

# **Evaluation et prise en charge en groupe des difficultés de cognition sociale chez des patients cérébrolésés : une expérience en centre de rééducation...**

**D. SONRIER** <sup>1</sup>, **M. VANBERTEN** <sup>1</sup>, et **V. DARDIER** <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centre Médical & Pédagogique de Rennes Beaulieu (Fondation Santé des Etudiants de France), 41 avenue des buttes de Coësmes 35700 Rennes Beaulieu.

<sup>2</sup> Centre de recherche en psychologie, cognition et communication, Université Rennes 2, place du Recteur Henri-Le-Moal 35043 Rennes cedex.

**Mots clés** : cognition sociale, émotions, comportement, lésion cérébrale , évaluation, rééducation, réinsertion.

La cognition sociale désigne l'ensemble des processus cognitifs impliqués dans la dynamique des interactions sociales chez l'homme et requiert des fonctions cognitives, sociales et émotionnelles de haut niveau. Elle sous-tend l'échange de signaux (émotions, expressions, mouvements, posture, langage..) et se montre dépendante de facultés complexes. Lorsque l'on prend en compte la complexité de toutes ces dimensions impliquées dans les interactions sociales, il est peu surprenant d'observer une altération de ces compétences chez les patients cérébrolésés.

## **Problématique à l'origine de la mise en place du groupe...**

Travaillant en centre de rééducation pour jeunes adultes, nous avons constaté un manque dans la prise en charge des perturbations des compétences sociales chez nos patients cérébrolésés (difficultés d'interaction sociale et de gestion du comportement). La question des troubles de la cognition sociale n'était pas réellement et concrètement abordée dans la prise en charge, tout au plus entendue, même si nous avons conscience de l'impact au quotidien (souffrance du patient et de l'entourage, conflits, isolement). En fin de prise en charge, même si le patient avait bien progressé, nous faisons souvent le constat d'une grande difficulté de réinsertion, en raison de compétences sociales modifiées.

## **Objectifs du groupe...**

Les objectifs principaux de cette prise en charge que nous avons mise en place depuis 2008 sont de déterminer précisément quelles sont les difficultés de compétences sociales de nos patients, de les aider à en prendre conscience, de leur en illustrer l'impact au quotidien et de leur proposer une prise en charge, afin de favoriser leur réinsertion sociale, familiale et professionnelle.

## **Intérêt d'une prise en charge en groupe...**

L'intérêt d'une prise en charge en groupe s'est rapidement imposé à nous car il répond à l'objectif de sociabilisation des patients et il permet un échange entre eux.

En effet, les commentaires des pairs, qui vivent sensiblement les mêmes difficultés, n'ont pas le même impact que les remarques des thérapeutes ; ils y sont généralement plus sensibles. Les échanges au sein du groupe illustrent également de façon concrète le fait de devoir adapter son comportement à celui de l'autre. Le groupe est également pour les patients anosognosiques, un moyen de prendre conscience de leurs difficultés : ils commencent par voir ce qui ne va pas chez l'autre, puis se rendent compte peu à peu de leurs difficultés, grâce au regard et aux remarques de leurs pairs qui sont souvent très constructives.

Toutefois, la constitution de nos groupes est longuement discutée et nous veillons à les organiser de manière à y intégrer des patients ayant globalement les mêmes problématiques ou à peu près le même niveau de difficulté.

Enfin, lorsque un patient se montre particulièrement gêné dans un des domaines travaillés (par exemple la conscience émotionnelle), nous reprenons et travaillons avec lui ses difficultés en individuel, afin de ne pas trop retarder le groupe.

### **Le groupe sur le plan pratique...**

Nous programmons une séance hebdomadaire d'une heure (voire un peu plus) avec les patients, et 30 mn pour que les thérapeutes puissent échanger et rédiger un compte-rendu de la séance.

Chaque groupe est constitué de 3 patients minimum à 5 maximum, sur un créneau fixe dans la semaine. L'encadrement se fait par 2 thérapeutes fixes (une ergothérapeute et une neuropsychologue) qui participent aux activités avec les patients. Nous utilisons du matériel audio-visuel (appareil photo, vidéo, télévision, ordinateur), des jeux et du matériel de prise en charge cognitive. L'utilisation de la vidéo est essentielle lors des séances, car elle nous permet de montrer à posteriori aux patients leurs échanges, et de pouvoir en discuter ensemble, afin de mettre en évidence leurs atouts et leurs difficultés, puis de chercher comment modifier un comportement. Pour les patients anosognosiques, c'est un excellent moyen d'aborder leurs difficultés, dans l'objectif d'une prise de conscience.

Cette rééducation fait l'objet d'une prescription et fait partie des prises en charge, comme les autres rééducations.

### **Public concerné...**

Nous intégrons dans ce groupe, les patients cérébrolésés présentant des difficultés légères ou modérées du domaine des émotions ou de la cognition sociale, d'âges indifférents, conscients de leurs difficultés ou anosognosiques.

Nous n'y intégrons pas les patients qui présentent trop de troubles du comportement car ils seraient susceptibles de perturber le bon déroulement du groupe.

Nous n'y intégrons pas non plus les patients présentant des troubles du comportement liés à une souffrance psychologique ou psychiatrique, ni les patients ayant des capacités d'élaboration, de jugement, de mémorisation trop altérées, ce qui les gênerait trop dans les activités proposées.

### **L'évaluation...**

Afin de mesurer l'effet de cette prise en charge, nous avons développé en partenariat avec V.Dardier (Université de Rennes 2), une évaluation des émotions et de la cognition sociale, qui est proposée au patient à l'intégration du groupe et à sa sortie (évaluation des émotions, épreuves de jugement de situations sociales en modalité visuelle et verbale, épreuve abrégée du test des faux pas, épreuve de sarcasmes/allusions, questionnaire évaluant le syndrome dysexécutif comportemental)

Nous nous attachons également à recueillir une analyse du patient de sa participation au groupe. Nous demandons ainsi au patient de nous dire ce que le groupe lui a apporté et nous échangeons sur ce sujet.

Lors des séances (surtout lors de la diffusion de vidéos), nous essayons de « traquer » les regards, les attitudes de nos patients, de noter leurs différentes remarques, qui nous révèlent leur degré de conscience des troubles et leur façon de les interpréter.

Parce que ces difficultés de comportement et de compétence sociale risquent de limiter leur réinsertion, nous abordons systématiquement ce sujet lors de nos échanges avec les familles (au moins par les questionnaires d'évaluation du comportement), afin de récolter un maximum d'informations, même lorsque le problème n'est pas soulevé par la famille.

Dans la mesure où nous encadrons nos patients pendant plusieurs mois, nous pouvons voir le comportement et les compétences sociales évoluer.

Les patients étant en hospitalisation complète, puis en hôpital de jour, leur intégration parmi les autres patients (qui n'ont pas que des pathologies neurologiques) est suivie, afin de

mesurer leurs capacités d'interaction sociale. Certains lieux, comme l'animation, sont des endroits privilégiés pour observer ceci.

Nous suivons aussi (par le biais de consultations de suivi à distance par le médecin ou la neuropsychologue, ou par l'intermédiaire du service de réinsertion professionnel du centre) la réinsertion sociale/scolaire/professionnelle effective à distance de nos patients, qui reste un indicateur essentiel à nos yeux.

### **Programme des séances...**

Quatre thématiques sont abordées lors de notre prise en charge : les **émotions**, la **communication**, le **comportement** et l'**implicite**, sachant qu'elles entrent toutes en interaction les unes avec les autres.

Tous les thèmes sont abordés de la même façon, à savoir que nous passons toujours une 1<sup>ère</sup> séance à définir et illustrer le sujet. Les séances suivantes permettent d'aborder différentes facettes de la thématique, en faisant un maximum de liens avec les difficultés que les patients rencontrent au quotidien. La dernière séance reprend globalement ce qui a été vu par le biais d'une mise en situation réelle, le but étant bien sûr de transférer les nouvelles compétences, dans la vie de tous les jours.

### **EMOTION**

L'objectif de ce module est de travailler tous les aspects cognitifs des émotions : de la reconnaissance/production des émotions sous différentes modalités (pure puis dans un contexte social donné), jusqu'à la conscience émotionnelle (pouvoir décrire une émotion ressentie).

### **COMMUNICATION**

Ce module a pour objectif de comprendre comment faire passer correctement un message, de connaître les règles qui encadrent la communication, d'y être vigilant et de permettre aux patients de prendre conscience de leurs points forts et surtout leurs points faibles dans les échanges, afin de tenter de les corriger si nécessaire.

### **COMPORTEMENT**

Nous abordons cette thématique pour amener les patients à analyser correctement des situations sociales, à être capable d'identifier des normes, des règles et de s'y tenir, afin de les aider à savoir comment réagir dans une situation sociale donnée, à être capable d'inférer un état mental à autrui, à lui prêter une intention et à prédire un comportement. Lors des différentes séances, les patients auront à échanger et confronter leurs opinions, à argumenter, à accepter que l'autre ait ses propres idées, ...

### **IMPLICITE**

Ce dernier module est le plus complexe. Il a pour objectif de travailler les aspects pragmatiques du langage, la métacommunication, le second degré, l'humour, mais également l'implicite dans sa dimension non verbale, ... Rares sont nos patients cérébrolésés qui ne présentent pas de difficultés de compréhension du langage pragmatique, de l'implicite, encore plus à savoir l'utiliser de façon adaptée.

### **CONCLUSION**

Notre groupe de cognition sociale est une tentative de prise en charge des troubles des compétences sociales chez les patients cérébrolésés. Chez la majorité d'entre eux, on note une amélioration des difficultés initiales, avec des profils différents de récupération. Mais nous ne sommes pas en mesure de dire si ces progrès sont induits par notre prise en charge. Nous espérons au moins agir sur la prise de conscience des difficultés d'interaction sociale et avoir un retentissement sur leur vie quotidienne.

## REFERENCES

- Angeleri, R., Bosco, F.M. Zettin, M., Sacco, K., Colle, L. & Bara, B.G. (2008). Communicative impairment in traumatic brain injury : a complete pragmatic assessment. *Brain and Language*, 107, 229-245.
- Aubert, S., Barat, M., Campan, M., Dehail, P., Joseph, P.A. & Mazaux, J.M. (2004). Non verbal communication abilities in severe traumatic brain injury. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 47(4), 135-141.
- Bornhofen, C. & McDonalds, S. (2008). Traitng deficits in emotion perception following traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 18 (1), 22-44.
- Bornhofen, C. & McDonalds, S. (2008). Comparing strategies for treating emotion perception deficits in traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 23(2), 103-115.
- Bornhofen, C. & McDonalds, S. (2008). Emotion perception deficits following traumatic brain injury: a review of the evidence and rationale for intervention. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 14(4), 511-25.
- Brady M. & Armstrong L. (2007). : Disorder communicative interaction : current and future approches to analysis and treatment. *Aphasiology*, 21(3/4), 251-255.
- Channon, S, Pellijeff, A. & Rule, A. (2005). Social cognition after head injury: sarcasm and theory of mind. *Brain and language*, 93(2):123-34.
- Callahan, B.L., Ueda, K., Sakata, D., Plamondon, A. & Murai, T. (2011). Liberal bias mediates emotion recognition deficits in frontal traumatic brain injury. *Brain Cognition*, 77(3), 412-8.
- Cicerone, K. D. (1997). Disturbance of Social Cognition Traumatic Orbitofrontal Brain. *Archives of Clinical Neuropsychology*, Vol. 12, No. 2, pp. 173-188.
- Dardier V. (2004). *Pragmatique et pathologies. Comment étudier les troubles de l'usage du langage*. Paris : Breal.
- Dardier, V., Bernicot, J., Delanoë, A., Vanberten, M., Fayada, C., Chevignard, M., Delaye, C., Laurent-Vannier, A. & Dubois, B. (2011) Severe traumatic brain injury, frontal lesions, and social aspects of language use: a study of French-speaking adults. *Journal of communication disorders*. 44(3):359-78.
- Delanoë, A., Dardier, V., Deleau, M., Le Maner-Idrissi, G., Reilly, J., Cattelotte, V., Jardel, D., Laurent-Vannier, A., Pinochet, C. & Tsimba, V. (2007). L'analyse des émotions et des situations de communication chez des enfants et des adolescents lésés frontaux. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 50 (7), 582-589.
- Fritsch, A., Murad, A., Kloss, S., Francescon-Rota, G. & Bizet E. (2009). L'entraînement aux habiletés sociaux chez les adultes avec autism. *Annales medicopsychologiques*, 167, 299-302.
- Havet-Thomassin, V., Allain, P., Etcharry-Bouyx, F., & Le Gall, D. (2006). What about theory of mind after severe brain injury? *Brain Injury*, 20(1), 83–91.

Henry, J.D., Philipps, L.H., Crawford, J.R., Letswaart, M & Summers, F. (2006). Theory of mind following traumatic brain injury : the role of emotion recognition and executive dysfunction. *Neuropsychologia*, 44, 1623-1628.

Joly-Puttoz, B., Desrichard, O., & Carbonnel, S. (2001). Difficultés de réinsertion sociale des traumatisés crâniens : une altération des auto-présentations normatives. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 30(3), 317-336.

Koenigs, M., Young, L., Adolphs, R., Tranel, D. Cushman, F., Hauser, M. & Damasio, A. (2007). Damage to the prefrontal cortex increases utilitarian moral judgments. *Nature*, 446(7138), 908-9011.

Knox, L., & Douglas, J. (2009). Long-term ability to interpret facial expression after traumatic brain injury and its relation to social integration. *Brain and Cognition*, 69, 442–449.

Koskinen, S., Hokkinen, E.M., Wilson, L., Sarajuuri, J., Von Steinb Chel, N. & Truelle, J.L. (2011). Comparison of subjective and objective assessments of outcome after brain injury using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disability and Rehabilitation*, 33 (25-26), 2464-78.

McDonald, S., Tate, R., Thoger, L., Bornhofen, C., Long, E., Gertler, P. & Bowen, R.(2008). Social skills treatment for people with severe, chronic acquired brain injuries: a multicenter trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(9):1648-59.

McDonald, S., Saad, A. & James, C. (2011). Social dysdecorum following severe traumatic brain injury : loss of implicit social knowledge or loss of control ? *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(6), 619-630.

Martín, I. & McDonalds, S. (2003). Weak coherence, no theory of mind, or executive dysfunction ? Solving the puzzle of pragmatic language disorders. *Brain and Language*, 85, 451-466.

Martín-Rodríguez, J. F., & León-Carrión, J. (2010). Theory of mind deficits in patients with acquired brain injury: A quantitative review. *Neuropsychologia*, 48, 1181–1191.

Milders, M., Fuchs, S. & Crawford, J.R. (2003). Neuropsychological impairments and changes in emotional and social behaviour following severe traumatic brain injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25, 157-172.

Milders, M., Letswaart, M., Crawford, J. R., & Currie, D. (2008). Social behavior following traumatic brain injury and its association with emotion recognition, understanding of intentions, and cognitive flexibility. *Journal of the International Neuropsychological Society*, Vol 14(2), pp. 318-326.

Muller, F. Simion, A., Reviriego, E., Galera, C. Mazaux, J.M., Barat, M. & Joseph, P.A. (2010). Exploring Theory of Mind after severe traumatic brain injury. *Cortex*, 46(9), 1088-1099.

Owensworth, T., Quinn, H., Fleming, J., Kendall, M. & Shum, D. (2010). Error self-regulation following traumatic brain injury: a single case study evaluation of metacognitive skills training and behavioural practice interventions. *Neuropsychological Rehabilitation*, 20(1):59-80.

Serret, S., Myquel, M., Renaudo, N., Argaud, E. & Askenazy, F. (2009). Syndrome d'Asperger et autisme de "haut niveau" : évaluation des effets d'une prise en charge de groupe sur la communication à partir d'un support vidéo. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57, 260-266.

Spikman, J.M., Timmerman, M.E., Milders, M.V., Veenstra, W.S. & Van der Naalt, J. (2011). Social cognition impairments in relation to general cognitive deficits, injury severity and prefrontal lesions in traumatic brain injury patients. *Journal of Neurotrauma*, 20 sep.