

---

## Difficultés de réinsertion sociale des traumatisés crâniens graves : une altération des auto-présentations normatives

*Difficulties in social integration for people with brain damage: an impairment of normative self-presentations*

Barbara Joly-Pottuz, Olivier Desrichard et Serge Carbonnel

---



### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/osp/5107>

DOI : 10.4000/osp.5107

ISSN : 2104-3795

### Éditeur

Institut national d'étude du travail et d'orientation professionnelle (INETOP)

### Référence électronique

Barbara Joly-Pottuz, Olivier Desrichard et Serge Carbonnel, « Difficultés de réinsertion sociale des traumatisés crâniens graves : une altération des auto-présentations normatives », *L'orientation scolaire et professionnelle* [En ligne], 30/3 | 2001, mis en ligne le 15 septembre 2004, consulté le 16 décembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/osp/5107> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/osp.5107>

---

Ce document a été généré automatiquement le 16 décembre 2020.

© Tous droits réservés

---

# Difficultés de réinsertion sociale des traumatisés crâniens graves : une altération des auto-présentations normatives

*Difficulties in social integration for people with brain damage: an impairment of normative self-presentations*

Barbara Joly-Pottuz, Olivier Desrichard et Serge Carbonnel

---

## Introduction

Un des champs de recherche les plus innovants des deux dernières décennies a concerné l'étude de patients souffrant de syndromes neuropsychologiques (Klein & Khilstrom, 1998). Pourtant à l'heure actuelle, les psychologues sociaux se sont peu nourris des études de cas en neuropsychologie, et, réciproquement, ont peu tenté d'appliquer leur théorie à la compréhension clinique de ces syndromes. Pourtant les cognitions et les comportements, même sociaux, restent supportés matériellement par un système nerveux dont les propriétés doivent être prises en compte, au risque sinon de dériver vers des modèles théoriques biologiquement peu plausibles. Dans cet article, nous présentons une recherche qui nous semble illustrative de l'enrichissement réciproque que peut générer le croisement de deux disciplines de la psychologie, historiquement éloignées : neuropsychologie et psychologie sociale.

Les patients, victimes d'un traumatisme crânien grave, présentent fréquemment des problèmes de réinsertion sociale. Les difficultés se manifestent principalement dans la réintégration des patients au sein de leur vie familiale et professionnelle et dans la reprise d'activités antérieures à l'accident (Prigatano, 1987). L'inadaptation du comportement des patients traumatisés crâniens graves (patients T.C.G.) dans les situations d'interactions sociales quotidiennes pourrait être une cause de leurs problèmes d'insertion. En effet, l'entourage familial, médical ou professionnel des

patients T.C.G. a souvent le sentiment que ces derniers réagissent bizarrement dans des situations quotidiennes. Parfois même ces comportements inadaptés sont responsables d'un isolement relationnel croissant.

Peu de recherches ont tenté d'identifier les troubles fonctionnels responsables des problèmes d'insertion, rencontrés par les traumatisés crâniens graves et à mesurer l'aptitude des traumatisés crâniens à interpréter des situations sociales et à fournir une réponse adaptée. Une meilleure compréhension des difficultés de gestion des situations sociales et une amélioration de l'efficacité des prises en charge sont pourtant des éléments capitaux pour permettre l'intégration et la réadaptation de nombreux traumatisés crâniens graves.

Nous avons émis l'hypothèse qu'une partie des problèmes d'inadaptation sociale des patients T.C.G. était causée par leur difficulté à réagir conformément aux exigences normatives des situations d'interactions sociales. En effet, les normes situationnelles prescrivent le plus souvent de façon implicite les comportements qu'on s'attend à voir – ou ne pas voir – dans un contexte donné (Elster, 1989; Forsyth, 1990). La violation de celles-ci provoque une évaluation négative du déviant, notamment si celui-ci ne peut expliquer sa conduite de façon satisfaisante (Goffman, 1959). Nous avançons donc que les patients T.C.G. souffrent d'un déficit dans la gestion de ces normes sociales, déficit qui les conduit à se comporter de façon inadaptée aux yeux de leur entourage et qui peut, en conséquence, nuire à leur bonne intégration sociale. La recherche que nous présenterons ici a pour but d'apporter des premiers éléments d'objectivation des déficits des patients T.C.G. dans la gestion des normes. Comme nous le verrons, ce déficit peut trouver son origine dans la perte de fonctionnalités cognitives, telle que la planification, qui se retrouvent souvent dans les séquelles des patients T.C.G.

## Traumatisme crânien et syndrome frontal

Le traumatisme crânien constitue la plus fréquente des affections du système nerveux. Il touche majoritairement les jeunes (15-24 ans) et plus particulièrement les garçons (70 % des patients T.C.G.). La grande diversité des structures impliquées lors d'un traumatisme crânien, qui plus est lorsqu'il est grave, induit des altérations physiques et cognitives très variées. Le traumatisme crânien grave est souvent associé à un syndrome frontal. Celui-ci revêt de multiples manifestations qui peuvent sembler complexes et paradoxales (Mesulam, 1986). Il existe en fait un ensemble de symptômes qui, présents ou absents, définiront le profil clinique spécifique du patient.

Schématiquement, il est classique d'attribuer une spécialisation relative à des régions frontales particulières. Les différents syndromes sont donc classés selon la localisation des lésions (prénotrice, préfrontale, orbitofrontale) et les déficits spécifiques qu'elles entraînent.

Le *syndrome prémoteur* se traduit par une modification de l'activité spontanée, le plus souvent dans le sens d'une diminution, avec ralentissement moteur et apragmatisme.

Le *syndrome préfrontal* met en évidence des troubles intellectuels et des difficultés dans la résolution de problèmes. La pensée conceptuelle tout comme le raisonnement hypothético-déductif peuvent être atteints. Il existe également des troubles du langage (inertie ou logorrhée) et des troubles de mémoire qui concernent la mémoire de travail, la mémoire temporelle. La métamémoire et plus largement, la métacognition sont

touchées : elles sont liées aux faibles capacités d'introspection mais également à l'anosognosie.

Le *syndrome orbitaire*, quant à lui, se traduit par une perturbation autour de 2 pôles : l'inertie (manque d'initiative...) et l'euphorie (excitation...). Ce syndrome est marqué par une hyperactivité non productive en raison de réactions impulsives et inadaptées.

Ces trois catégories de troubles (moteurs, cognitifs et comportementaux) qui caractérisent le syndrome frontal, perturbent fortement la vie quotidienne des patients. C'est à ce titre que le syndrome frontal est souvent présenté dans la littérature comme la source des problèmes de réinsertion sociale rencontrés par les patients T.C.G.

## **SYNDROME FRONTAL ET PROBLÈMES RELATIONNELS**

L'expérience clinique montre que la spécificité des troubles comportementaux des patients T.C.G. est réelle. Ces troubles peuvent être résumés en 4 groupes de paramètres (Prigatano, 1987 ; Truelle & Robert-Pariset, 1990) : l'agressivité (colère, perte du contrôle émotionnel), la désinhibition (agitation, bavardage), l'apragmatisme (défaut d'initiative, repli émotionnel) et les troubles de l'affectivité (dépression, anxiété).

Par ailleurs, l'observation des patients T.C.G. en situation d'activités concrètes permet de mettre en évidence l'existence de difficultés à gérer des interactions sociales quotidiennes. En effet, les sujets T.C.G. ne parviennent pas à suivre des directives, ni à s'adapter aux changements. Leur capacité d'organisation et d'attention sont altérées et on note une absence de réaction aux remarques des supérieurs : les consignes ne sont pas suivies et les patients persistent à justifier leur conduite en se référant à leurs habitudes et non plus en fonction des contraintes du travail à fournir (Butler, Anderson, Furst, Namerow, & Satz, 1985; Dutil, 1992). Les sujets T.C.G. émettent ainsi des projets inappropriés, ils nient les erreurs faites même lorsqu'elles leur sont indiquées. Lezak (1978) souligne les difficultés qu'éprouvent les blessés à appréhender de façon adéquate les interactions sociales et leur défaut d'autocritique.

Dans la plupart des cas, le traumatisme crânien grave s'accompagne, comme nous l'avons vu, d'une symptomatologie frontale qui est souvent présentée comme étant à l'origine des problèmes d'insertion (Shallice & Burgess, 1989). En effet, les fonctions exécutives sous-tendues par le lobe frontal sont reconnues comme des capacités cognitives absolument nécessaires à la réalisation d'une vie autonome et réussie. Pour vivre en société, il est indispensable d'interpréter correctement les messages envoyés par autrui afin de fournir un comportement adapté. Il semble donc nécessaire d'agir et de réagir en tenant compte des messages en provenance du milieu intérieur et du milieu extérieur. Les lobes frontaux endommagés n'assureraient plus, chez les patients T.C.G., cette double activité de maintien de l'équilibre interne et d'adaptation à l'environnement. Le patient, victime d'un défaut d'analyse des situations sociales et des conséquences de ses réactions, vit la curieuse expérience de penser réagir normalement tout en recevant des sanctions de son entourage (Prigatano, Peping, & Klouff, 1986; Ben-Yishay & Prigatano, 1990).

## UN PROBLÈME DE PERCEPTION DES NORMES ?

La courte scène proposée ci-dessous, typique des problèmes relationnels rencontrés par des patients T.C.G., met en évidence les lacunes d'un patient T.C.G. quant à la perception des attentes de son employeur et à l'évaluation des conséquences de son comportement.

Le patron  
Pourquoi arrivez-vous en retard tous les matins ?  
L'employé  
Je ne suis pas du matin, je n'aime pas me lever tôt.  
Le patron  
Comment comptez-vous résoudre ce problème ?  
L'employé  
Quel problème... ? Je suis comme ça, c'est tout.  
Le patron  
Dans ce cas, je vais être obligé de me séparer de vous.  
L'employé  
Mais... pourquoi ?

Une norme est une règle, socialement définie et imposée, qui définit ou limite la façon dont une personne devrait interpréter son environnement et s'y comporter (Deaux, Dane, & Wrightsman, 1993, voir aussi présentation de ce numéro). Dans l'exemple ci-dessus, le non-respect d'une norme très saillante dans le monde du travail — la ponctualité — ne paraît pas problématique à l'employé, qui, dès lors, se retrouve en même temps rejeté et désarmé devant ce rejet qu'il ne comprend pas. Le caractère récurrent de situations où le patient T.C.G. semble ne pas savoir comment répondre normativement, nous a amené à faire l'hypothèse que ces personnes souffraient de difficultés à s'adapter aux normes. Les normes permettent en effet aux personnes de savoir ce qu'on peut faire ou ne pas faire dans un contexte donné. Leur violation peut entraîner une évaluation négative, voire un rejet, de la part des observateurs (Forsyth, 1990). On pourrait donc voir dans les problèmes relationnels rencontrés par les patients T.C.G. les conséquences de violations involontaires de normes.

Le travail de recherche présenté ci-dessous apporte des premiers éléments empiriques à l'appui de cette hypothèse. Comme les savoirs normatifs conditionnent notamment les présentations de soi (Pichot, 1997), nous avons choisi d'étudier les problèmes d'adaptation aux normes des patients T.C.G. à travers leurs capacités à s'auto-présenter correctement par rapport à une norme pré-existante ou émergeant d'une situation.

## Vue d'ensemble et hypothèses générales

Pour tester les capacités des sujets à percevoir les normes émergentes d'une situation nous avons utilisé deux situations d'auto-présentation. Sans prétendre reproduire une situation sociale naturelle avec une forte pesanteur normative, les épreuves auxquelles nous avons soumis les patients ont l'avantage de permettre une évaluation du caractère adaptatif de leurs réponses.

La première situation est directement issue des recherches de Beauvois, Dubois et Le Poutier sur la norme d'internalité (i.e. Beauvois & Dubois, 1988 ; Beauvois & Le Poutier, 1986; Dubois, 1994). Rappelons que pour montrer l'existence d'une désirabilité sociale des explications internes (explications par lesquelles

la personne se place comme responsable de ce qu'elle fait et de ce qui lui arrive) ces auteurs (voir par exemple Beauvois & Le Poulter, 1986) demandent à des sujets de remplir une échelle de locus de contrôle (L.O.C.) ou d'attribution causale. Celles-ci permettent d'appréhender chez une personne une tendance à plutôt invoquer des explications de type interne (la personne s'attribue les causes et conséquences de ce qu'elle fait) ou bien de type externe (la personne a tendance alors à attribuer les causes de ce qu'elle fait ou de ce qui lui arrive à des causes qui la décharge de toute responsabilité). Les auteurs font varier les instructions de complétion de ces échelles. Les participants doivent répondre suivant une consigne classique (en fonction de leur propre opinion), une consigne d'approbation (choisir les réponses qui permettent de se faire bien voir) et une consigne de désapprobation (choisir les réponses qui permettent de se faire mal voir). Les résultats très consistants de ces études valident le caractère désirable des explications internes : elles sont massivement choisies lorsque la personne doit se faire bien voir mais très peu sélectionnées lorsque la personne doit se faire mal voir (Jellison & Green, 1981 ; Beauvois & Ferry, 1987; Beauvois & Le Poulter, 1986 ; Bignoumba, 1986; Dubois, 1988a; Dubois & Boyer, 1992; Pichot, 1997). Nous avons jugé pertinent d'utiliser ce paradigme auprès des patients T.C.G. En effet, le choix stratégique d'explications désirables ou non-désirables en fonction de la consigne fait appel à des compétences dans la perception et la gestion des normes — ici la nonne d'internalité — qui font, selon nous, défaut au patient T.C.G. Nous nous attendions à ce que les patients T.C.G., comparés à des sujets témoins, aient des difficultés à choisir les « bonnes » réponses en rapport avec la consigne.

La deuxième tâche que nous avons utilisée a été imaginée afin de reproduire une situation plus proche de celle que peut vivre une personne dans la vie courante, mais faisant appel aux mêmes compétences de perception de nonnes situationnelles. La tâche consistait à prendre connaissance d'offres d'emploi et à répondre à un questionnaire en se présentant de la façon la plus favorable possible. Une première annonce (animateur) nécessitait un goût et des aptitudes pour le contact social tandis qu'une autre (archiviste) requerrait au contraire de ne pas craindre la solitude (voir Annexe pour la description des profils). Suite à la lecture de l'annonce, les patients T.C.G. devaient remplir un questionnaire d'introversion/extraversion avec pour consigne de se présenter de façon à rendre maximales leurs chances d'être embauchés à l'un et l'autre poste. Comparés à un groupe de sujets témoins, nous nous attendions à ce que les patients T.C.G. soient moins performants, c'est-à-dire aient plus de mal à se présenter de façon extravertie pour le poste d'animateur et introvertie pour le poste d'archiviste.

Nous avons également administré aux traumatisés crâniens graves, les tests d'intelligence sociale mis au point par O'Sullivan et Guilford (Histoires à conclure, Groupes d'expression, Expressions verbales, Histoires à compléter, 1978). Nous nous attendions à ce que les patients T.C.G. soient, sur cette épreuve, en dessous des critères de la population de référence.

Enfin, chaque patient T.C.G. a passé une batterie d'évaluation classique afin de vérifier l'absence de déficit qui aurait pu gêner la bonne réalisation des autres épreuves de l'étude.

## Méthode

### Population

Dix sujets victimes d'un traumatisme crânien grave ont été retenus pour cette étude. Ils sont âgés de 21 à 36 ans (moyenne d'âge 26 ans) et sont en phase de réinsertion sociale et professionnelle (action U.E.R.O.S. : unité d'évaluation et de réentraînement et orientation sociale) à L.A.D.A.P.T. à Lyon. Le recrutement des sujets tient compte : de la nature du traumatisme crânien grave (amnésie post-traumatique supérieure à 24 heures), de la distance de l'amnésie post-traumatique et de la distance de l'accident (sortis de la période d'amnésie post-traumatique et à distance de leur accident depuis au moins 2 ans), de l'absence de troubles instrumentaux (langage, praxies, gnosies) ou psychiatriques ainsi que de l'absence de déficits (ou déficits modérés) dans les tests neuropsychologiques classiques. Ces patients présentent des difficultés dans leur vie quotidienne à des degrés divers.

Dix sujets contrôles, âgés de 19 à 33 ans (moyenne d'âge 24 ans) sont appariés aux sujets traumatisés crâniens par l'âge, le sexe et le niveau d'étude. Ils ne présentent aucune pathologie neurologique, psychologique ou autre. Les sujets T.C.G. et les sujets du groupe contrôle sont tous volontaires et informés du caractère expérimental de l'épreuve.

### Matériel et procédure

Notre protocole est composé d'un bilan neuropsychologique de base, du test des 6 éléments (S.E.T.), du questionnaire de « *locus of contrai* » de Dubois (1985), de deux annonces professionnelles, d'un questionnaire destiné à obtenir les postes, des tests d'intelligence sociale de O'Sullivan et Guilford (1978). Les sujets traumatisés crâniens ont été vus individuellement pour réaliser le bilan neuropsychologique de base. Ils ont ensuite passé collectivement le reste du protocole. Les sujets contrôles ont également été soumis à une procédure collective. Ils ont passé l'ensemble du protocole, excepté le bilan neuropsychologique, le S.E.T. et les tests d'intelligence sociale de O'Sullivan et Guilford (1978).

#### Le bilan neuropsychologique de base

Le bilan classique réalisé permet de nous assurer que les sujets T.C.G. n'obtiennent pas de scores pathologiques dans les épreuves neuropsychologiques qui mettent en jeu les fonctions nécessaires à la réalisation de notre expérience (compréhension, mémorisation des consignes...). Les épreuves présentées ci-dessous ont été retenues pour mesurer le niveau actuel, mais pour la plupart des patients, des bilans ont été réalisés antérieurement. Les sujets ont donc été soumis à un bilan neuropsychologique comprenant : une mesure des capacités mnésiques au moyen de la batterie réduite 84 de Signoret, une évaluation des capacités intellectuelles testées par le P.M.38 (Progressive Matrices Standard. P.M.S.-T.), une investigation du potentiel de mémoire de travail au moyen

d'une tâche d'empan envers (rappel des informations dans l'ordre inverse) et une mesure des capacités de génération de concepts, de maintien et d'adaptation au changement au moyen du test du Wisconsin Card Shorting Test (version Milner). Les

performances du bilan concernent : le Q.I. obtenu au P.M.38, le score global obtenu à la batterie réduite 84 (score sur 84 points), l'empan envers. Concernant le Wisconsin (version Milner), nous avons retenu les paramètres suivants : le pourcentage d'erreurs, le pourcentage de réponses persévératives, le pourcentage de réponses de niveau conceptuel, les troubles de maintenance et les capacités à apprendre à apprendre. Nous avons ainsi obtenu (en calculant les moyennes arithmétiques de ces critères) un score (T. score) pour chacun des sujets.

### **Le test des 6 éléments (S.E.T.)**

Ce test est un test écologique, c'est-à-dire qu'il met en jeu des situations proches de la vie quotidienne où les sujets doivent organiser leur travail en fonction de règles et sans aide de l'examineur. Ce test fait appel entre autres aux capacités de planification de l'activité, de contrôle, de mémoire prospective et de flexibilité mentale. Il sert à évaluer le déficit des fonctions exécutives des patients T.C.G. Les résultats obtenus par les patients T.C.G. au test des six éléments (S.E.T.) ont été comparés à ceux des sujets normaux recueillis par Joly-Pottuz (1997).

### **Les tests d'intelligence sociale de O'Sullivan et Guilford**

Les quatre tests mesurent l'aptitude à la connaissance du comportement d'autrui, c'est-à-dire à comprendre les pensées, les sentiments et les intentions des autres. Les quatre tests Sont:

- « Test d'histoires à conclure »

Il se présente sous forme de bande dessinée : le sujet doit prédire ce qui va se passer à partir de la première image (où sont exprimés les sentiments des sujets) en choisissant parmi celles qui sont proposées l'image qui convient le mieux. Ce test mesure la « connaissance des implications du comportement » (C.I.C.).

- « Test de groupes d'expressions »

Il faut reconnaître, parmi quatre dessins représentant des expressions faciales, gestuelles ou posturales, celui qui exprime le même type de pensée, de sentiment ou d'intention que l'ensemble des trois dessins donnés. Ce test mesure la « connaissance des classes de comportement » (C.C.C.).

- « Test d'expressions verbales »

On présente une personne énonçant une phrase à une autre. Le sujet doit reconnaître, parmi trois groupes de deux personnes, dans quel cas la même phrase est dite avec une intonation différente ou prend un sens différent. Ce test mesure la « connaissance des transformations de comportement » (C.T.C.), c'est-à-dire l'aptitude à discerner les sens différents que peut prendre une même information dans des contextes différents.

- « Test d'histoires à compléter »

Chaque item se compose de quatre images, dont l'une est blanche. Pour la remplacer, le sujet doit choisir, parmi les quatre qui lui sont proposées, celle qui convient en fonction des attitudes et des pensées exprimées par les personnages. Ce test mesure la « connaissance des systèmes de comportement » (C.S.C.), c'est-à-dire l'aptitude à reconnaître la structure des situations sociales.

La passation des tests est réalisée collectivement par les patients T.C.G. Le temps de passation est de l'ordre de 15 à 20 minutes par cahier. Les consignes sont lues avec les



sujets. Après s'être assuré de la compréhension de chacun, l'épreuve débute. Les performances des sujets ont été comparées à l'étalonnage établi par les auteurs.

### **L'échelle de locus of control, Dubois (1985)**

Cette échelle comporte 28 propositions à propos desquelles les sujets devront exprimer leur degré d'accord. Une échelle en 4 points est proposée allant de 0 (pas du tout d'accord avec la proposition) à 3 (accord parfait). On donne aux sujets un exemplaire de l'échelle de Dubois (1985). Sur le premier exemplaire, on note la mention « bien voir ». On explicite sur le questionnaire et oralement le sens de cotation de : 0 signifie que l'on est en désaccord complet avec la proposition, 3 signifie que l'on est en accord parfait avec cette même proposition. Les nuances seront apportées par les scores intermédiaires (1 et 2). Les consignes sont lues avec les sujets, elles sont reproduites sur un transparent et projetées sur un écran pour que tous les sujets puissent s'y référer au cours de la tâche. Les sujets commencent par répondre au questionnaire de façon à donner la meilleure image d'eux-mêmes. Quand l'ensemble des sujets a répondu, l'examineur récupère les questionnaires remplis. On distribue un second questionnaire, le même que précédemment excepté que celui-ci porte la mention « mal voir ». Les nouvelles consignes sont lues et projetées. Les sujets sont invités à répondre de manière à donner la plus mauvaise image d'eux-mêmes. L'examineur récupère ensuite les protocoles. Pour l'analyse des résultats, nous avons regroupé les valeurs extrêmes (0, 1) et (2, 3) car elles correspondent à une même tendance (interne ou externe). Nous avons ensuite calculé pour chacun des sujets un score de performances (score d'internalité/extemalité) en additionnant les scores obtenus par les sujets à chacune des questions ceci dans les deux conditions (bien voir, mal voir). Face à une proposition « interne », on attribuait un point quand le sujet était en accord avec la formulation. Nous avons attribué la note 0 lorsque face à une proposition externe, le sujet était en accord avec la formulation. Plus les scores sont élevés en condition « se faire bien voir », meilleures sont les performances et plus les scores sont bas en condition « se faire mal voir », meilleures sont les performances.

### **Les annonces professionnelles**

Deux annonces professionnelles ont été élaborées en s'inspirant des fiches A.F.P.A. de profil de métiers. Nous avons retenu les métiers d'animateur-loisirtourisme (A.L.T.) et d'archiviste. Ce choix est justifié par le fait que ces professions sont contrastées, nécessitent des qualités spécifiques rapidement identifiées par les sujets. Le métier d'animateur exige une autonomie, une facilité de communication, une sociabilité, l'animateur est perçu comme une personne extravertie. Le métier d'archiviste fait appel à des capacités d'organisation, de précision, de discrétion, l'archiviste est perçu comme un individu introverti. Il n'existe donc pas trop d'ambiguïté quant aux deux postes à pourvoir.

### **Questionnaire destiné à l'obtention des postes**

Un premier questionnaire pour l'obtention des postes d'animateur et d'archiviste a été élaboré et pré-testé. Il comprenait 37 questions. Le pré-test a été administré à 49 sujets étudiants de première, deuxième et troisième année de psychologie. Les étudiants devaient répondre au questionnaire dans un premier temps pour obtenir le poste

d'animateur et dans un second temps répondre afin de pourvoir au poste d'archiviste. À partir de ce questionnaire, nous avons créé un questionnaire réduit comprenant 22 questions. Dix-sept des questions retenues sont celles pour lesquelles 80 % des sujets ont répondu correctement. Nous avons ajouté ensuite 5 questions distractrices, c'est-à-dire celles pour lesquelles les sujets avaient donné une mauvaise réponse. Ce dernier questionnaire a également été pré-testé (sur 40 étudiants de première, deuxième et troisième année de psychologie) pour s'assurer que la réduction du nombre de questions ne modifie pas la tendance des résultats des sujets.

On propose alors aux sujets un profil de poste défini comme une petite annonce pour laquelle ils vont postuler. Le premier poste est celui d'animateur-loisirtourisme (A.L.T.). Les caractéristiques de ce poste sont reproduites sur un transparent et projetées permettant aux sujets de s'y référer à tout moment de la tâche. On distribue aux sujets le questionnaire pour l'obtention des postes. On projette les consignes sur l'écran, consignes qui seront lues par l'examineur. On demande aux sujets de remplir le questionnaire de manière à obtenir le poste d'A.L.T. Une fois les consignes comprises, l'examineur projette à nouveau le profil du poste d'A.L.T. qui restera à disposition jusqu'à la fin de la tâche. L'examineur récupère ensuite les protocoles.

On propose ensuite aux sujets un nouveau poste, celui d'archiviste. Les caractéristiques de ce métier sont lues et projetées sur un écran. L'examineur projette et lit les consignes avec les sujets. On leur demande de répondre à ce questionnaire de manière à être embauché pour ce travail d'archiviste. Les caractéristiques du poste sont laissées à disposition tout au long de la tâche. Les protocoles sont récupérés à la fin de l'épreuve.

Comme mesure de performances, nous avons calculé un indice en additionnant les scores obtenus par les sujets à chacune des questions dans chaque condition (animateur-archiviste). Nous avons attribué un point lorsque les sujets donnaient une réponse type extraversion. Nous avons attribué la note 0 lorsque les sujets donnaient une réponse type introversion. Plus les scores sont élevés en condition « obtenir le poste d'animateur », meilleures sont les performances et plus les scores sont bas en condition « obtenir le poste d'archiviste », meilleures sont les performances.

## Résultats

### Ordre des consignes

Nous avons comparé les performances de deux groupes de sujets qui diffèrent selon l'ordre de passation des consignes (passation du protocole expérimental dans l'ordre 1 : répondre à l'échelle de Dubois de manière à se faire bien voir (B.V.), puis mal voir (MN.) et ensuite répondre au questionnaire pour l'obtention des postes de manière à obtenir le poste d'animateur (A.N.I.) puis le poste d'archiviste (A.R.C.H.) ; passation du protocole expérimental dans l'ordre 2 (M.V., B.V. ; A.R.C.H., A.N.I.). Nous voulions voir si l'ordre des consignes avait un impact sur les performances des sujets, nous avons donc réalisé une A.N.O.V.A. sur les scores obtenus par ces deux groupes. Il n'y a pas d'effet significatif de l'ordre des consignes (B.V.-M.V.) sur les performances obtenues par les sujets ( $F(1,32) = 1.78, p < 0.19$ ). Aucun effet significatif ne ressort de la seconde analyse, il n'existait pas non plus d'interaction entre l'ordre des consignes (animateur-archiviste) et les performances obtenues par les sujets ( $F(1,32) = 3.64, p < 0.06$ ).

### Performances des sujets à l'épreuve d'auto-présentation sur l'échelle de Dubois (1985)

Nous avons comparé à l'aide d'une A.N.O.V.A. les résultats obtenus par les sujets traumatisés crâniens grave (patients T.C.G.) et par les sujets contrôles appariés, à l'échelle de Dubois (*tableau 1*).

TABLEAU 1. Table des moyennes des performances à l'échelle de Dubois

SUJETS	
Traumatisés-crâniens	
Approbation	18,5
Désapprobation	10,10
Non-traumatisés-crâniens	
Approbation	26,90
Désapprobation	0,40 1

Note : Les scores vont de 0 (externe) 28 (interne). Toutes les différences sont significatives à  $p < .05$ .

TABLE 1. Means Of Performances using Dubois 's Scale

Il existe un effet simple de la consigne (B.V.-M.V.) qui marque une différenciation des scores en fonction des consignes administrées aux sujets ( $F(1,18) = 227,87, p < ,0000$ ). Il existe également un effet simple du statut des sujets ( $F(1,18) = 36.76, p < ,0000$ ). On observe une interaction entre le statut des sujets (traumatisé ou contrôle) et les performances obtenues à l'échelle de Dubois (1985) ( $F(1,18) = 82.06, p < ,0000$ ). Les sujets traumatisés crâniens ont davantage de difficultés que les sujets contrôles pour répondre correctement (c'est-à-dire en s'adaptant à la nature des consignes) à l'échelle de Dubois.

### Performances des sujets à l'épreuve d'auto-présentation au questionnaire destiné à l'obtention des postes

Nous avons comparé toujours à l'aide d'une A.N.O. VA. les résultats obtenus par les sujets traumatisés crâniens grave (patients T.C.G.) et par les sujets contrôles appariés, au questionnaire destiné à l'obtention des postes. La table de moyenne apparaît dans le tableau 2.

TABLEAU 2. Table des moyennes des performances au questionnaire d'introversion/extraversion

SUJETS	
Traumatisés-crâniens	

Animateur	13,10
Archiviste	4,30
Non-traumatisés-crâniens	
Animateur	15
Archiviste	0,2

Note : Les scores vont de 0 (introverti) 28 (extraverti). Toutes les différences sont significatives à  $p < .05$ .

**TABLE 2.** Results Of the Introversion/Extraversion Questionnaire

L'effet simple de la consigne (animateur/archiviste) est significatif ( $F(1,18) = 217.66, p < ,0000$ ) ainsi que celui du statut des sujets ( $F(1,18) = 20.82, p < ,0002$ ). Il existe une interaction entre le statut des sujets (traumatisé ou contrôle) et les performances obtenues au questionnaire pour l'obtention des postes ( $F(1,18) = 27.61, p < ,0000$ ). Les sujets traumatisés crâniens ont davantage de difficultés que les sujets contrôles pour répondre correctement (c'est-à-dire en s'adaptant à la nature des consignes) au questionnaire. Les contrastes réalisés permettent de vérifier que toutes les différences observées entre les patients T.C.G. et les sujets contrôles, mais également les différences entre condition (approbation-désapprobation ; animateur-archiviste) sur une même population sont significatives<sup>1</sup>.

### Résultats obtenus par les traumatisés crâniens graves (patients T.C.G.) aux tests d'intelligence sociale de O'Sullivan et Guilford (1978)

Les performances des patients T.C.G. ont été comparées avec les normes établies par les auteurs. Dans l'ensemble, on remarque que les patients T.C.G. ont plus de difficultés que les sujets normaux pour apprécier l'aptitude à la connaissance du comportement d'autrui, c'est-à-dire l'aptitude à comprendre ses pensées, ses sentiments, ses intentions. Ces difficultés apparaissent dans toutes les épreuves (tableau 3).

**TABLEAU 3.** Résultats des scores obtenus par les sujets T.C.G. aux tests d'intelligence sociale de O'Sullivan et Guilford 1978

SUJETS	SCORE GLOBAL	CLASSE	SUJETS	SCORE	GLOBAL CLASSE
1	46	Classe 2 (-2 E.T.)	6	60	Moyenne limite
2	49	Classe 3 (-1 E.T.)	7	43	Classe 2 (-2 E.T.)
3	50	Classe 3 (-1 E.T.)	8	55	Classe 2 (-2 E.T.)
4	50	Classe 3 (-1 E.T.)	9	64	Classe 3 (-1 E.T.)

5	60	Classe 3 (– 1 ET)	10	55	Classe 2 (– 2 E.T.)
---	----	-------------------	----	----	---------------------

TABLE 3. Score of the Brain damaged People for the O'Sullivan and Guilford Test

## Discussion

Nous avons fait l'hypothèse que les patients T.C.G. souffraient de difficultés à s'adapter aux exigences normatives d'une situation. Nos résultats apportent des données empiriques cohérentes avec cette hypothèse :

– Dans une première situation de complétion d'un questionnaire d'internalité sous consigne d'approbation vs de désapprobation, les sujets T.C.G. parviennent moins que les sujets contrôles à adapter leurs réponses à la consigne. Ainsi, les sujets contrôles choisissent majoritairement les items internes en consignes d'approbation et les items externes en consigne de désapprobation. Cette différence reflète une bonne connaissance et une bonne utilisation de la norme d'internalité (Beauvois & Dubois, 1988 ; Dubois, 1994). Les sujets T.C.G., par contre, ont moins fait preuve de cette connaissance et/ou utilisation de la norme d'internalité : s'ils adaptent leurs réponses conformément aux consignes, ils le font moins que les sujets contrôles.

– Dans la deuxième situation proposée – complétion du questionnaire d'introversion et d'extraversion en fonction d'un poste à pourvoir – les sujets devaient percevoir une pression normative, contenue dans l'annonce, à se présenter de façon extravertie vs introvertie, puis choisir dans le questionnaire les réponses qui leur permettraient d'atteindre cet objectif. La différence entre cette tâche et la première est que celle-ci ne fait pas appel à une norme intériorisée, mais à une norme émergente liée au contenu de l'annonce et à la situation de recherche d'emploi. Là encore les sujets T.C.G. se sont montrés moins performants que les sujets contrôles qui ont su presque parfaitement gérer leur auto-présentation en fonction de la demande de l'annonce. Ces premiers éléments empiriques confirment le retentissement que peut avoir le syndrome frontal, et notamment ses conséquences sur la réinsertion sociale du patient. Par contraste, le comportement des patients T.C.G. montre l'importance que peut avoir le bon fonctionnement de certains processus cognitifs sur la gestion des relations sociales.

La capacité des patients T.C.G. de notre étude à s'adapter aux normes, si elle est nettement plus faible que celle des sujets normaux, n'est pas tout à fait absente. On ne peut conclure face aux résultats des patients T.C.G. à une méconnaissance totale de la norme d'internalité. En effet, les traumatisés crâniens changent de stratégie en fonction des consignes données, cependant ce changement reste faible comparativement aux sujets contrôles. Dans l'épreuve de l'annonce professionnelle, on observe la même tendance de la part des sujets T.C.G. à répondre comme les sujets normaux, mais avec moins d'efficacité.

Les explications à apporter à nos résultats doivent donc prendre en compte le fait que les patients T.C.G. n'ont pas totalement perdu leurs capacités à répondre aux normes d'une situation, même si celles-ci sont gravement altérées. Plusieurs explications peuvent être avancées à titre d'hypothèses. Ces difficultés peuvent s'expliquer en partie par les troubles de flexibilité mentale fréquemment rapportés chez les patients T.C.G. (Zimmermann, North, & Fimm, 1993). En effet, les patients T.C.G. répondent de manière plus adaptée à la consigne d'approbation qu'à la consigne de désapprobation.

On pourrait conclure à un défaut d'inhibition des premières réponses pour fournir un nouveau type de réponses.

Une autre explication complémentaire de la première peut se trouver dans la difficulté des patients T.C.G. à planifier une action d'auto-présentation. Les recherches portant sur l'auto-présentation révèlent que les connaissances normatives sont plus ou moins élaborées, notamment en ce qui concerne les normes de situation. Elles résultent de l'expérience que les sujets ont de leur production dans un type de contexte précis. Elles peuvent prendre la forme d'une représentation, facilement accessible en mémoire, des actes et des jugements normés à adopter vis-à-vis des autres. Celles-ci recouvrent ce que les psychologues sociaux appellent un schéma de la personne en situation ou encore un plan ou un script (Fayol & Monteil, 1988). Un script décrit une séquence d'actions finalisées et d'événements typiques à un milieu donné ainsi que les relations possibles entre ces deux éléments. (Abelson, 1981 ; Schank & Abelson, 1977). Il peut s'agir des scripts d'action (Schank & Abelson, 1977) ou des schémas développés à propos des autres (Cantor & Kihlstrom, 1987 ; Hamilton, 1979), de l'environnement (Brewer & Treyens, 1981) et de nous-mêmes (Greenwald & Pratkanis, 1984). Ces structures de connaissances sont informatives et spécifient nos buts et nos attentes. De ce fait, elles déterminent aussi les moyens de les atteindre ou en d'autres termes nos comportements. Dans des contextes familiers, les scripts jouent un rôle prépondérant en matière d'auto-présentation (Piehot, 1997). Or, on sait depuis les publications de Shallice (1982) et Ducan (1987) que l'une des difficultés principales des patients T.C.G. réside précisément dans la recherche d'une structure d'action et sa mise en oeuvre. Dans les situations auxquelles nous avons confronté les patients T.C.G., ceux-ci ont pu avoir des difficultés, bien que connaissant les réponses normatives, à planifier les actions correspondantes.

Ces déficits s'expriment assez clairement dans l'épreuve d'intelligence sociale de O'Sullivan et Guilford, épreuve à laquelle tous les patients T.C.G. de notre étude obtiennent des scores inférieurs à l'étalonnage. Les patients T.C.G. ont des difficultés d'analyse des situations et des comportements proposées dans ces tests. Ils sont soit impulsifs et donnent leurs réponses sans se soucier des indices procurés par les interactions des personnages de l'épreuve, soit ils traitent lentement les informations mais sans efficacité. Ils perdent du temps sur des détails non pertinents, font parfois des réflexions déplacées ou préfèrent résoudre les problèmes posés sur un mode humoristique plutôt que réaliste et adapté. Les inférences causales exigées par le test requièrent un traitement rationnel de l'information. Celui-ci inclut plusieurs étapes successives : le repérage des conséquences du comportement émis, l'évaluation de leur spécificité par rapport aux résultats présumés des autres actions possibles dans la situation et l'établissement d'un lien entre les effets spécifiques de la conduite, l'intention sous-jacente à celle-ci et un attribut caractérisant l'acteur. La perception des actions et des conséquences des actions d'autrui est défaillante chez les patients T.C.G. On remarque également que les sujets T.C.G. font des erreurs d'interprétation, par conséquent l'organisation des réponses n'est plus stratégique et les capacités de planification des réponses sont altérées.

## Perspectives de rééducation

Les valeurs internes sont considérées comme des valeurs socialement partagées (Dubois, 1994). Cet état de fait pose indirectement le problème de leur acquisition et de leur transmission. Deux arguments étayent l'interprétation socionormative de l'acquisition des explications causales internes. Le premier (Dubois, 1986) est que leur production n'implique pas un traitement rationnel de l'information. Les enfants comme les adolescents maintiennent les réponses internes qu'ils ont avancées malgré toutes les remarques arguant de la justesse et du bien fondé des explications causales externes. Bien que formulées par un adulte (l'examineur), celles-ci ne semblent pas semer le doute dans l'esprit des sujets. Les explications causales internes paraissent donc émises en vertu d'une logique plus sociale que scientifique et rendraient ainsi compte de ce qui est acceptable dans une culture donnée et non ce qui est rationnellement établi. Le deuxième élément accréditant la thèse d'un apprentissage social de l'internalité est le constat de sa poursuite ou de sa reprise au-delà de l'âge scolaire. Plusieurs expérimentations (Dubois, 1988; Dubois & Trognon, 1989) démontrent que des adultes salariés ou chômeurs revendiquent davantage la responsabilité de ce qui leur arrive après une formation. Un phénomène identique est obtenu auprès de jeunes ayant transité dans des foyers d'action éducative (Le Poutier, 1986, 1987). Ce constat incite à conclure à la possibilité de faire réacquérir aux traumatisés crâniens, les modes de pensée et les comportements valorisés dans la société de manière à faciliter leur insertion sociale ou leurs rapports avec autrui.

Il serait également envisageable de faire acquérir aux traumatisés crâniens graves des scripts d'auto-présentation par apprentissage. On peut penser que plus un script est utilisé (et donc automatisé) moins il fait appel à des processus de planification et qu'à l'inverse, un script qui l'est moins, fait, lui, davantage appel à ce type de processus. On pourrait peut-être en utilisant cette dichotomie, observer des différences chez les patients T.C.G. au sens où ceux-ci ne manifesteraient pas de trouble de séquentiation dans les scripts très automatisés et que par contre, ils apparaîtraient dans le traitement des scripts moins fréquents. Les difficultés pourraient alors être interprétées par un dysfonctionnement du « Supervisory Attentional System » (S.A.S.) développé par Shallice (1982) en termes de perturbation des motivations et de la mise en jeu d'une série d'actions pour accomplir un plan.

## Conclusion

Les problèmes d'insertion professionnelle et sociale souvent évoqués suite à un traumatisme crânien grave nous ont amené à nous interroger sur la nature des déficits fonctionnels sous-jacents. Nous avons exploré l'idée que les problèmes des patients T.C.G. sont en partie dus à leurs difficultés à percevoir les normes saillantes dans une situation et/ou à planifier une réponse en rapport avec celle-ci. Les résultats obtenus par les sujets T.C.G. dans les épreuves faisant intervenir à un moment ou un autre une norme de réponse, sont significativement inférieurs à ceux obtenus par les sujets du groupe contrôle. Si les patients sont moins compétents dans l'utilisation des stratégies d'auto-présentation, ils ne pourraient pas retirer les bénéfices des interactions sociales.

Le défaut marqué de métacognition chez ces sujets est un axe d'interprétation des difficultés observées. En effet, les patients ont des problèmes pour mettre en œuvre des

procédures de contrôle et de régulation de leur propre fonctionnement mental, il est alors particulièrement difficile d'user de stratégie. Les déficits des fonctions exécutives (analyse, planification, contrôle...) pourraient également être à l'origine des mauvaises performances des sujets. Pour réussir les épreuves, ils devaient être capables de mettre en place des programmes d'actions finalisées ou scripts. La mise en place d'un script permettait de savoir comment se comporter ou encore de comprendre et d'expliquer le comportement des autres grâce aux informations portant sur : le but à atteindre, l'organisation séquentielle des actions. Or, l'une des difficultés principales des patients T.C.G. réside précisément dans la recherche d'une structure d'action et sa mise en œuvre.

Ces déficits peuvent échapper à l'examen neuropsychologique de base, et le retentissement sur des aspects aussi inattendus que l'insertion sociale des patients paraîtront alors incompréhensibles. On comprend dès lors l'avantage d'adopter une approche plurielle de ce problème.

---

## BIBLIOGRAPHIE

- Abelson, R. P. (1981). The psychological status of script concept. *American Psychologist*, 36, 715-729.
- Beauvois, J.-L., & Dubois, N. (1988). The norm of internality in the explanation of psychological events. *European Journal of social Psychology*, 18, 299-316.
- Beauvais, J.-L., & Ferry, V. (1987). *Désirabilité sociale des attributions internes*. Document non publié, Université Pierre Mendès France, Laboratoire de Psychologie Sociale, Grenoble.
- Beauvois, J.-L., & Le Poulter, F. (1986). Norme d'intemalité et pouvoir social en psychologie quotidienne. *Psychologie Française*, 31, 100-108.
- Ben-Yishai, Y., & Prigatano, G. P. (1990). Cognitive remediation. In E. Griffith & M. Rosenthal (Eds.), *Rehabilitation of the adult and child with traumatic brain injury* (pp. 393-409). Philadelphia : Davis.
- Bignoumba, E. (1986). *Norme d'intemalité et locus of control chez l'enfant*, document non publié, Université Pierre-Mendès-France, Laboratoire de Psychologie Sociale, Grenoble.
- Brewer, W. F., & Treyens, J. C. (1981). Role of schemata in memory for places. *Cognitive Psychology*, 13, 207-230.
- Butler, R. W., Anderson, L., Furst C. S., Namerow, N. S., & Satz, P. (1985). *Structured behavior assessment of vocational skills in brain injured adults : the wheelbarrow test*. Los Angeles : NI, U.C.L.A. School of Medecine.
- Cantor, N., & Kihlstrom, J. F. (1987). *Personality and Social intelligence*. Englewood Cliffs, : Prentice Hall.
- Deaux, K., Danes, F. C., & Wrightsman, L. S. (1993). *Social psychology in the 90s*. Pacific Grove, CA: Brooks/cole.



- Dubois, N. (1986). Aspects normatifs versus cognitifs de l'évolution de l'enfant vers la norme d'intériorité. *Psychologie française*, 31, 109-114.
- Dubois, N. (1988). *Perception de la valeur sociale de l'intériorité chez les enseignants et chez les parents*, document non publié, Université de Nancy II, Laboratoire de Psychologie Sociale, Nancy.
- Dubois, N. (1988). The norm of internality : Social valorization of behavior and reinforcements in young people. *Journal of Social Psychology*, 128, 431-439.
- Dubois, N. (1988). Formation d'adultes et acquisition de la norme d'intériorité. *International Review of Applied Psychology*, 37, 213-225.
- Dubois, N. (1994). *La norme d'intériorité et le libéralisme*. Grenoble : P.U.G.
- Dubois, N., & Boyer, A. (1992). *Norme d'intériorité et clairvoyance normative chez des adultes en formation*. Document non publié, Université de Nancy 2, Laboratoire de Psychologie Sociale.
- Dubois, N., & Trognon, A. (1989). L'apport de la notion de norme d'intériorité à l'approche des pratiques de formation. In J.-L. Beauvais, R.-V. Joule, & J.-M. Monteil (Éds.), *Perspectives cognitives et conduites sociales*, 2, (pp. 213-225). Gousset (Fribourg) : Delval.
- Ducan, J. (1987). Disorganisation of behavior after frontal lobe damage. *Cognitive Neuropsychology*, 3, 211-290.
- Dutil, E. (1992). Profil du travail in : Document québécois d'évaluation des traumatisés crâniens.
- Elster, J. (1989). *The cernent of socle) : a study of social order*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Fayol, R. H., & Monteil, J.-M. (1988). The notion of script : from a general to developmental and social psychology. *European Journal of Cognitive psychology*, 4, 335-361.
- Forsyth, D. R. (1990). *Groups dynamics*. Pacific grove : brooks/cole.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. New-York Doubleday Anchor. Grenwald, A. G., & Pratkanis, A. R. (1984). The Self. In R. S. Wyer & T. K. Srull (Eds.), *Handbook of Social Cognition*. Hillsdale r Erlbaum.
- Hamilton, D. L. (1979). A cognitive-attributional analysis of stereotyping. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, 12, (pp. 53-84). New York : Academie Press.
- Jellison, J. M., & Green, J. (1981). A self-presentation approach to the fundamental attribution error: The norm of internality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 643-649.
- Joly-Pottuz, B. (1997). Essai d'interprétation des troubles des fonctions exécutives de sujets traumatisés crâniens graves à partir du « test des 6 éléments ». *Mémoire pour le D.E.S.S. de Neuropsychologie*. Université de Chambéry (Savoie).
- Le Poulter, F. (1986). *Travail social, inadaptation sociale et processus cognitifs*. Paris : C.T.N.E.H.R.I., P.U.F.
- Le Poulter, F. (1987). *Inadaptation sociale et processus socio-cognitifs*. Thèse de Doctorat d'État non publiée, Grenoble.
- Klein, S. B., & Kihlstrom, J. F. (1998). On bridging the gap between Social-Personality Psychology and Neuropsychology. *Personality and social psychology review*, 2, 228-242.
- Lezak, M. D. (1978). Living with the characterologically altered brain injured patient. *Journal of Clinicat Psychiatry*, 39, 592-598.
- Mesulam, M. (1986). Frontal cortex and behaviour. *Armais of neurology*, 19, 320-325.

- Pichot, N. (1997). La connaissance normative en matière d'intériorité : stratégies d'auto-présentation et effets de contexte. Thèse de doctorat de Psychologie. Université Rennes.
- Prigatano, G. P. (1987). Psychiatric Aspects of Head Injury Problem Areas and Suggested guidelines of Research. In Levin, H. S. (Ed.), *Neurobehavioral Recovery from Head Injury* (1 vol., pp. 215-231). New York : Oxford University Press.
- Prigatano, G. P., Peping, M., & Klonoff, P. (1986). Cognitive, personality and psychosocial factors in the neuropsychological assessment of brain injured patient. In B. Uzzel & Y. Gross (Eds.), *Clinical neuropsychology of intervention* (pp. 135-166). Boston : Martinus Nijhoff.
- Schank, R. C., & Abelson, R. P. (1977). *Scripts, plans, goals, and understanding : an inquiry into human knowledge structures*. Hillsdale : Erlbaum.
- Shallice, T. (1982). Specific impairments of planning. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, B298, 199-209.
- Shallice, T., Burgess, P., Schon, F., & Baxter, D. M. (1989). The origins of utilization behavior. *Brain*, 112, 1587-1598.
- Truelle, J.-L., & Robert-Pariset, A. (1990). A Questionnaire Assessment of Neurobehavioural Problems : European Head Injury Evaluation Chart. In R. Wood (Ed.), *Neurobehavioural Sequelae of Traumatic Brain Injury* (pp. 69-88). Hillsdale : Erlbaum.
- Zimmermann, P., North, P., & Fimm, B. (1993). Diagnosis of Attentional Deficits : Theoretical Consideration and Presentation of a test Battery. In *Developments in the Assessment and Rehabilitation of Brain-Damaged Patients* (pp. 3-15). Tübingen: Gunter Narr Verlag.

## NOTES

1. Nous avons appliqué une correction de Sidalc car les contrastes n'étaient pas orthogonaux. Pour être significatif, les valeurs du F devaient être supérieures à 9.53 pour un seuil à .05 et supérieures à 14.45 pour un seuil à .01.

---

## RÉSUMÉS

Les troubles cognitifs résultant d'un traumatisme crânien grave (T.C.G.) retentissent sur l'adaptation sociale et professionnelle des victimes. L'objectif de ce travail est de mettre en évidence et d'analyser les troubles fonctionnels responsables des problèmes d'insertion rencontrés par les traumatisés crâniens graves (patients T.C.G.). Nous émettons l'hypothèse que les difficultés rencontrées par ces patients proviennent d'une perception altérée des normes situationnelles et par conséquent d'une mise en œuvre défailante des comportements adéquats à adopter.

Pour tester cette hypothèse, nous avons étudié les capacités des patients T.C.G. à manipuler les stratégies d'auto-présentation en fonction de la désirabilité sociale d'un certain type de réponse

(norme d'internalité) et de la nature des consignes administrées. Nous avons utilisé le questionnaire de « locus of control » de Dubois (1985) avec le paradigme d'auto-présentation (donner une bonne image de soi ou une mauvaise image de soi). Nous avons également utilisé le paradigme de « la petite annonce », les sujets devaient répondre à un questionnaire en orientant leurs réponses de manière à obtenir successivement deux postes bien différenciés (animateur et archiviste). Les tests d'intelligence sociale élaborés par O'Sullivan et Guilford (1978) ont complété notre protocole afin de mesurer les capacités des patients T.C.G. à reconnaître la structure des situations sociales. Les résultats mettent en évidence les difficultés rencontrées par les patients T.C.G. pour mettre en place les stratégies d'auto-présentation qui leur permettraient de s'adapter à une norme. Par exemple, ils présentent une perception altérée de la désirabilité du registre explicatif interne et des difficultés pour adapter leurs réponses en fonction des caractéristiques des postes à pourvoir. En raison des déficits des fonctions exécutives (touchant les activités d'analyse de la demande, de planification, de contrôle...), de l'anosognosie et des déficits métacognitifs, les traumatisés crâniens graves sont en échec pour analyser correctement les situations sociales et pour fournir un comportement adapté.

Cognitive disorders resulting from a serious traumatic brain injury have some impact on the social and professional integration of the patients. The aim of this study is to highlight and analyse the functional disorders responsible for the troubles encountered by the patients. We assessed that the encountered difficulties might come from an impaired perception of situational standards and consequently from a mistaken implementation of the suitable behaviours to adopt. In order to examine that theory, we studied brain damaged people's abilities to handle self-presentation strategies in accordance with some types of expected social responses and granted instructions. We used the « Locus of control » questionnaire created by Dubois (1985) which includes the self-presentation model ; that is to be favourably considered or not to be favourably considered. We used as well the small ad paradigm ; the subjects had to answer a questionnaire in such a way as to successfully obtain two well-differentiated jobs either as an activity leader or as an archivist/ a librarian. The social tests of intelligence created by O' Sullivan and Guilford were included in our experiment in order to evaluate the patients' capacities to recognise the pattern of social situations.

Our results point out that brain damaged people have difficulties to use the self-presentation strategies, which would help them to adapt to a pattern (a norm). For example, they show an impaired perception of the expected pattern of internal explanation and show difficulties to adapt their responses in accordance with the characteristics of the jobs offered. Due to the deficits in the functions of execution (reasoning, planning, controlling) in associative learning and in metacognition, brain damaged patients fail to analyse correctly social situations and to react appropriately.

A better-adapted understanding and mastering of their difficulties of managing social situations should improve the patients' integration in their social and working environment.

## INDEX

**Mots-clés :** Une meilleure compréhension des difficultés de gestion des situations sociales et une prise en charge, adaptée devraient permettre une meilleure intégration des patients T.C.G. dans leur environnement social et professionnel.

**Keywords :** Managing Impressions, Social Competences, Frontal Lobe Syndrome

## AUTEURS

### **BARBARA JOLY-POTTUZ**

est neuropsychologue et assistante-Doctorante au Laboratoire de Psychologie Différentielle, de l'Université de Genève. Ses thèmes de recherches portent sur l'évaluation des fonctions exécutives, le traumatisme crânien grave et les compétences sociales.

### **OLIVIER DESRICHARD**

est Maître de Conférences à l'Université de Savoie et membre du Laboratoire de Psychologie Sociale Grenoble-Chambéry. Il développe des recherches en psychologie sociale et en psychologie de la santé. Contact : Laboratoire de Psychologie Expérimentale Grenoble-Chambéry, Université de Savoie, U.M.R. 5105.

### **SERGE CARBONNEL**

est Professeur à l'Université de Savoie et membre du Laboratoire de Psychologie Expérimentale. Ses recherches portent sur la lecture et la neuropsychologie cognitive.