond(ent) le mieux.</i>3. <i>Je vais te proposer de mettre ensemble toutes les photos et les images qui représentent la même émotion. (Sélectionner dans différents matériels des représentations variées des émotions travaillées et les proposer au patient afin qu'il les trie)</i>
Chapitre 4 : Que peuvent-ils penser ?	<ol style="list-style-type: none">1. <i>Nous allons regarder ensemble quelques extraits du film. Tu devras me dire ce que peuvent penser les personnages et pourquoi.</i>2. <i>Je vais te proposer plusieurs possibilités sur ce que pensent les personnages. Certaines sont justes et d'autres non. Tu dois me dire lesquelles sont justes et me dire pourquoi les autres ne peuvent pas être justes.</i>
Chapitre 5 : Que veulent-ils ?	<p><i>Nous allons regarder ensemble quelques extraits du film. Tu devras me dire ce que veulent ou ne veulent pas les personnages et pourquoi.</i></p>
Chapitre 6 : Imaginer	<ol style="list-style-type: none">1. <i>Que faisaient les personnages avant la scène ?</i>2. <i>Que feront les personnages après la scène ?</i>3. <i>Qu'est-ce qu'il pourrait se passer d'autre dans ce film ?</i>

ANNEXE V : Analyse qualitative des compétences pragmatiques du patient en séance

Sujet:.....Date :Description de l'activité :

<i>Critères</i>	<i>oui</i>	<i>non</i>	<i>Type d'étayage (réponse spontanée/étayage normal, étayage soutenu, modélisation)</i>
<i>Intentionnalité de la communication</i>			
Actes et fonctions de communication variés			
Éléments non verbaux			
<i>Régie de l'échange</i>			
Habilité à gérer la conversation			
Habilité à gérer le sujet			
Contact visuel			
Respect des tours de parole			
Routines conversationnelles			
Prise en compte des feed-backs			
<i>Adaptation</i>			
Adaptation au contexte spatio-temporel, matériel, situationnel			
Indices non verbaux + lien entre INV et les émotions, les intentions			
Adaptation à l'interlocuteur			
Adaptation au message			
<i>Organisation de l'information</i>			
Respect des règles de coopération			
Cohérence			
Cohésion			
<i>Capacités d'abstraction</i>			
<i>Compétences métapragmatiques</i>			

ANNEXE VI : Comportement du sujet pendant la séance

SUJET :DATE :DESCRIPTION DE L'ACTIVITE :

CRITERES	OUI/NON	REMARQUES
Le sujet accepte de venir à la séance		Causes si refus :
Le sujet participe activement à toute la séance		Causes si retrait participatif : <ul style="list-style-type: none"> • Manque d'intérêt pour le support / activités en dessous de la ZPD • Difficultés de maintien attentionnel • Fatigabilité : Activités au-dessus de la ZPD / excès d'activités • Autres
Le sujet fait des liens entre les séances		Réactivation de la séance précédente : Projection dans la séance suivante : Autres :

ANNEXE VII : Utilisation de l'outil par le thérapeute

SUJET :DATE :DESCRIPTION DE L'ACTIVITE :

Pertinence des supports	Nature du support (dynamique vs statique)	
	Nombre de support (un support vs plusieurs support)	
	Qualité esthétique de l'outil proposé : qualité graphique, iconographique, de tournage	
	Contenu	
	Durée (de la vidéo, des activités associées à la vidéo ou aux outils classiques)	
	Suppression de l'input sonore (vidéo)	
Pertinence des activités associées	Alternance des activités orales et écrites	
	Contenu des activités	
	Aisance dans la manipulation des différents supports	
Rythme de la séance/de la prise en charge		

ANNEXE VIII : Protocole d'intervention pour les témoins

Stimulation pragmatique 1	<p>Outil : Maître Jacot¹⁴ (Histoire séquentielle n°11) <u>Que se passe-t-il ?</u> - Remets dans l'ordre l'histoire séquentielle. Pourquoi as-tu choisi cet ordre ? - Peux-tu me proposer un titre pour cette histoire. Pourquoi as-tu choisi ce titre ? - Je vais te proposer 4 titres d'histoire. Tu devras choisir celui ou ceux qui conviennent le mieux et me dire pourquoi les autres ne conviennent pas. <u>Que disent-ils ?</u> : Imagine le dialogue qu'il pourrait y avoir entre les personnages <u>Que ressentent-ils ?</u> : Associe les étiquettes émotions aux dessins de l'histoire. <u>Que peuvent penser les personnages ?</u> : Je vais te proposer plusieurs possibilités sur ce que pensent les personnages. Certaines sont justes et d'autres non. Tu dois me dire lesquelles sont justes et pourquoi les autres ne peuvent pas être justes</p>
Stimulation pragmatique 2	<p>Outils : L'esprit des autres¹⁵ (p.55) + Speech¹⁶ <u>Que veulent-ils ?</u> : Que veulent les personnages sur les dessins ? <u>Que disent-ils ?</u> : Choisis un dessin et imagine un petit dialogue entre les personnages <u>Imaginer</u> - Pioche une carte dans le jeu « Speech » et imagine ce qui a pu se passer avant la scène du dessin - Pioche une carte dans le jeu « Speech » et imagine ce qui a pu se passer après la scène du dessin</p>
Stimulation pragmatique 3	<p>Outil : Mais qu'est-ce qu'ils disent ?¹⁷ (Dans la rue) <u>Que disent-ils ?</u> : Associe les paroles suivantes aux personnages du dessin Outil : Jeu de domino SED¹⁸ + Speech³ <u>Que se passe-t-il ?</u> : Associe les premières lignes de l'histoire au titre qui convient <u>Imaginer</u> : Choisis un titre et le début d'histoire qui lui est associé et continue l'histoire en utilisant 2 cartes du jeu « Speech » et les expressions idiomatiques « raconter des salades » et « tomber dans les pommes »</p>
Stimulation pragmatique 4	<p>Outil : Enigmes à tous les étages¹⁹ (énigme n°1) <u>Que se passe-t-il ?</u> : Lis les déclarations des témoins et des suspects et observe l'intérieur et l'extérieur de l'hôtel. Où est la valise volée ? Qui est le coupable ? <u>Que ressentent-ils ?</u> : Que ressentent les personnages ? <u>Que peuvent penser les personnages ?</u> Je vais te proposer plusieurs possibilités sur ce que pensent les personnages. Certaines sont justes et d'autres non.</p>

¹⁴ Histoires de Maître Jacot. Schubi.

¹⁵ Monfort-Juarez I., Monfort M. (2004). *L'esprit des autres*. Entha Ediciones.

¹⁶ Bleuze F., Hirschfeld Y., Gourdet H. (2010). *Speech, le jeu qui se la raconte*. Cocktail game – Interlude.

¹⁷ Bouhours L., Poudret H. (2007). *Mais qu'est-ce qu'ils disent ?*. Ortho Edition.

¹⁸ *Domino « Histoires »*. Editions SED.

¹⁹ Martin P. (2004). *Enigmes à tous les étages*. Bayard Jeunesse.

Tu dois me dire lesquelles sont justes et pourquoi les autres ne peuvent pas être justes
Que veulent les personnages ? : Peux-tu me dire ce que veulent les personnages
Imaginer : Que s'est-il passé la veille du vol ? Que se passera-t-il après la découverte du coupable ?

**Stimulation
pragmatique 5** **Outil : Témoignages²⁰**
Que se passe-t-il ? Associe chaque témoignage à la BD qui lui correspond
Langage élaboré : Réponds aux questions de vocabulaire associées à la BD

**Stimulation
pragmatique 6** **Outil : fiche Orthomotus n°2 (décembre 2007)**
Langage élaboré : compréhension des termes polysémiques
Outil : Scenari²¹
Que se passe-t-il ?
- Regarde bien cette BD. Peux-tu me dire ce qui se passe ?
- Parmi les scenarii suivant, s peux-tu me dire celui qui correspond à la BD.
- Trouve un titre à cette BD
Que disent-ils ? Voici des parties de dialogue et de récit. Remets-les dans l'ordre en les positionnant à côté de chaque vignette.

**Stimulation
pragmatique 7** **Outil : Scenari⁸**
Que ressentent-ils ?
- Quelles émotions ou sensations ressentent les personnages ?
- A quelle vignette de la BD peux-tu associer les sensations/émotions suivantes ?
Que pensent-ils ?
- Que peuvent penser les personnages de la BD dans les vignettes suivantes ?
- A quelle vignette peux-tu associer les pensées suivantes ?
Que veulent les personnages dans les vignettes suivantes ?
Imaginer : Que s'est-il passé avant la première vignette ? Que se passera-t-il après la dernière vignette ?

**Stimulation
pragmatique 8** **Outil : What are they asking ?²²**
Que disent-ils ?
- Que peuvent demander les personnages ?
- Choisis une carte et invente un petit dialogue entre les personnages

²⁰ Lacomblez A., Henry S. (s.d). *Témoignages*. Atelier de l'oiseau magique.

²¹ Presle B., Geneste I., Forestier C..*Scenari*. Ortho Edition.

²² Webber S.G. *What are they asking ?* . Fun Deck Cards.

Stimulation pragmatique 9	<p>Outil : Maximagine²³ <u>Que se passe-t-il ?</u> : Remets dans l'ordre les images puis raconte-moi une histoire à partir de ces images <u>Que disent-ils ?</u> - imagine le dialogue entre l'enfant et l'adulte - imagine la conversation téléphonique entre l'adulte et les pompiers <u>Que ressentent-ils ?</u> - Associe les émotions/sensations/sentiments ci-dessous à une image - Associe les expressions suivantes aux images <u>Que pensent-ils ?</u> : Rédige une pensée pour chacun des personnages de la BD <u>Imaginer</u> - Que s'est-il passé avant la première vignette ? - Que se passera-t-il après la dernière vignette ?</p>
Stimulation pragmatique 10	<p>Outils : images de la PACE²⁴ + Time's up²⁵ <u>De quoi parle-t-on ? (Communication référentielle)</u> - Image en double explication : Nous avons les mêmes images. Tu en choisis une dans ta tête, tu ne me dis pas celle que tu as choisie. Donne-moi une information pour que je devine la carte que tu as choisie. Il faut que ton information soit précise. - Image en double devinette : Nous avons les mêmes images. J'en choisis une dans ma tête. Je ne te dis pas celle que j'ai choisie. Tu dois me poser des questions pour trouver la bonne carte. - Mots en simple devinette : <ul style="list-style-type: none"> ○ Pioche une carte du Time's up. Ne me la montre pas. Essaie de me faire deviner le mot sans me dire le mot, ni des mots de la même famille ○ Avec les mêmes cartes qu'à l'exercice précédent. Tu dois me faire deviner les mêmes mots que tout à l'heure mais, cette fois-ci, tu n'as le droit de me dire qu'un seul mot. ○ Avec les mêmes cartes qu'à l'exercice précédent. Tu dois me faire deviner les mêmes mots que tout à l'heure mais, cette fois-ci, tu n'as pas le droit parler. Tu dois me faire deviner le mot en le mimant. <u>Que disent-ils ?</u> : Imagine ce que pourrait dire le personnage de ta photo afin que je devine quelle photo tu as choisie.</p>
Stimulation pragmatique 11	<p>Outil : Cartablaba²⁶ <u>Que pensent-ils ? Qu'est-ce qui cloche ? Que s'est-il passé ?</u> : Pioche une carte et réponds à la question. Outil : Globi²⁷ (Histoire séquentielle) <u>Que se passe-t-il ?</u> : Remets les cartes dans l'ordre puis raconte-moi ce qui se passe.</p>

²³ Maximagine. Editions Pédagogiques du Grand Cerf.

²⁴ Bénichou Dominique (2015). Rééduquer l'aphasie – Méthode PACE. De Boeck-Solal.

²⁵ Sarrett Peter (2005). Time's up. Asmodée.

²⁶ Clairet F., Henry S. Cartablaba. Editions Pédagogiques du Grand Cerf.

²⁷ Histoires de Globi. Schubi.

	<p>Outil : Cartablaba²⁸ <u>Que peut-on dire ?</u> : Pioche une carte et imagine une phrase qui va bien avec le dessin</p>
<p>Stimulation pragmatique 12</p>	<p>Outil : Mais que disent-ils ?⁴ <u>Que disent-ils ?</u> : Associe les paroles suivantes aux personnages du dessin. Outil : Deducto²⁹ <u>Inférences</u> : Trouve le meurtrier, l'arme et le lieu du crime. Outil : What's being said ?³⁰ <u>Que disent-ils ?</u> : Imagine ce que peut dire le personnage de l'histoire.</p>
<p>Stimulation pragmatique 13</p>	<p>Outil : Deducto¹⁶ <u>Inférences</u> : Trouve le meurtrier, l'arme et le lieu du crime. Outil : Fiche visualisation « Labortho » <u>Que pensent-ils ?</u> <u>Que ressentent-ils ?</u> : Regarde bien la photo puis réponds aux questions.</p>
<p>Stimulation pragmatique 14</p>	<p>Outil : Témoignages⁷ <u>Que se passe-t-il ?</u> : Associe chaque témoignage à la BD qui lui correspond. <u>Que ressentent-ils ?</u> : Imagine les sentiments des personnages de la BD. <u>Que pensent-ils ?</u> : Imagine les pensées des personnages de la BD. <u>Langage élaboré</u> : Réponds aux questions de vocabulaire associées à la BD.</p>
<p>Stimulation pragmatique 15</p>	<p>Outil : Le jeu de la vérité³¹+ Speech³ <u>Logique</u> : Dis si les affirmations sont vraies ou fausses ou bien ni vraies ni fausses. <u>Que disent-ils ?</u> : Choisi une des cartes du jeu de la vérité et imagine un dialogue avec les personnages de l'histoire. <u>Imaginer</u> : Imagine maintenant ce qui pourrait se passer après la scène de la carte que tu as piochée. Aide-toi de 2 cartes du jeu « Speech ». Outil : Liens logiques³² <u>Logique</u> : Entoure les mots qui ont un lien logique avec l'image.</p>

²⁸ Clairet F., Henry S. *Cartablaba*. Editions Pédagogiques du Grand Cerf.

²⁹ Arroyo F., Cordel V. *Deducto*. Ortho Edition.

³⁰ Webber S.G. *What's being said ?*. Fun Deck Cards.

³¹ Lalandre G. *Le jeu de la vérité*. Atelier de l'Oiseau Magique – Editions Cogneaux

³² Fiche OrthoMalin

**Stimulation
pragmatique 16**

Outil : Liens logiques¹⁹

Logique : Entoure les mots qui ont un lien logique avec l'image.

Outil : Inférences pragmatiques en image³³

Logique : De quoi ou de qui parle-t-on dans l'énoncé ? (Designner la bonne vignette)

Outil : Morphosyntaxe et pragmatique³⁴

Entoure le mot qui peut remplacer le mot en gras dans l'énoncé

³³ Powerpoint OrthoMotus

³⁴ Fiche n°8. OrthoMotus.

Annexe IX : Droit à l'image majeur

Isabelle TONNET-VONKEN

Adresse

Numéro de téléphone

Objet : déclaration de consentement de participation à un mémoire

Je soussigné(e) participe au projet de Madame Isabelle TONNET-VONKEN, dans le cadre du mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie, encadré par madame COLLIE, orthophoniste.

Je déclare participer de mon plein gré à ce projet.

J'accepte que les films auxquels je participe soient utilisés dans le cadre de ce projet.

J'accepte ainsi qu'ils soient visionnés et utilisés dans le cadre du projet de mémoire et de la création d'un matériel destiné aux pratiques professionnelles des orthophonistes, ou d'autres professionnels du champ de la santé, sans limitation de date.

Fait à

Le

Signature :

Annexe IX bis : Droit à l'image mineur

Isabelle TONNET VONKEN
Adresse
Numero de tel

Objet : déclaration de consentement de participation à un mémoire

Je soussigné(e)accepte que mon
fils/ma fille..... participe au projet de
Madame Isabelle TONNET-VONKEN, dans le cadre du mémoire pour l'obtention du
Certificat de Capacité en Orthophonie, encadré par madame COLLIE, orthophoniste.

Je déclare que mon fils/ma filleparticipe de son
plein gré à ce projet.

J'accepte que les films auxquels mon fils/ma fille.....
participe soient utilisés dans le cadre de ce projet.

J'accepte ainsi qu'ils soient visionnés et utilisés dans le cadre du projet de mémoire et de la
création d'un matériel destiné aux pratiques professionnelles des orthophonistes, ou d'autres
professionnels du champ de la santé, sans limitation de date.

Fait à

Le

Signature :

RESUME

L'objectif de cette étude est de nous interroger sur la pertinence de l'utilisation de scènes muettes filmées de la vie quotidienne dans la prise en charge fonctionnelle des habiletés communicatives auprès d'adolescents porteurs de déficience intellectuelle légère avec ou sans troubles associés. Pour juger de cette pertinence, nous avons tourné huit films muets et nous avons conçu un set d'activités en lien avec ces films. Nous avons ensuite proposé ces outils à un patient adolescent porteur de déficience intellectuelle légère lors d'un programme de rééducation d'une durée de 16 semaines. En parallèle, une stimulation pragmatique classique a été menée auprès de deux patients adolescents témoins également porteurs de déficience intellectuelle légère. Les compétences pragmatiques des sujets ont été évaluées lors des phases de pré et post-traitement. Les résultats témoignent que l'outil vidéo permet l'amélioration d'habiletés cognitives globales de raisonnement et le déploiement de compétences pragmatiques préférentiellement réceptives. Ils démontrent aussi que les vidéos entraînent une participation active du sujet pendant la séance sous réserve que le film muet soit familier, que le référent soit identifiable à l'écran et que les questions posées ne soient pas trop ouvertes. Enfin, les résultats suggèrent que cet outil, à condition d'y apporter quelques améliorations, correspond en grande partie aux besoins du thérapeute pour la mise en œuvre de ses objectifs thérapeutiques dans le domaine de la pragmatique. Par conséquent cette étude pilote semble démontrer que le matériel que nous avons créé, est pertinent dans la prise en charge des habiletés communicatives auprès d'adolescents porteurs de déficience intellectuelle.

Mots clés : trouble de la pragmatique du langage, déficience intellectuelle légère, instruction par la vidéo, video modeling, cognition située, habiletés sociales

Nombre de pages : 85

Nombre de références bibliographiques : 115

ABSTRACT

The aim of this study is to examine the relevance of the use of daily life silent films in the rehabilitation of communication skills among adolescents with mild intellectual disabilities, with or without associated disorders. To judge this relevance, we shot eight silent films and designed a set of activities related to them. Then we offered these tools to a teenage patient with mild intellectual disability during a 16-week treatment. Concurrently, a classical pragmatic skills treatment was conducted with two control teenage patients with mild intellectual disability. Subjects' pragmatic skills were assessed during pre- and post-rehabilitation period. Results show that the video tool improves global cognitive reasoning abilities and receptive pragmatic skills. They also demonstrate that the videos stimulate the subject's active participation during the session, provided that the silent film is familiar, that the referent is clear and that the questions are not too open. Finally, the results suggest that this tool, provided we make some improvements, corresponds mostly to the needs of the therapist for the implementation of his therapeutic objectives in the field of pragmatics. Therefore, this pilot study seems to support that the material we have created is relevant to the rehabilitation of communication skills among adolescents with intellectual disabilities.

Keywords : pragmatic language impairment, mild intellectual disability, video instruction, video modeling, situated cognition, social skills

Number of pages : 85

Number of references : 115