

Université de Nantes

Unité de formation et de recherche – « Médecine et Techniques Médicales »

Année universitaire 2012-1013

Mémoire pour l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie

**LES FREINS A L'UTILISATION D'UNE GRILLE
D'EVALUATION DE LA PRAGMATIQUE
CONVERSATIONNELLE DES PATIENTS
TRAUMATISES CRANIENS : LE PROFILE OF
FUNCTIONAL IMPAIRMENT IN COMMUNICATION
(P.F.I.C)**

Présenté par

Charlotte RAULT (28/06/90)

Laureline SAINT-PE (16/04/89)

Présidente du jury : **Dr. Amandine CHENET**, praticien hospitalier. Spécialité : médecine physique et réadaptation.

Directrice de mémoire : **Mme Françoise GASSELIN**, orthophoniste.

Membre du Jury : **Mme Hélène COLUN**, orthophoniste.

« Par délibération du Conseil en date du 7 mars 1962, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations que lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation. »

SOMMAIRE

INTRODUCTION	13
PARTIE THEORIQUE.....	15
I] GENERALITES SUR LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE	16
A] La pragmatique du langage : une composante centrale	16
1) Définitions	16
2) Les origines.....	17
3) Les concepts fondamentaux	18
a) Concepts d'Armengaud	18
b) La trichotomie de la langue de Morris	18
c) L'interface linguistique-pragmatique de Moeschler	19
d) Les trois degrés de la pragmatique selon Hausson.....	20
e) La cohérence et la cohésion : deux concepts décrits par Coelho.	20
B] La théorie des actes de langage.....	22
1) Les fondateurs et les concepts généraux.....	22
2) La classification des actes illocutoires.....	24
3) Les actes de langage indirects.....	26
4) Réussite et satisfaction.....	27
C] La conversation	28
1) L'interaction et la conversation.....	28
a) Notions sur l'interaction.....	28
b) De l'interaction à la conversation	29
2) Les différents courants.....	30
a) L'approche psychologique et psychiatrique.....	30
b) L'approche ethnosociologique	30
c) L'approche linguistique.....	31

3) Le contexte	31
4) Le matériel verbal, para-verbal et non-verbal	32
5) Les thèmes.....	33
6) L'organisation globale et locale.....	33
a) L'organisation globale : procédures d'ouverture, de corps et de clôture	33
b) L'organisation locale : les tours de parole.....	34
7) La politesse	35
8) Les variations culturelles	37
9) La théorie de l'esprit	38
D] Les théories de Grice	38
1) L'implicature	39
2) Le principe de coopération et les maximes conversationnelles	40
II] GENERALITES SUR LE TRAUMATISME CRANIEN.....	43
A] Epidémiologie	43
1) Incidence	43
2) Causes.....	44
B] Physiopathologie.....	44
1) TC fermé/TC ouvert.....	45
2) Lésions immédiates/lésions secondaires	45
3) Effet de contact/effet d'inertie	46
C] Classification des TC	46
1) Classifications traditionnelles.....	46
2) Classifications par degrés de gravité	46
D] Conséquences psychologiques et comportementales suite à un TC.....	48
1) Conséquences psychologiques.....	49
2) Conséquences comportementales.....	50
E] Les troubles cognitifs.....	51

1) Les troubles de la mémoire	51
2) Les troubles de l'attention	52
3) Troubles neuro-visuels et visuo-constructifs	53
4) Troubles des fonctions exécutives	54
5) Troubles de la métacognition.....	55
6) Les troubles de la voix et de la parole.....	55
7) Les troubles du langage : atteinte de la phonologie, de la sémantique, de la syntaxe et de la pragmatique du langage	56
a) Les troubles du langage formel	56
b) Les troubles de la pragmatique du langage	57
F] Évolution et facteurs de récupération.....	58
1) Facteurs de récupération	58
2) Evolution	59
3) L'importance de la prise en charge pluridisciplinaire dans l'évolution des patients	59
4) Devenir	61
III] LES TROUBLES DE LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE CHEZ LE TRAUMATISE CRANIEN	63
A] Différents profils discursifs	63
1) Classification de Hartley	63
2) Classification de Godfrey.....	64
B] Manifestations des troubles pragmatiques dans le discours narratif et procédural.....	65
1) Troubles de la cohésion.....	65
2) Troubles de la cohérence	66
3) Troubles au niveau des changements de thème	67
B] Manifestations des troubles pragmatiques verbaux dans la conversation	67
1) En situation de conversation contrainte	68
a) Difficultés de compréhension des actes de langage indirects	68
b) Difficultés de production de requêtes	68

c) Difficultés liées à la gestion des thèmes.....	69
2) En conversation naturelle	70
a) Troubles concernant la structuration interne des idées et la clarté de l'expression....	70
b) Troubles concernant la participation à l'interaction.....	71
c) Troubles des convenances sociales dans la conversation	71
C] Les troubles non verbaux de la pragmatique du langage	72
1) En production	72
2) En réception	73
D] Etiologie des troubles de la pragmatique du langage : différentes hypothèses	73
1) L'hypothèse d'Alexander : un dysfonctionnement des sous-systèmes frontaux	74
2) L'hypothèse de Joannette : « Troubles pragmatiques, ou manifestations pragmatiques de troubles cognitifs ? »	76
E] Conséquences des troubles de la pragmatique du langage.....	77
1) Ajustement de l'interlocuteur	77
2) Retentissement social, familial et professionnel	78
IV- L'ÉVALUATION DE LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE CHEZ LES TRAUMATISÉS CRANIENS.....	80
A] Évaluation du discours narratif.....	80
1) Définition : rappel.....	80
2) Méthode d'investigation : un exemple	80
B] Évaluation du discours procédural.....	82
1) Définition : rappel.....	82
2) Présentation du Dice Game.....	83
C] Évaluation du discours conversationnel	83
1) Généralités sur la conversation et son évaluation.....	83
2) Les outils et méthodes d'évaluation	85
a) Le MEC (protocole Montréal d'Évaluation de la Communication).....	85
b) Le Protocole Pragmatique	87

c) La BRISS (Behaviorally Referenced Rating System of Intermediate Social Skills).....	87
d) Le LCQ (La Trobe Communication Communication Questionnaire)	88
e) La GALI (Grille d'Analyse Linguistique d'Interaction libre)	88
f) Echelle d'Ehrlich et Barry	88
g) L'ABaCo (Assessment Battery of Communication).....	89
h) La GOCP (Grille d'Observation de la Communication Pragmatique)	90
i) La GOPCC (Grille d'observation pragmatique des comportements de communication)	90
j) La logique interlocutoire	91
k) Le PFIC (Profile of Functional Impairment in Communication).....	92
D] Exemple d'évaluation des aspects non-verbaux.....	93
PROBLEMATIQUE	95
PARTIE PRATIQUE	97
PARTIE 1 : PHASE EXPLORATOIRE.....	98
I] METHODOLOGIE	98
A] Outil : présentation du PFIC.....	98
1) Conception du PFIC	98
2) Description du PFIC	99
3) Les dix rubriques du PFIC	100
4) Les études sur le PFIC.....	102
B] Population-cible : le recrutement des patients traumatisés crâniens (TC)	103
C] Recrutement des interlocuteurs	105
D] Procédure de passation du PFIC	106
E] Procédure de cotation du PFIC.....	107
1) Phase d'entraînement à la cotation.....	107
2) Cotation.....	108
II] RESULTATS DE LA PARTIE EXPLORATOIRE.....	110

A] Difficultés relevées en lien avec la mise en œuvre du PFIC.....	110
1) Difficultés relevées lors de la revue de la littérature	110
2) Difficultés rencontrées lors de la phase de passation et de cotation des vidéos	111
3) Difficultés relevées d'ordre « intuitif »	114
B] Classification des freins.....	115
1) Recherches sur la faisabilité	115
2) Classification de l'ESEN.....	115
3) Notre classification.....	117
C] Classification par type de frein.....	118
1) Freins intrinsèques	118
2) Freins extrinsèques liés à la procédure	118
3) Freins extrinsèques non liés à la procédure.....	119
4) Les autres freins	119
D] Adaptations de la procédure	119
1) Adaptations liées aux conditions temporelles	119
2) Adaptations liées aux conditions matérielles	120
3) Adaptations liées aux conditions humaines.....	120
4) Adaptations du déroulement de la conversation	121
5) Autres adaptations.....	121
OBJECTIFS	122
I. OBJECTIF GENERAL	122
II. SOUS-OBJECTIFS	123
1) La sous-utilisation du PFIC :.....	123
2) La diffusion du PFIC :	124
3) La méconnaissance du PFIC :.....	124
4) Les avis sur la pertinence du PFIC :	125
5) La familiarité des orthophonistes avec la pragmatique du langage :	126

6) Les freins extrinsèques à l'utilisation du PFIC :	127
7) L'adaptation de la procédure :	127
DEUXIEME PARTIE : QUESTIONNAIRE	129
I] DESCRIPTION DU QUESTIONNAIRE	129
A] Choix du questionnaire comme mode d'enquête	129
1) Justification du mode d'enquête pour notre travail	129
2) L'entretien	130
3) Le questionnaire	130
B] Démarche d'élaboration du questionnaire	131
1) Choix du mode d'administration	131
2) Procédure de tests du questionnaire	133
3) Population	134
4) Structure du questionnaire	135
5) Types de questions	137
6) Construction des items	138
C] Description du questionnaire en fonction du type de questions	139
1) Questions préalables	139
2) Questions centrales	141
3) Questions aux orthophonistes qui utilisent ou ont utilisé le PFIC	143
a) Population 1 : Les orthophonistes qui ont utilisé le PFIC mais qui ne l'utilisent plus.	144
b) Population 2 : Les orthophonistes qui utilisent le PFIC actuellement dans leur pratique.	151
4) Questions aux orthophonistes qui n'ont jamais utilisé le PFIC	154
5) Questions aux orthophonistes qui ne prennent pas en charge des patients TC	156
6) Questions finales	158
II] Résultats de l'enquête	159
A] Description de la population répondante	159

1) Représentativité de la population répondante.....	159
2) Populations issues des questions filtres.....	161
a) La population prenant en charge des TC.....	161
b) Les orthophonistes évaluant la pragmatique du langage de leurs patients TC.....	164
3) Les orthophonistes qui connaissent le PFIC.....	166
a) Description des orthophonistes qui connaissent le PFIC	166
b) Différentes populations d'orthophonistes connaissent le PFIC.....	168
4) Utilisation du PFIC	169
a) Les orthophonistes qui n'ont jamais pris en charge de patients TC et qui n'utilisent pas le PFIC (B20).....	169
b) Les orthophonistes qui n'ont jamais utilisé le PFIC (B8)	169
c) Les orthophonistes qui utilisent le PFIC actuellement (B7).....	170
d) Les orthophonistes qui n'utilisent plus actuellement le PFIC, mais l'utilisaient par le passé (B6)	170
B] Le PFIC.....	170
1) Freins à l'utilisation du PFIC	170
a) Les 2 orthophonistes qui ne prennent pas en charge des patients TC et qui n'ont jamais utilisé le PFIC (B20).....	171
b) Les 16 orthophonistes qui n'utilisent pas ou plus le PFIC (B6 et B8)	171
c) Les 7 orthophonistes qui n'utilisent plus le PFIC actuellement mais l'ont utilisé par le passé (B6)	175
d) Les 9 orthophonistes qui n'ont jamais utilisé le PFIC (B8)	175
2) Adaptations de la procédure.....	175
a) Les 10 orthophonistes qui utilisent actuellement le PFIC ou l'ont utilisé par le passé (B6 et B7)	177
b) Les 3 orthophonistes qui utilisent actuellement le PFIC (B7)	178
c) Les 7 orthophonistes qui n'utilisent plus le PFIC actuellement, mais qui l'ont déjà utilisé (B6).....	178
3) Avantages du PFIC cités par les orthophonistes	178

4) Pathologies testées par le PFIC	179
5) Lieux d'utilisation du PFIC	179
6) Pertinence du PFIC	180
7) Intérêt des orthophonistes pour le PFIC	181
a) Population répondante totale	181
b) En fonction de la prise en charge des TC	181
c) En fonction de l'évaluation de la pragmatique du langage	182
C] Interprétation des résultats	182
1) Rappel de l'objectif général	182
2) Réponses aux sous-objectifs	183
3) Réponse à l'objectif général	199
III] Discussion, perspectives et limites.....	201
A] Discussion et perspectives	201
1) Discussion des résultats de la recherche	201
2) Perspectives de recherches et suggestions.....	206
B] Limites à notre étude	210
1) Limites en rapport avec la population de l'enquête	210
a) Population répondante totale	210
b) Population de la région Pays de la Loire	211
c) Population qui connaît le PFIC.....	211
2) Limites identifiées dans le contenu de notre questionnaire.....	211
a) Question du lieu de formation initiale	211
b) Types de questions.....	212
c) Double formulation d'un item	212
d) Mauvaise formulation d'un item.....	213
e) Nombre d'items par catégorie	213
f) Définition de la pertinence	214

CONCLUSION	215
BIBLIOGRAPHIE.....	216
COMPLEMENT BIBLIOGRAPHIQUE.....	225
TABLE DES ANNEXES.....	228
ANNEXE 1 : Livret et manuel du PFIC	228
ANNEXE 2 : Tableaux en lien avec les résultats du questionnaire	228
ANNEXE 3 : Réponses complémentaires des orthophonistes connaissant le PFIC.....	228
ANNEXE 4 : Exemple de profil conversationnel établi à partir des résultats au PFIC	228
ANNEXE 5 : Exemple de fiche donnée aux étudiants venus tester notre questionnaire	228
ANNEXE 6 : E-mail envoyé aux présidents de région de la F.N.O pour présenter notre questionnaire	228
ANNEXE 7 : E-mail joint au questionnaire	228
ANNEXE 8 : Tableau récapitulatif des études effectuées sur le PFIC	228
ANNEXE 9 : Organigramme illustrant les différents « chemins » du questionnaire	228

INTRODUCTION

La pragmatique du langage qui permet, selon Joannette, de traiter « l'intention de communication »¹, est un domaine de recherche très exploré depuis le début du XXème siècle. Aujourd'hui, les chercheurs et les praticiens orthophonistes sont unanimes pour dire que la pragmatique du langage est une composante essentielle de la communication. En effet, maîtriser une langue ne se résume pas au respect des composantes du langage formel (phonologique, syntaxique et sémantique). Des compétences pragmatiques sont nécessaires pour « utiliser correctement le langage en tant qu'outil de communication, en tenant compte du contexte » (Bates, (1976) ; Costermans et Hupet (1987), cités par Lenfant et al.²).

Dans notre mémoire, nous nous intéressons plus spécifiquement à la pragmatique conversationnelle, qui étudie le discours en situation de conversation. Le respect des tours de parole, la prise en compte de son interlocuteur, ou le respect des convenances sociales sont des exemples de sujets étudiés par la pragmatique conversationnelle.

En l'absence de troubles du langage formel, un patient traumatisé crânien peut souffrir, lors de conversations, d'un langage désorganisé, d'une incompréhension des composantes langagières implicites (comme l'humour ou l'ironie), ou d'un désintérêt pour son interlocuteur. Toutes ces perturbations entravent la réinsertion sociale et professionnelle.

Le domaine de la pragmatique du langage s'ouvre progressivement à la pratique clinique. Il semblerait cependant que l'évaluation de cette composante du langage ne soit pas encore systématique dans l'exercice orthophonique, ce qui a un impact sur la rééducation des patients.

L'objectif d'un mémoire de recherche comme celui que nous proposons est donc de favoriser, dans la pratique clinique, l'évaluation de la pragmatique du langage chez les sujets

¹ JOANNETTE, Y. (2008). Impact sur les habiletés pragmatiques des lésions cérébrales chez l'adulte. **Actes du Congrès Scientifique International de la FNO : Pragmatiques de l'intention... à la réalisation**, p161.

² LENFANT, M. et al. (2008). Comment évaluer et stimuler les compétences pragmatiques en réception ? **Actes du Congrès Scientifique International de la FNO : Pragmatiques de l'intention... à la réalisation**, p97.

traumatisés crâniens. A travers nos lectures, nous nous sommes aperçues qu'une quinzaine d'échelles et de tests évaluant la pragmatique conversationnelle existaient. Pourtant, ils semblent très peu utilisés dans la pratique clinique. Nous avons jugé qu'il n'était pas nécessaire de créer un nouvel outil d'évaluation. En revanche, il nous paraît intéressant de chercher à développer l'utilisation de tests déjà existants. Parmi ceux-ci, le PFIC (Profile Of Functional Impairment in Communication), créé par Linscott, Knight et Godfrey en 1996 en Nouvelle-Zélande a particulièrement retenu notre attention [63]. Il a été adapté en français par l'équipe de Jagot, Tissier et Marlier en 2001 [46]. Cette grille d'évaluation de la pragmatique conversationnelle s'appuie sur de solides assises théoriques, en particulier les maximes de Grice [44]. Plusieurs études scientifiques ont montré que ce test était utile dans l'analyse de la conversation du patient traumatisé crânien. De plus, l'utilisation du PFIC permet d'établir le profil conversationnel du patient, ce qui fournit de sérieuses pistes pour la prise en charge à suivre.

Cependant, le PFIC semble actuellement peu utilisé par les orthophonistes. Nous pouvons donc nous questionner sur les raisons de la faible utilisation de ce test auprès de patients traumatisés crâniens pour l'évaluation de la pragmatique conversationnelle en pratique clinique orthophonique.

Dans la partie théorique, nous rappellerons d'abord des généralités sur la pragmatique du langage et sur le traumatisme crânien, ainsi que sur les troubles que ce dernier peut provoquer. Ensuite, nous présenterons plus particulièrement les troubles de la pragmatique du langage que peut engendrer un traumatisme crânien. Enfin, nous envisagerons les manières d'évaluer cette composante du langage chez les sujets traumatisés crâniens.

La revue de la littérature ne nous ayant pas permis de dégager des hypothèses, notre partie pratique comporte deux phases, correspondant aux deux temps de la méthodologie que notre sujet a imposé. Premièrement, la partie exploratoire, au cours de laquelle nous procéderons à une passation du PFIC auprès de patients traumatisés crâniens, nous permettra de dégager des freins relatifs à l'utilisation de cet outil. Deuxièmement, l'enquête destinée aux orthophonistes, et portant sur ces freins, nous permettra d'objectiver les facteurs qui limitent l'utilisation de cette grille en pratique clinique. Nous exposerons et discuterons les résultats de notre enquête au regard de nos objectifs et de notre problématique.

PARTIE
THEORIQUE

I] GENERALITES SUR LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE

A] La pragmatique du langage : une composante centrale

1) Définitions

Morris (1938), cité par Armengaud, définit la pragmatique comme « cette partie de la sémiotique qui traite du rapport entre les signes et les usagers des signes. »³ Cette définition très vaste, qui touche autant au domaine linguistique qu'humain, est précisée par Diller et Récanati : la pragmatique « étudie l'utilisation du langage dans le discours, et les marques spécifiques, qui, dans la langue, attestent sa vocation discursive. »⁴ La pragmatique, tout comme la sémantique, s'occupe du sens, ce dernier étant déterminé uniquement à travers l'utilisation de certaines formes linguistiques.

Jacques conçoit la pragmatique comme un « phénomène à la fois discursif, communicatif et social. C'est l'ensemble des conditions de possibilité du discours »⁵.

Joanette définit la pragmatique comme « la composante du langage qui permet de décrire les opérations cognitives nécessaires pour que la communication puisse se faire en tenant compte des caractéristiques du contexte »⁶.

³ ARMENGAUD, F. (1985). **La Pragmatique**.

⁴ Ibid.

⁵ Ibid.

⁶ JOANETTE, Y. (2004). Impacts d'une lésion cérébrale droite sur la communication verbale. **Rééducation Orthophonique**, p. 159-160

2) Les origines

En 2002, Bernicot et al. postulent que la pragmatique n'est pas une discipline à part entière mais un domaine de recherche regroupant plusieurs disciplines. Ils précisent qu'elle s'est constituée au travers d'une réflexion sur la pratique du langage ordinaire [11].

La pragmatique, en tant que composante d'étude des sciences du langage, est assez récente. Ce sont les théories de Paul Grice, décrites plus loin, qui sont à l'origine de l'approche contemporaine de la pragmatique. Cependant, dès la fin du 19ème siècle, des auteurs s'intéressent aux considérations pragmatiques du langage.

Frege (1882) et Russel (1906), cités par Moeschler, ont étudié ce que l'on appelle aujourd'hui la présupposition, c'est-à-dire le sens des expressions référentielles (noms propres, descriptions définies...) [70].

Frege (1882), cité par Armengaud, différencie la langue scientifique (où ce qui importe est la vérité) et la langue ordinaire (où l'objectif est la réussite de la communication). Il fonde la **sémantique**, et met en avant une distinction fondamentale : le sens et la référence. La référence, c'est l'objet dont on parle en utilisant une expression linguistique. A des expressions distinctes sont attachés des sens distincts, mais la référence peut être la même.

Au début du XXème siècle, Peirce, cité par Armengaud, fonde la **sémiotique** : l'étude des signes linguistiques. Il postule que l'Homme pense par signe, et qu'un signe renvoie toujours à un autre signe [4]. Sa théorie prend en considération le contexte de production et de réception des signes, et définit le signe par son action sur l'interprète. Peirce parle de « semiosis » et distingue, comme l'explique Everaert-Desmedt :

- le signe, ou representamen. C'est une chose qui représente une autre chose : son objet.
- l'objet : c'est ce que le signe représente.
- l'interprétant : déclenché par le signe. C'est une représentation mentale de la relation entre le signe et l'objet ; ce qui permet au signe de renvoyer à l'objet [38].

On attribue la naissance du terme « pragmatique » au philosophe américain Charles Morris (1903-1979), dont la pensée sera présentée dans le chapitre suivant.

3) Les concepts fondamentaux

a) Concepts d'Armengaud

Armengaud cite trois concepts primordiaux que nous retrouverons dans la plupart des théories développées dans cette partie.

- **le concept d'acte** : le langage sert à représenter le monde, mais surtout à accomplir des actions. Parler, c'est agir. Ce concept est lié aux notions d'interaction et de transaction.
- **le concept de contexte** : il s'agit de la situation concrète dans laquelle les propos sont émis. Elle englobe le lieu, le temps de l'interaction, l'identité des locuteurs...
- **le concept de performance**. C'est l'accomplissement de l'acte en contexte. Le concept de performance est en lien avec celui de compétence communicative (la compétence des locuteurs déployée au sein de l'interaction, c'est-à-dire leur savoir et leur maîtrise des règles relatives à celle-ci) [4].

b) La trichotomie de la langue de Morris

Morris (1938), cité par Caron propose une trichotomie de la langue, composée de la syntaxe, la sémantique, et la pragmatique [19]. Ce modèle est inspiré de Peirce : le processus selon lequel quelque chose fonctionne comme signe (reprise du terme de « semiosis ») implique, comme nous l'avons vu, trois facteurs : celui qui agit comme signe, celui auquel le signe renvoie, et l'effet produit sur un interprète. La pragmatique s'intéresse au troisième facteur, c'est-à-dire à l'étude des relations entre les signes et leurs usagers.

Armengaud précise la pensée de Morris en détaillant cette trichotomie :

- **la syntaxe** où les signes s'impliquent. La syntaxe traite des relations entre les signes.
- **la sémantique** où les signes définissent et dénotent. Elle traite de la relation des signes à leur designata (aux propriétés des objets).
- **la pragmatique** où les signes expriment quelque chose. Elle traite de la relation des signes à leurs interprètes. La pragmatique présuppose la syntaxe et la sémantique. En effet, il faut connaître la relation des signes entre eux et des signes aux choses pour comprendre la relation des signes aux interprètes [4].

c) L'interface linguistique-pragmatique de Moeschler

En 2008, Moeschler précise la nature de l'interface linguistique-pragmatique et établit une distinction entre signification linguistique et sens pragmatique. Cette interface se décline de deux façons :

- **aspect syntaxique-pragmatique** : comment l'information encodée linguistiquement contribue-t-elle au sens de l'énoncé ?
- **aspect sémantique-pragmatique** : en quoi le sens de l'énoncé est-il différent de la signification de la phrase ?

Pour répondre à ces questions, Moeschler introduit le concept primordial de sous-spécification : « l'hypothèse de la pragmatique inférentielle est [...] que le sens de l'énoncé est sous-spécifié linguistiquement, en d'autres termes, que l'usage d'une phrase en contexte, à savoir un énoncé, communique plus que la phrase »⁷. La communication verbale n'est donc plus un simple code, mais un processus mixte qui associe code et inférences.

Moeschler propose le schéma suivant pour illustrer son propos :

phrase > système linguistique > signification > contexte > énoncé > inférence > sens

⁷ MOESCHLER, J. (2008) : Qu'est-ce que la pragmatique ? Signification linguistique et interprétation pragmatique. **Actes du Congrès Scientifique International de la FNO : Pragmatiques de l'intention... à la réalisation.** p.14

La phrase produit une signification qui est analysée à travers le filtre du contexte, qui lui fournit des informations supplémentaires. Elle donne un énoncé, qui est le lieu des inférences pragmatiques, et qui, après interprétation, produit du sens [70].

d) Les trois degrés de la pragmatique selon Hausson

Hausson (1974), cité par Armengaud, tente de définir la pragmatique de façon unifiée et articulée. Il formule l'idée d'une pragmatique organisée selon trois degrés, avec un passage progressif d'un plan à l'autre. Plus on progresse à l'intérieur de ces trois plans, plus il y a enrichissement et complexification du contexte.

La pragmatique du 1er degré étudie les symboles indexicaux, qui, comme l'a décrit Morris, renvoient à un objet unique, et sont systématiquement ambigus. Leur référence varie systématiquement selon le contexte où ils sont utilisés. Par exemple, les pronoms et les adverbes sont des symboles indexicaux : « je » et « ici » n'ont pas la même signification selon le lieu, le moment, et le locuteur qui les produit.

La pragmatique du 2nd degré étudie l'énonciation, c'est-à-dire l'implication des partenaires dans la conversation.

La pragmatique du 3ème degré s'intéresse à la théorie des actes de langage, développée par Searle et Austin. Le but de cette théorie est de savoir ce qui est accompli quand on emploie certaines formes linguistiques [4].

e) La cohérence et la cohésion : deux concepts décrits par Coelho.

Salles définit la cohérence comme étant du côté de l'interprétabilité de l'énoncé, et la cohésion du côté des moyens linguistiques [78].

La cohésion se situe dans une perspective locale, elle est le ciment linguistique du texte, et apparaît en surface du discours, aux niveaux lexical et morphologique. Au niveau lexical, la cohésion est réalisée grâce à la maîtrise des champs lexicaux et aux manipulations qui s'y effectuent (polysémie, homonymie, synonymie, antonymie...). Au niveau morphosyntaxique, elle est assurée par des procédés diaphoriques tels :

- L'anaphore, qui renvoie à un mot apparu précédemment, et désigne un référent. Elle est généralement placée après le référent.
 - o La forêt apparut. Elle était inquiétante. ("Elle" est une anaphore grammaticale)
 - o La forêt apparut. Cet endroit était inquiétant. ("Cet endroit" est une anaphore lexicale).
- La cataphore, placée avant le référent.
 - o Elle était inquiétante, cette forêt. (« Elle » est une cataphore).
 - o Si tu la parcours, tu verras combien cette forêt est inquiétante. (Le pronom personnel « la » est une cataphore)

La cohésion est également assurée par l'emploi de connecteurs (et puis, alors, après ...) [22]. Elle permet de répondre aux exigences sémantiques et syntaxiques du discours et assure l'enchaînement des unités grammaticales [27].

Halliday et Hasan, cités par Léonard et Croteau, définissent la cohésion comme le composant de la linguistique qui permet à un texte de fonctionner comme une unité significative. Ils analysent la cohésion et jugent si le lien entre les différentes propositions est complet, incomplet ou erroné. Ce lien est considéré complet si l'information à laquelle il se réfère est facile à retrouver et clairement définie. Il est jugé incomplet si l'information n'a pas été préalablement fournie, et erroné si l'information est ambiguë. L'analyse de la cohésion est utile pour détecter des déficits subtils d'organisation du discours [27].

La cohérence se situe dans une perspective globale, où l'on envisage le texte comme un acte de discours général. C'est un élément fondamental du discours, assurée par des règles indispensables de répétition (reprise d'éléments déjà émis, redondance), de progression (ajouts

d'éléments nouveaux et progressifs), de non-contradiction (domaine logique), et de relation (de cause à effet par exemple) [18].

Dans la Grille d'Evaluation des Capacités de Communication (GECCO) de Rousseau (2002), on s'intéresse à la cohérence du discours du patient atteint de la maladie d'Alzheimer.

Les paramètres étudiés sont :

- La continuité thématique
- Les relations logiques et chronologiques du discours
- La redondance du discours (progression rhématique)
- La présence de contradictions

Coelho, cité par Léonard et Croteau, distingue deux types de cohérence :

- la cohérence globale qui représente l'ajustement entre le contenu de la parole du sujet et le thème général de la conversation,
- la cohérence locale qui représente l'ajustement entre le contenu de la parole du récepteur et celui de l'émetteur [22].

B] La théorie des actes de langage

1) Les fondateurs et les concepts généraux

Searle et Austin sont les créateurs de la théorie des « speech acts », largement reprise dans la littérature. Les auteurs, cités par Armengaud, pensent que la base de la communication humaine repose sur l'accomplissement de certains types d'actes : quand il prononce une phrase, un locuteur accomplit un ou plusieurs de ces actes.

La théorie des actes de langage consiste en une étude des relations entre les signes et leurs interprètes : quels actes font les usagers quand ils utilisent certains signes ? [4]

Austin, en 1962, publie How to do things with Words (Quand dire c'est faire), dans lequel il introduit la notion d'énoncé performatif et d'énoncé constatif.

Kerbrat-Orecchioni détaille ce concept. Elle compare deux énoncés :

- 1) J'ouvre la porte.
- 2) Je déclare la séance ouverte.

L'énoncé 1) est soit vrai, soit faux. On peut vérifier l'action, dont l'accomplissement est totalement indépendant de l'énonciation de la phrase. Cet énoncé constate un état de choses : il est **constatif**.

L'énoncé 2) n'est pas descriptif : il exécute une action par le seul fait de l'énonciation de la phrase. C'est un énoncé **performatif** [52].

Austin, cité par Caron, différencie au sein des actes de langage, les actes locutoires, perlocutoires et illocutoires.

- **acte locutoire** : c'est l'acte de dire quelque chose. L'acte locutoire recouvre le champ de la linguistique et de la psycholinguistique : il est à la fois un acte phonétique (émettre des sons), un acte phatique (maintien du contact) et un acte rhétorique (produire un sens déterminé).
- **acte illocutoire** : c'est l'acte effectué en disant quelque chose. L'acte illocutoire provoque des relations entre les sujets qui sont déterminées par des **règles** internes au discours, et non pas par des processus psychologiques ou sociologiques qui dépassent le discours, comme les actes perlocutoires [19].
- **acte perlocutoire** : il est défini par les effets (intentionnels ou non) engendrés par la parole sur les sentiments, les pensées ou les actes de l'interlocuteur.

Un même acte de langage peut comporter ces trois aspects. Par exemple, « Le cours débute. » est à la fois un :

- **acte locutoire** : prononciation de sons formant des mots et des suites grammaticales pourvues de sens.
- **acte illocutoire** : dire « Le cours débute. » revient à commencer le cours.
- **acte perlocutoire** : dire « Le cours débute. » provoque des effets sur l'auditoire qui va se taire, se concentrer, prendre des notes...

Searle émet une distinction importante entre acte, force et verbe illocutoire :

- **les actes illocutoires** représentent les différentes actions que l'on peut accomplir par des moyens langagiers. Comme nous l'avons vu, le fonctionnement de ces actes est régi par la langue.
- **les forces ou valeurs illocutoires** : ce sont les composantes permettant à un énoncé de fonctionner comme un acte particulier. La valeur globale d'un énoncé correspond à la valeur illocutoire et au contenu propositionnel.

Par exemple : « merci de fermer la porte » et « ferme la porte ! » sont deux énoncés de même contenu propositionnel (le locuteur veut que l'interlocuteur ferme la porte). Mais leur force illocutoire est différente : dans le deuxième énoncé, il s'agit d'un ordre, alors que dans le premier, il s'agit d'une demande.

- **les verbes illocutoires** : ce sont les unités lexicales qui permettent, dans une langue donnée, de désigner les différents actes illocutoires [52].

2) La classification des actes illocutoires

Il est difficile de recenser le nombre exact d'actes différents qu'une langue permet d'effectuer. Les verbes illocutoires sont en nombre finis, tandis que les actes illocutoires sont théoriquement illimités. Ils peuvent être classés dans des catégories, celles-ci pouvant toujours être plus affinées.

Searle, cité par Armengaud, met en place une nouvelle taxinomie des actes illocutoires :

- **les assertifs** : ils engagent le locuteur, à des degrés divers, à ce que la proposition qu'il exprime corresponde à la vérité. Par exemple, se vanter, se plaindre, conclure, déduire, sont des actes assertifs.
- **les directifs** : le locuteur demande à son interlocuteur d'entreprendre quelque chose. Par exemple, demander, ordonner, prier, permettre, conseiller, sont des actes directifs.
- **les commissifs** : ils engagent le locuteur à l'accomplissement d'une action future. Par exemple, promettre, garantir, jurer sont des actes commissifs.

Les actes commissifs et directifs s'opposent quant à l'agent de l'action : l'acte directif engage l'interlocuteur, alors que le commissif engage le locuteur.

- **les expressifs** : ils expriment un état psychologique. La vérité de la proposition exprimée est présupposée. Par exemple, remercier, féliciter, s'excuser sont des actes expressifs.
- **les déclarations** : Searle décrit ces actes comme apparaissant dans « tous les cas où l'état de choses représenté dans la proposition exprimée est réalisé [...] par la déclaration même ». Par exemple : « Vous êtes licencié » est une déclaration. Searle remarque que dans les déclarations, on trouve souvent la présence d'une institution extra-linguistique qui représente un système de règles venant s'ajouter aux règles du langage. Ces institutions peuvent être d'origine culturelle, rituelle, hiérarchique (Eglise, Droit, entreprise...)... Cette existence est nécessaire pour que la déclaration soit accomplie avec succès [4].

Austin (1962), cité par Armengaud, différencie les actes de langage en cinq catégories :

- **les verdictifs** : ils consistent à prononcer un verdict, un jugement concernant un fait. Par exemple, acquitter, calculer, décrire, analyser, estimer, évaluer.
- **les exercitifs** : ils consistent à formuler une décision en faveur ou à l'encontre d'une suite d'actions. Par exemple, ordonner, commander, plaider pour, nommer, déclarer une séance ouverte/fermée.
- **les commissifs** : Austin en fait la même description que Searle.
- **les expositifs** : « ils sont utilisés pour exposer des conceptions, conduire une argumentation, clarifier l'emploi des mots, assurer les références »⁸. Ex : affirmer, nier, répondre, objecter, concéder.
- **les comportementaux** : ce sont « les réactions au comportement des autres, aux événements qui les concernent ; ce sont des expressions d'attitude à l'égard de leur

⁸ ARMENGAUD, F. (1985). **La Pragmatique**.

conduite ou de leur destinée »⁹. Par exemple, s'excuser, remercier, féliciter, souhaiter la bienvenue, critiquer [4].

3) Les actes de langage indirects

La plupart du temps, le locuteur, en produisant une phrase, entend signifier exactement ce qu'il dit littéralement. Mais parfois, comme le décrit Armengaud, le sens littéral de la phrase et le sens proféré par le locuteur ne se rejoignent pas. C'est le cas des actes de langage indirects. L'ironie, l'insinuation, l'allusion, le sous-entendu, l'équivoque en sont des exemples.

Dans le cas des actes de langage indirects, le locuteur prodigue deux sens à sa phrase : un sens littéral et un sens sous-entendu. Searle s'interroge sur le fonctionnement de ces actes : comment est-il possible qu'un locuteur dise une chose, veuille dire cette chose mais veuille également dire autre chose ? Et comment est-ce possible qu'un auditeur comprenne l'acte de langage indirect, alors que ce qu'il entend signifie autre chose ? Par exemple, dans l'énoncé « Je serais enchanté si vous retiriez le coude de mes côtes », l'auditeur parvient sans mal à comprendre qu'il s'agit d'une requête et pas d'une assertion [4].

Kerbrat-Orecchioni reprend la formule « Quand dire, c'est faire », et propose deux définitions pour les actes de langage indirects :

1. « quand dire, c'est faire une chose sous les apparences d'une autre » : un acte de langage peut être formulé « indirectement, sous le couvert d'un autre acte » ;
2. « quand dire, c'est faire plusieurs choses à la fois » : une même réalisation linguistique peut exprimer plusieurs actes.

Dans le cadre de la première définition, l'auteure oppose la réalisation directe d'un acte (« Passe-moi le sel ») et sa réalisation indirecte. Au sein de celle-ci, elle différencie la réalisation indirecte conventionnelle (« Peux-tu me passer le sel ? ») et non conventionnelle (« Ça manque de sel... »).

⁹ ARMENGAUD, F. (1985). **La Pragmatique**.

La compréhension de l'ironie passerait par les trois étapes cognitives suivantes :

-« compréhension du sens direct de l'énoncé »¹⁰.

-« prise en compte de son insuffisance dans le contexte »¹¹.

-« utilisation de règles d'inférence pour dériver le sous-entendu à partir du sens littéral et du contexte de l'énoncé »¹² [74].

4) Réussite et satisfaction

Ghiglione et Trognon, cités par Peter-Favre et Drechsler, considèrent qu'un acte de langage est **réussi** « s'il est pris selon sa force, c'est-à-dire si le but est atteint sur le contenu propositionnel »¹³ (Ghiglione & Trognon, 1993 : 252). Par exemple, l'intervention « Pouvez-vous me passer le sel ? » est réussie si elle est comprise par l'interlocuteur comme une requête, et pas comme un questionnement sur ses capacités potentielles à faire l'action.

Une fois réussie, on considère qu'une intervention est **satisfaite** si une action adaptée est accomplie grâce à l'acte illocutoire. Pour reprendre le même exemple, l'intervention citée plus haut est réussie si l'interlocuteur me passe le sel. Une satisfaction peut également être apportée par une réponse à une question.

Tout acte satisfait est forcément réussi mais tout acte réussi n'est pas forcément satisfait. C'est le cas si aucune action n'est accomplie [75].

¹⁰ PETER-FAVRE, C. et DEWILDE, V. (1999). **Lobes Frontaux et langage** in **Neuropsychologie des lobes frontaux**, p203-233.

¹¹ Ibid.

¹² Ibid.

¹³ PETER-FAVRE, C. & DRECHSLER, R. (2002). Outils d'évaluation dans les troubles de la pragmatique en neuropsychologie in **Pragmatique et Psychologie**.

C] La conversation

1) L'interaction et la conversation

Le langage a une visée communicative : il implique une allocution (production adressée à un destinataire physiquement distinct du locuteur), une interlocution (échange d'énoncés) et une interaction (dans laquelle les interactants, tout au long de l'échange, déploient un réseau d'influences mutuelles).

a) Notions sur l'interaction

Les locuteurs sont engagés dans un échange lorsqu'ils conversent. L'émetteur signale à l'interlocuteur qu'il lui parle en lui adressant des indices divers : orientation corporelle, direction du regard, ou production de formes d'adresse. Il utilise également des marqueurs phatiques pour s'assurer de son attention (par exemple : « n'est-ce pas ? »). Le récepteur, quant à lui, doit produire des régulateurs (des signaux d'écoute) pour confirmer qu'il prend bien part à l'échange communicatif. Ceux-ci peuvent être verbaux (« oui bien sûr »), non-verbaux (un hochement de tête) ou vocaux (« Hmm »). Kerbrat-Orecchioni précise que les activités phatiques et régulatrices sont solidaires : en cas de défaillance de l'une, il y a compensation de la part de l'autre. C'est ce que l'auteur appelle la **synchronisation interactionnelle**.

Ce phénomène caractérise les tours de parole, les comportements des partenaires en présence, le choix des thèmes, du registre de la langue, du vocabulaire... Au sein de l'interaction, le discours est coproduit par les deux locuteurs : « c'est le fruit d'un travail collaboratif incessant »¹⁴ [51].

Traverso décrit l'interaction selon deux canaux :

¹⁴ KERBRAT-ORECCHIONI, C. (1996). **La conversation**.

- **un canal auditif**, qui comprend les informations verbales et vocales qui marquent les questions et les informations émotionnelles : les variations intonatives, les modifications de la voix, le débit de l'élocution, ainsi que les caractéristiques de la voix elle-même.

- **un canal visuel**, qui comprend les données statiques (vêtements, coiffure...) les postures, les regards et les gestes. Parmi les gestes, l'auteur distingue :

→ les gestes extra-communicatifs, produits sans intention de transmettre une information : changement de posture, gestes ludiques comme la manipulation d'un objet...

→ les gestes communicatifs : les quasi-linguistiques (conventionnels, ils varient selon les cultures et peuvent remplacer un énoncé verbal : par exemple, dire « non » en tournant la tête), les co-verbaux (qui accompagnent et illustrent une expression verbale : par exemple, le geste de monstration) et les synchronisateurs (qui régulent l'interaction : hochement de tête...)

Les données proxémiques rentrent également en compte dans la description d'une interaction, et varient selon les cultures [80].

b) De l'interaction à la conversation

Kerbrat-Orecchioni distingue les interactions verbales, comme la conversation, des interactions non-verbales (par exemple : la danse...) et des interactions mixtes (par exemple : la consultation médicale).

La conversation est considérée comme la forme prototypique de l'interaction verbale, car la plus commune. Dans toute conversation, le locuteur se conforme à des règles qui sont de nature très diverse. Ces règles varient en fonction du contexte, des sociétés et des cultures, et sont relativement souples. L'analyse conversationnelle a pour but d'explicitier ces règles qui sous-tendent le fonctionnement des échanges communicatifs [51].

2) Les différents courants

Kerbrat-Orecchioni et Traverso décrivent trois courants fondamentaux dans l'analyse conversationnelle :

a) L'approche psychologique et psychiatrique

L'Ecole de Palo Alto étudie l'analyse conversationnelle sous un angle thérapeutique : elle fonde l'idée que les troubles qui affectent l'individu résultent du système relationnel global dans lequel cet individu est pris. Le traitement devra porter sur la transformation de ce système. Leurs travaux sont basés sur l'œuvre de Bateson [51].

b) L'approche ethnosociologique

Hymes (1962) dit que parler ce n'est pas simplement être capable de produire et d'interpréter des phrases bien formées, mais aussi pouvoir maîtriser les conditions d'utilisation adéquate des possibilités offertes par la langue. Il nomme cette faculté la **compétence communicative**.

Goffman, cité par Traverso, a fondé au sein de ce courant la « micro-sociologie » : il y décrit les **rituels** (l'attention rituelle que se portent les individus en interaction, et qui s'attache à ce que personne ne perde la face), les **cadres participatifs** (la rencontre sociale doit être pensée au sein de la situation globale où elle se déroule) et la **représentation dramaturgique** (Goffman avance que la rencontre sociale ressemble à une scène de théâtre, où chacun présente son personnage selon ce qu'il croit être attendu de lui, et s'efforce de faire bonne figure) [80].

c) L'approche linguistique

Cette approche s'est surtout intéressée à la langue, et beaucoup plus tardivement aux conversations. Elle s'est concentrée sur les discours oraux et dialogués, considérés comme la forme primordiale de réalisation du langage [51].

Cette approche comprend :

- les travaux de Bakhtine sur l'énonciation et l'interprétation des énoncés : prise en compte de leur situation d'énonciation (le lieu d'où l'on parle, le temps où l'on parle, la source de la parole...). L'énoncé n'est plus rapporté simplement à l'individu qui le produit, mais est considéré comme un lieu où s'expriment des voix. Par exemple, l'énoncé « Ce n'est peut-être pas très fiable mais pour le moment ça fonctionne » comporte deux voix : une voix critique et une voix plus consensuelle [80].
- les travaux sur les actes de langage.
- les travaux de Grice sur le principe de coopération.

3) Le contexte

L'approche interactionniste s'intéresse aux actes de langage dans leur contexte. Elle souhaite décrire les phrases au sein de discours actualisés dans des situations concrètes de communication [51].

Le contexte comprend différents éléments :

- **le cadre spatio-temporel** : dans son aspect physique (par exemple : appartement, cabinet médical...) mais aussi social et institutionnel (par exemple : palais de justice comme lieu d'exercice de la fonction judiciaire).
- **le but** : il faut distinguer le but global de l'interaction, et les sous-buts correspondants aux différents actes réalisés au cours de l'interaction.
- **les participants** : leur nombre, leurs caractéristiques individuelles, leurs relations mutuelles

Kerbrat-Orecchioni note qu'au cours d'une interaction, les rôles interlocutifs sont mobiles : chacun prend tour à tour le rôle de locuteur et de destinataire. En revanche, les rôles interactionnels sont plus stables, car ils sont liés au type d'interaction en cours (par exemple : le médecin et le malade ont des rôles interactionnels différents et complémentaires).

Dans la conversation, l'interaction est symétrique. C'est l'ensemble des rôles interactionnels qui définit le contrat de communication auxquels sont soumis les participants, pour un type d'action déterminé [51].

4) Le matériel verbal, para-verbal et non-verbal

Le matériel verbal regroupe l'ensemble des unités relevant de la langue. Le matériel paraverbal (prosodique et verbal) accompagne les unités linguistique et est transmis par le canal auditif : il s'agit des intonations, des pauses, du débit... Le matériel non-verbal est transmis par le canal visuel. Comme nous l'avons vu précédemment, il regroupe les signes statiques (comme l'apparence physique des locuteurs) et les signes cinétiques. Kerbrat-Orecchioni distingue les signes cinétiques lents (distances, attitudes, postures) et les signes cinétiques rapides (regards, gestes, mimiques) [51].

- **Le matériel verbal** : Kerbrat-Orecchioni souligne que ce matériel est soumis à de nombreux « ratés » au cours de la conversation naturelle, comme les bafouillements, le bégaiement, les phrases inachevées, les constructions incohérentes...
- **Le matériel paraverbal et non-verbal** : ils jouent un rôle très important dans la cohérence du dialogue. Certains comportements non-verbaux sont également à considérer comme des conditions de possibilité de l'échange : la distance proxémique, l'orientation du corps et le regard sont les plus pertinents. Le matériel paraverbal et non-verbal joue aussi un rôle prépondérant dans les mécanismes de prise, de maintien et de passage de la parole. Au niveau du contenu, ils sont essentiels à la compréhension des actes de langage indirects (intonations, mimiques...). Ils peuvent également renseigner sur l'état affectif des participants et de la relation inter-locuteurs [51].

5) Les thèmes

La progression thématique est fondée sur les phénomènes de cohésion sémantique : reprises anaphoriques (Elsa n'est pas venue, elle est malade), répétitions, connecteurs...

Entre deux thèmes, il peut y avoir discontinuité (transition avec frontière) ou continuité (transition progressive). Le phénomène de discontinuité regroupe les procédures de rupture ou de clôture des thèmes suivies de propositions de nouveaux thèmes. Le phénomène de continuité regroupe les procédures de ratification et de glissement d'un thème à l'autre.

6) L'organisation globale et locale

a) L'organisation globale : procédures d'ouverture, de corps et de clôture.

Sacks, Schegloff et Jefferson, cités par Traverso, ont décrit ces procédures :

- **Ouverture** : c'est la mise en contact des participants. Les salutations sont obligatoires dans la majorité des cas. Il s'agit de l'établissement d'une première définition de la situation.
- **Corps** : il comprend un nombre indéfini de séquences. Sa composition dépend du type d'interaction considérée.
- **Clôture** : il s'agit de la fermeture de l'interaction et de la séparation des participants [80].

b) L'organisation locale : les tours de parole.

Selon Kerbrat-Orecchioni, les pratiques communicatives sont ordonnées et se déroulent selon certaines règles. Celles-ci permettent la gestion de l'alternance des tours de paroles, régissent l'organisation structurale de l'interaction et interviennent au niveau de la relation interpersonnelle.

Dans une conversation, la fonction locutrice est occupée tour à tour par différents acteurs.

Une seule personne doit parler à la fois, mais les chevauchements de parole sont courants. Afin de limiter leur fréquence, les locuteurs mettent en place une **négociation** qui peut être explicite (« Attends, je n'ai pas fini ! ») ou implicite (augmentation de l'intensité vocale, répétition du segment de parole couvert).

Les chevauchements ne doivent pas être trop fréquents. Il en est de même pour les intervalles de silence, qui doivent être réduits au minimum [51].

Traverso note que les tours de parole peuvent être constitués d'un mot, d'une phrase simple ou complexe (qui comprend plus de deux propositions) ou d'un syntagme [80].

L'alternance des tours est parfois allouée à une personne définie (par exemple, dans le cas d'un président de séance, d'un meneur de débat...). Mais la plupart du temps, l'alternance des tours est gérée par les participants eux-mêmes. Le changement de tour s'effectue à un point de transition possible, qui peut être indiqué par des signaux verbaux (question, indicateurs de clôture, expressions phatiques), des signaux prosodiques (courbe intonative marquée, ralentissement du débit, chute de l'intensité articulatoire) ou des signaux mimogestuels (regard soutenu porté en fin de tour sur le destinataire) [51].

L'ensemble de ces procédés permet le passage d'un tour à l'autre sans problème et l'anticipation des points de transition [80].

Cependant, il existe des « ratés » dans le système des tours de parole. Ceux-ci sont dus :

- à des indices d'alternance flous, qui empêchent les locuteurs de percevoir clairement les transitions entre les tours de parole
- à une violation délibérée de l'alternance par les locuteurs.

Kerbrat-Orecchioni cite les phénomènes d'interruption, de silence prolongé entre deux tours, de chevauchement de parole, d'intrusion (le successeur du locuteur est illégitime) [51].

Traverso cite deux types de tours de parole : les tours pleins et les régulateurs. Ces derniers sont indispensables au bon déroulement de l'interaction. Ils sont brefs, souvent produits en chevauchement et ne contribuent pas au développement thématique de l'échange. Ils servent surtout d'indices d'écoute, d'attention et d'engagement dans l'interaction.

7) La politesse

Brown et Levinson, cités par Traverso, introduisent le concept de « face » et de « territoire ».

Le territoire est décrit comme « la zone où l'irruption, voire simplement l'intervention d'autrui peut constituer une ingérence »¹⁵. Il s'agit d'un espace personnel à l'intérieur duquel les individus peuvent agir en toute liberté (au niveau corporel, matériel, spatial, cognitif, affectif...). Le territoire est aussi appelé « Face négative ».

La face, ou « Face positive », est « l'image de soi présentée à travers la ligne de conduite adoptée ». Elle dépend beaucoup des autres individus. Elle symbolise le besoin de reconnaissance de chacun.

Au cours de l'interaction, les individus veillent sur la face et le territoire de chacun, y compris les leurs.

Les auteurs décrivent le concept d'actes menaçants, ou FTA (Face Threatening Act). Ils menacent la face ou le territoire.

¹⁵ TRAVERSO, V. (2007). *L'analyse des conversations*.

Traverso prend l'exemple du conseil :

- du côté du récepteur, le conseil est menaçant pour son territoire (il interfère sur sa liberté d'action) et sa face (le conseil peut signifier que le récepteur donne l'image d'un individu incapable de décider par lui-même).
- du côté de l'émetteur, la réaction obtenue par son conseil aura un caractère menaçant pour sa face (s'il s'agit d'un refus) et pour son territoire (si, ayant trouvé le conseil judicieux, le récepteur prend l'habitude de s'en remettre à l'émetteur pour toute décision, empiétant sur sa liberté d'action).

Cependant, ce même acte de langage peut également avoir un effet anti-menaçant pour le récepteur (pour sa face : le conseil manifeste au récepteur l'intérêt que l'émetteur lui porte) et pour l'émetteur (pour sa face, s'il obtient du récepteur une acceptation) [80].

Kerbrat-Orecchioni introduit le concept de FFA (Face Flattering Acts). Il désigne tout acte ayant un effet positif sur la face et/ou le territoire de l'un ou l'autre des participants. Ainsi, un compliment est un acte a priori flatteur pour la face du récepteur, et une offre est un acte a priori flatteur pour son territoire. Cependant, l'auteure insiste sur la nécessité d'observer le fonctionnement en contexte de ces actes afin de pouvoir en déduire leur nature.

L'auteure cite également l'idée de politesse négative et positive :

- **la politesse négative** entre en jeu quand l'individu évite de commettre des actes menaçants ou s'efforce d'atténuer ceux qu'il a commis. Elle s'accompagne de procédés ayant pour but d'adoucir les actes : hésitations, formules de politesse, préliminaires ; ou de procédés substitutifs : remplacement du présent par l'imparfait (« Je voulais vous demander... »).
- **la politesse positive** intervient quand l'individu produit des actes flatteurs [51].

8) Les variations culturelles

Les règles sous-tendant le fonctionnement des conversations ne sont pas universelles. En effet, les comportements verbaux et non-verbaux varient selon les cultures (et les individus au sein d'une culture donnée) : les postures, les mimiques, le regard, le débit, les intonations... Il existe également des variations concernant les temps de pause entre les tours de parole et les chevauchements [51].

Kerbrat-Orecchioni note que les systèmes d'adresse et le marquage des relations interpersonnelles varie grandement d'une culture à l'autre : ainsi, en France il existe deux pronoms d'adresse, contre un dans la culture et la langue anglo-saxonne [51]. Dans la langue et la culture vietnamienne, les termes d'adresse varient en fonction de la relation entre les deux locuteurs (familiarité, respect, préséance de l'âge, lien de parenté...).

Traverso décrit les malentendus qui peuvent survenir suite à la confrontation de deux locuteurs de culture différents qui ne mettent pas en jeu les mêmes règles conversationnelles. Comme celles-ci sont rarement explicitées, les malentendus interculturels peuvent très vite survenir sans que les locuteurs en aient conscience, ce qui les amène à interpréter de la mauvaise manière le comportement de leur interlocuteur.

L'auteure donne un exemple d'interaction interculturelle : deux collègues qui s'entendent bien, A (d'origine turque) et B (d'origine française) décident de déjeuner ensemble. A invite B chez elle, qui apporte un gâteau pour le dessert. Arrivée chez A, B propose son gâteau et A, en riant, lui rétorque « T'avais peur de manquer ? » [80].

On voit bien avec cet exemple comment un comportement considéré comme poli et admis globalement dans une culture donnée, peut ne pas être attendu dans une autre culture, voire interprété comme impoli. Ici, la verbalisation humoristique de l'incompréhension permet un accès à une méta-communication qui explique « l'incident », il n'y a donc pas de conséquence sur la relation des deux participantes.

9) La théorie de l'esprit

La théorie de l'esprit peut être définie par la compréhension des états mentaux de l'autre, mais aussi de ses propres états mentaux. Rondal et Esperet décrivent les trois notions constitutives de la théorie de l'esprit :

- **la fausse croyance** : c'est la notion considérée comme la plus représentative de l'acquisition de la théorie de l'esprit. Pour comprendre la fausse croyance, il faut être capable de se représenter l'idée erronée de l'autre, et de comprendre que cette idée est fausse car l'autre ignore certains faits.

- **le désir** : afin de comprendre les états mentaux d'autrui, l'individu doit être conscient de ses croyances, mais également de ses désirs.

- **l'intention** : enfin, l'individu doit pouvoir reconnaître l'intention sous-jacente à l'action d'autrui. Il doit pouvoir comprendre que si le résultat d'une action est conforme à l'intention de départ, l'action peut être désignée comme intentionnelle. Dans le cas contraire, elle sera considérée comme fortuite [77].

La théorie de l'esprit est donc une composante de la pragmatique qu'il est impératif de maîtriser afin de comprendre le discours et les pensées d'autrui.

D] Les théories de Grice

Grice, philosophe du langage, s'est fait connaître pour ses travaux sur la pragmatique et la linguistique. Il est considéré comme le fondateur de la pragmatique contemporaine. Particulièrement célèbre pour ses théories sur la signification et la compréhension, il considère que la signification réside dans l'échange entre deux locuteurs. Il postule également que la conversation se fonde sur la conversation entre plusieurs locuteurs, qui acceptent et appliquent les mêmes règles. Grice décrit deux concepts fondamentaux et très liés : « l'implicature » et le principe de coopération [44].

1) L'implicature

L'implicature est l'action d'impliciter quelque chose. C'est le lien étroit entre ce qui est dit et le sens conventionnel des mots. Le terme « implicat » désigne ce qui est implicite.

Grice explique cette notion en montrant que dans certains cas, le sens conventionnel des mots sert non seulement à déterminer ce qui est dit, mais également ce qui est implicite. L'auteur prend l'exemple de l'énoncé suivant : « Il est anglais, il est donc courageux ». Ceci implique que le courage est une conséquence du fait d'être anglais. Mais ce n'est pas vraiment ce que le locuteur aura voulu dire : il l'a seulement implicite. Si la conséquence de cette assertion ne se vérifiait pas dans un autre cas (si l'on trouvait un individu anglais non-courageux), cela ne voudrait pas dire que l'assertion d'origine serait fausse. Cette implicature est conventionnelle car elle fait référence à la sémantique-même de l'énoncé.

Grice note la présence de la sous-classe d'implicatures non-conventionnelles qu'il nomme « implicatures conversationnelles ». Elles font référence à la pragmatique et dépendent du contexte de la conversation. Un individu produit une proposition p qui sous-tend l'implicature q , mais seulement dans un certain contexte. L'affirmation p ne provoque pas toujours l'implicature q . Par exemple, dans l'échange suivant :

« Viens-tu à la fête ce soir ?

-Non, je travaille. »

L'énoncé « Non, je travaille », implique que le deuxième locuteur n'ira pas à la fête. Mais cet énoncé aurait pu avoir un sens complètement différent dans un autre contexte.

Grice cite également le cas de l'implicature conversationnelle généralisée : contrairement à l'implicature conversationnelle classique, ici l'affirmation p sous-tend toujours l'implicature q : « parfois, le simple fait d'utiliser certaines formes linguistiques

dans un énoncé entraîne automatiquement (en l'absence de toute circonstance particulière), telle ou telle implicature, ou type d'implicature. »¹⁶ [44].

2) Le principe de coopération et les maximes conversationnelles

Grice postule que les échanges conversationnels sont sous-tendus par des efforts de coopération. Chaque participant reconnaît un ou des buts communs à la conversation, ou au moins une direction à prendre, et met en œuvre divers procédés pour l'atteindre. Le but ou la direction peuvent être fixés au départ ou au cours de la conversation ; être relativement bien définis ou assez vagues.

Grice formule le « Principe de Coopération » qui résume cette notion : «que votre contribution conversationnelle corresponde à ce qui est exigé de vous, au stade atteint par celle-ci, par le but ou la direction acceptés de l'échange parlé dans lequel vous êtes engagé ».

Il distingue ensuite quatre catégories, qu'il nomme « Maximes conversationnelles », dans lesquelles les règles de la conversation se répartissent. Ces règles doivent s'accorder avec le principe de coopération.

- **Quantité** : cette maxime concerne la quantité d'informations qui doit être fournie au cours de l'échange. Elle contient deux règles :

1) «Que votre contribution contienne autant d'information qu'il est requis ».

2) «Que votre contribution ne contienne pas plus d'information qu'il n'est requis. »

En d'autres termes, les locuteurs se doivent d'apporter le nombre d'informations adéquates et nécessaires à la compréhension de l'interaction.

- **Qualité** : la règle primordiale de cette maxime est «Que votre contribution soit véridique», c'est-à-dire qu'elle contienne ce que le locuteur pense comme vrai. L'auteur

¹⁶ GRICE, H.P., **Logic and conversation** (1975) in **Syntax and Semantics: Speech Acts**, ouvrage dirigé par P. Cole & J.L. Morgan, vol.3, p.14.

inclut dans cette catégorie deux autres règles :

- 1) « N'affirmez pas ce que vous croyez être faux ».
- 2) « N'affirmez pas ce pour quoi vous manquez de preuves ».

- **Relation** : une seule règle se rattache à cette maxime : « Parlez à propos ». Les sujets doivent être pertinents du point de vue des thèmes mobilisés durant l'interaction. Cette règle pose problème car les centres d'intérêt ne sont pas forcément les mêmes entre deux locuteurs. De plus, les thèmes peuvent se modifier pendant l'échange.

Les trois premières règles se rattachent à ce qui est dit ; la dernière à la façon dont on va le dire.

- **Modalité** : cette maxime se rattache à la règle « Soyez clair ». D'autres règles en font partie :
 - 1) « Évitez de vous exprimer avec obscurité ».
 - 2) « Évitez d'être ambigu ».
 - 3) « Soyez bref » (pas besoin d'être plus prolix que nécessaire).
 - 4) « Soyez méthodique ».

Selon l'auteur, la maxime de Qualité semble primordiale dans la conversation, certaines règles ne devenant opératoires que si cette première règle est respectée. Il existe également d'autres règles esthétiques, sociales ou morales, comme les règles de politesse.

Les règles énoncées plus haut doivent être opérationnelles pour que la conversation revête une efficacité maximale.

Pour Grice cependant, la conversation n'est qu'« un cas particulier, ou une variété, de conduites intentionnelle ou rationnelle »¹⁷. Il montre que certaines de ces règles s'appliquent

¹⁷ GRICE, H.P., **Logic and conversation** (1975) in **Syntax and Semantics: Speech Acts**, ouvrage dirigé par P. Cole & J.L. Morgan, vol.3, p.6.

dans le domaine transactionnel. Il note certaines caractéristiques communes entre transaction coopérative (par exemple : élaboration d'un constat à l'amiable après un carambolage) et conversation :

-les participants ont un but commun immédiat. Dans la conversation, il y a un but commun, même s'il est de second ordre : « chacune des parties en présence doit momentanément s'identifier avec les intérêts passagers de la conversation de l'autre »¹⁸.

-dans ces deux types d'interactions, « les contributions des participants doivent s'imbriquer et dépendre l'une de l'autre »¹⁹.

-dans les deux cas, on ne peut pas changer de style de conversation de manière anarchique, sauf si les deux participants se mettent d'accord sur ce changement [44].

¹⁸ Ibid, p.7

¹⁹ Ibid, p.7

II] GENERALITES SUR LE TRAUMATISME CRANIEN

Le traumatisme crânien (TC), ou traumatisme crânio-cérébral, est la principale étiologie de lésions cérébrales. Il représente également la première cause de mortalité ainsi que la première cause de handicap grave avant l'âge de 45 ans. La National Head Injury Foundation, en 1985, définit le TC comme « une blessure au cerveau de nature non dégénérative ou congénitale mais causée par une forme externe qui peut entraîner des troubles de la conscience »²⁰ [73].

A] Epidémiologie

1) Incidence

Il n'existe pas d'étude épidémiologique française récente de grande ampleur concernant le traumatisme crânien. La dernière réalisée est celle de l'INSERM en 1986, en région Aquitaine. Les différents ouvrages cités dans cette partie s'appuient sur cette étude. L'incidence dans cette région s'établit à 281 TC pour 100 000 habitants. Les hommes sont deux fois plus touchés par ce phénomène que les femmes (le sex-ratio est égal à 2,1). Cette étude montre aussi que les deux tranches d'âges les plus concernées sont les 15-25 ans et les personnes âgées de plus de soixante-dix ans [28]. Les enfants de moins de cinq ans sont aussi particulièrement touchés [29].

²⁰ PETER-FAVRE, C., (2002) Discours et conversation chez les traumatisés crânio- cérébraux in **Pragmatique et psychologie**, p282.

L'incidence des décès des personnes TC est trois fois plus importante pour les hommes que pour les femmes, particulièrement les 15-25 ans et les plus de 70 ans. En revanche, le taux de mortalité après un TC est moins élevé pour les enfants de moins de cinq ans [23].

Cohadon et al. en 2008, cités par Bersoux-Delmond et Charuel, indiquent que les TC se répartissent proportionnellement de la façon suivante : les TC légers représentent 80% des blessés, les TC modérés 11%, et les graves 9% [20].

2) Causes

60% des personnes hospitalisées pour un TC sont victimes d'accidents de la voie publique (AVP). 70% des décès des patients traumatisés crâniens sont dus à cette même cause. Les chutes représentent la deuxième cause d'hospitalisation (32%) et de décès (14%) des TC [29]. Une autre étude réalisée de 2003 à 2005 à Besançon montre que 18% des traumatismes crâniens légers sont dus à des AVP ; 36% à des agressions, et 21% à des accidents de sport. Cohadon et al. (2008), cités par Charuel et Bersoux-Delmond, expliquent l'apparition d'un nouveau phénomène depuis quelques années : les 19-25 ans, particulièrement touchés par l'alcoolisme aigu, font de plus en plus de chutes engendrant un TC [20].

B] Physiopathologie

« La terminologie habituelle distingue la commotion et la contusion »²¹. La commotion cérébrale est causée, au moment de l'impact, par le déplacement ou l'étirement de la substance nerveuse à l'intérieur de la boîte crânienne. La contusion cérébrale se caractérise par une destruction du tissu nerveux : des hématomes avec saignement peuvent alors

²¹ Brin et al. (2004). **Dictionnaire d'orthophonie**, p266.

apparaître. « Le cerveau peut subir des lésions graves comme une hémorragie, une dilacération (déchirement des tissus), un engagement »²² [18].

Pour évoquer la physiologie du TC, nous pouvons établir plusieurs distinctions :

1) TC fermé/TC ouvert

L'expression « TC fermé » s'emploie dans le cas où le cerveau n'est pas exposé à l'intrusion d'autres éléments. Elle s'oppose aux termes de « TC ouvert » qui illustrent le fait que des sources extérieures pénètrent dans la boîte crânienne et dans le cerveau [23].

2) Lésions immédiates/lésions secondaires

Les lésions immédiates sont déterminées par les forces physiques mises en jeu au niveau de la boîte crânienne. Elles sont produites au cours des 250 premières millisecondes. Les lésions secondaires ne sont pas provoquées directement par le choc. Elles apparaissent quelques minutes, voire quelques heures après le traumatisme.

Les lésions secondaires représentent soit l'évolution autonome des lésions primaires, soit des agressions nouvelles. Les hématomes, les œdèmes cérébraux, les gonflements du parenchyme et l'hypertension intracrânienne constituent des conséquences des lésions primaires. Les troubles neurogènes, les désordres circulatoires, respiratoires ou encore l'ischémie cérébrale constituent des agressions nouvelles [23].

²² Ibid, p267.

3) Effet de contact/effet d'inertie

Les lésions immédiates peuvent être provoquées par deux types de mécanismes, l'effet de contact et/ou l'effet d'inertie, qui peuvent être associés ou dissociés. L'effet de contact se produit quand la tête heurte ou est heurtée par un objet. La tête est alors immobile au moment du choc. Cela entraîne des lésions locales sous le point d'impact, mais peut aussi provoquer des lésions plus lointaines par un mécanisme d'« irradiation à distance » [23]. L'effet d'inertie se traduit par la situation traumatique pendant laquelle il y a accélération et/ou décélération de la tête. Des contusions corticales, des hémorragies et des lésions diffuses de la substance blanche peuvent alors avoir lieu [23].

C] Classification des TC

1) Classifications traditionnelles

Les premières classifications établissaient la différence entre TC ouvert et TC fermé, la dure-mère subissant une effraction dans le premier cas, et pas dans le second. Une classification traditionnelle restant actuelle est l'opposition entre lésions focales et lésions diffuses [23].

2) Classifications par degrés de gravité

Aujourd'hui, les classifications prenant en compte le degré de gravité sont les plus utilisées. Toutes distinguent trois degrés de gravité : légère, modérée et sévère.

La gravité du TC peut s'établir par l'observation du niveau des troubles de la conscience. Ceux-ci constituent les représentants les plus fiables du dysfonctionnement global

de l'encéphale produit par le TC. C'est en ce sens qu'a été proposée l'échelle de Glasgow en 1974, par Teasdale et Jennet. Cette échelle propose d'examiner trois types de réponses cliniques face à des stimulations conventionnelles : ouverture des yeux, réponse verbale et réponse motrice. Chaque réponse est déclinée respectivement en quatre, cinq et six niveaux. Le score de Glasgow peut aller de 3 à 15 : 3 correspond à une absence totale de réponse, et 15 à un score normal, équivalent à des réponses parfaitement adaptées [23]. Peters et al., cités par Curalluci, notent que l'on parle de TC léger, si à l'admission à l'hôpital, le score à l'échelle de Glasgow (GCS) est compris entre 13 et 15 et que le scanner est normal ; de TC modéré si le GCS est compris entre 13 et 15 et que le scanner est anormal, ou entre 9 et 12 et que le scanner est normal. Enfin, un score inférieur à 8 correspond à un TC grave [28].

La gravité du TC peut aussi être établie grâce à la durée de perte de connaissance. Ainsi, on parle de TC très léger quand la durée de perte de connaissance est inférieure à cinq minutes ; de TC léger quand elle dure moins d'une heure ; de TC modéré quand elle n'excède pas vingt-quatre heures; et de TC sévère au-delà d'une journée. Cependant, le TC n'est pas toujours associé à une perte de connaissance [28].

La gravité peut aussi s'établir grâce à la durée des troubles de la conscience. La durée de l'amnésie post-traumatique (APT), intervalle de temps entre l'accident et la réapparition de la mémoire antérograde, est alors prise en compte. Mais il est parfois difficile d'en préciser les limites. Certains auteurs préconisent de la faire débuter au moment du dernier souvenir précis qui précède l'accident, ou au souvenir de l'accident lui-même. La fin de la durée de l'APT se situe lorsque le patient est capable de mémoriser des événements d'un jour à l'autre. Le test de GOAT, mesurant l'orientation et l'amnésie, établit les distinctions suivantes : un TC léger présente une APT inférieure à 20-30 minutes ; un TC modéré, une APT se situant entre trente minutes et vingt-quatre heures ; un TC grave, une APT supérieure à vingt-quatre heures [23].

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a proposé différents critères délimitant la gravité du TC [Cassidy et coll., (2004) cités par Charuel et Bersoux]. Ainsi, un TC léger doit avoir [20] :

- un GCS initial compris entre 13 et 15.

L'objectivation d'au moins un des critères sur les quatre suivants :

- une ou plusieurs manifestations comme la confusion ou la désorientation.
- une perte de connaissance de moins de 30 minutes.
- une APT inférieure à 24 heures.
- des anomalies neurologiques transitoires, en l'absence de toute anomalie visible au scanner.

Un TC dit « modéré » doit correspondre aux critères suivants :

- un GCS initial compris entre 9 et 12.
- une perte de connaissances ou un coma compris entre 1 heure et 7 jours.
- une APT comprise entre 24 heures et 7 jours.
- des anomalies neurologiques focales.

Un TC dit « sévère » doit avoir :

- un GCS initial inférieur ou égal à 8.
- une durée de coma excédant 7 jours.
- une APT supérieure à 7 jours.

D] Conséquences psychologiques et comportementales suite à un TC

Bien que très intriqués dans la réalité, les conséquences psychologiques, causées par le choc émotionnel après un TC, et les bouleversements comportementaux provoqués par les lésions cérébrales sont ainsi distingués.

1) Conséquences psychologiques

Bien qu'il existe souvent une anosognosie chez les patients ayant subi un TC, ceux-ci peuvent ressentir de façon très douloureuse la perte de leurs compétences et de leur position antérieure au niveau familial, social et professionnel.

Il existerait un lien important entre la durée du coma et la fréquence des troubles de la personnalité post-TC. Le moment du réveil du coma serait crucial : la récupération rapide des repères est fondamentale sous peine de sentiments de morcellement [21].

Le patient, suite à un TC, peut traverser une période de régression infantile (égocentrisme, puérilité, irascibilité), tout en culpabilisant d'être dans cet état, ou ressentir un important sentiment de perte par rapport à un déficit de ses fonctions cognitives [21].

Le syndrome post-commotionnel (SPC) est inclus par la CIM 10 et le DSM IV dans la catégorie des troubles mentaux et comportementaux liés à une affection cérébrale, mais non objectivé par une lésion cérébrale. Ghaffar et al. (2006), cités par Curallucci montre que la fréquence du SPC est de 15% après un TC léger. Le diagnostic prend en compte les troubles cognitifs, les perturbations instinctuelles (par exemple, les troubles du sommeil), les changements émotionnels (comme l'anxiété, la dépression) et des manifestations plus générales (tels l'intolérance aux bruits, la fatigue, un malaise général...). Ces différents troubles retentissent sur le fonctionnement de l'individu [28].

La prévalence des troubles anxieux chez les traumatisés crâniens s'établit à 10% un an après l'accident, d'après Creamer et al. (2005), cités par Currallucci [28].

D'après Deb et al. (1998-1999), cités par Curralucci, la prévalence de la dépression, à un an après un TC, se chiffre à 13,9% (contre une prévalence de 2,1% pour la population générale). Cette dépression est de nature réactionnelle : le patient se rend compte du changement dont il est affecté. La différence entre syndrome post-commotionnel et dépression n'est pas facile à établir car beaucoup de symptômes se retrouvent dans les deux cas. Néanmoins, la quasi-permanence de la tristesse de l'humeur constitue le noyau dur de la dépression [28].

Des névroses post-traumatiques peuvent apparaître après l'accident : celles-ci sont sans rapport avec la présence ou l'absence de dommages corporels. Les névroses post-traumatiques se caractérisent par un comportement régressif, une labilité émotionnelle et des rêves fréquents concernant l'épisode traumatique. Ces névroses engendrent notamment, suivant les cas, des débordements émotionnels (tremblements, cris..), de l'anxiété, des troubles de l'inhibition... [21].

Les psychoses post-traumatiques ne surviendraient que chez des personnes prédisposées à ces psychoses. Les perturbations les plus fréquentes sont de type schizophrénique et paranoïde [21].

85 à 95% des troubles psychiques présents après le TC s'améliorent en trois mois. Cependant 15% des patients gardent des séquelles psychologiques qui peuvent engendrer des difficultés fonctionnelles [21].

2) Conséquences comportementales

Les troubles comportementaux sont souvent reliés à des lésions frontales qui engendrent un syndrome dysexécutif. Ces lésions frontales sont à l'origine de troubles de la personnalité et de l'humeur. Généralement, deux tableaux comportementaux peuvent se dessiner suivant la localisation de la lésion. D'une part, lorsqu'il existe une lésion dorso- latérale, un syndrome « pseudo-dépressif » domine chez le patient. Ce dernier est alors apathique et manque d'initiative. D'autre part, une lésion orbito-frontale amène le patient sur un versant euphorique : manque d'inhibition, perte des convenances sociales, labilité de l'humeur. Sur les deux versants dorso-latéral et orbito-frontal, les patients présentent une irritabilité et une versatilité [41].

Suivant les tableaux cliniques présentés ci-dessus, le patient présente des troubles différents sur le plan moteur, verbal et visuel.

Sur le plan du comportement moteur, une lésion dorso-latérale peut engendrer chez le sujet des troubles de l'organisation dynamique des actes moteurs et une échopraxie. Les

patients avec une lésion orbito-frontale présentent souvent une dépendance à l'environnement, se traduisant par des comportements d'utilisation et d'imitation [41].

Sur le plan verbal, les deux tableaux se distinguent par la fluence, très réduite dans le tableau dorso-latéral, logorrhéique en cas de lésion orbito-frontale [59].

Sur le plan visuel, des troubles perceptifs peuvent apparaître. Parfois le sujet peut avoir, à cause d'un déficit d'exploration, un agrippement du regard. Une hémignégligence est aussi présente dans certains cas [59].

E] Les troubles cognitifs

Drechsler affirme que les patients traumatisés crâniens ne semblent pas avoir beaucoup de choses en commun, à l'exception du fait qu'ils présentent de nombreux troubles. Elle ajoute que certains auteurs arrivent à regrouper les déficits post-TC, mais que leurs études se limitent souvent à quelques individus. Ces catégories ne seraient donc pas généralisables à la population entière [36].

1) Les troubles de la mémoire

La mémoire est l'activité cognitive la plus touchée suite à un TC. Les perturbations mnésiques représentent, en effet, la principale séquelle cognitive des patients avec TC, et constituent la plainte la plus fréquente des familles. Les troubles de la mémoire perturbent fortement le retour à l'autonomie des patients [23]. MacKinlay W. W., Brooks D. N. et al. (1981), cités par Giroire, montrent qu'un an après leur TC, 69% des patients conservent des troubles de la mémoire [8].

Giroire, Barat, et Mazaux (1982) en réalisant une enquête sur les troubles de mémoire auprès de cent douze patients avec TC, trouvent une corrélation entre la gravité du tableau initial et la récupération du déficit mnésique. En revanche, ils ne concluent pas à une corrélation entre le caractère focal ou diffus des lésions et la récupération [8].

On peut distinguer plusieurs phases dans l'évolution des troubles de la mémoire : les troubles apparaissant pendant la durée de l'amnésie post-traumatique (APT), qui engendrent des lacunes propres à tout traumatisme, et les troubles durables. La période d'APT se caractérise par une amnésie rétrograde (amnésie des faits anciens) et antérograde (amnésie des faits actuels). Après la phase d'APT, le patient peut encoder de nouvelles informations, et retrouve une conscience correcte sur le plan temporel [8].

Raskin et Mateer (2000), cités par Charuel et Bersoux-Delmond, expliquent que ces troubles seraient provoqués par un déficit du contrôle exécutif, et plus précisément, par des troubles attentionnels et/ou d'un défaut d'organisation du matériel à mémoriser [20].

La mémoire de travail, la mémoire épisodique et la mémoire prospective seraient les composantes de la mémoire les plus altérées après un TC [23].

La mémoire à long terme peut être altérée dans ses processus d'encodage, de stockage, de récupération et/ou de consolidation [23 ; 20]. Le traumatisme crânien perturbe donc tous les stades de la mémorisation. Ces troubles peuvent être reliés aux difficultés attentionnelles et exécutives.

2) Les troubles de l'attention

Les capacités attentionnelles interviennent dans la plupart des activités, et jouent un rôle considérable au niveau du comportement. Généralement, les auteurs distinguent : la vigilance, qui désigne la fonction d'éveil du cerveau ; l'attention soutenue, qui est la capacité à maintenir une certaine intensité d'attention pendant un temps relativement long ; l'attention sélective qui permet de répondre à certains stimuli tout en ignorant les distracteurs ; l'attention divisée (ou partagée) qui permet de traiter simultanément des informations provenant de sources différentes ; et la vitesse de traitement qui permet de traiter rapidement l'information.

A la suite d'un TC, les troubles attentionnels sont fréquents. Azouvi et al. notent que les capacités de vigilance sont parfois touchées. L'évaluation de façon plus globale de l'attention soutenue montre des résultats contradictoires. Plusieurs études (Van Zomeren et al. (1988) ;

Stuss et al. (1989) ; Van Zomeren et Brouwer (1994) ; Spikman et al. (1996)) remarquent que les patients réalisent moins bien et de façon plus lente les tâches demandées que les sujets contrôles, mais que leurs performances ne varient pas plus dans le temps que celles des sujets contrôles. White et al. (1995), cités par Azouvi et al., remettent en cause ces résultats, et constatent d'une part que le niveau initial de vigilance des patients est inférieur à celui des sujets contrôles mais aussi, d'autre part, que les performances des premiers se dégradent beaucoup plus rapidement que chez les seconds [7].

La vitesse de traitement peut être ralentie. L'étude de l'attention sélective chez ces patients montre qu'ils sont plus lents pour la prise de décision et la sélection des réponses. Enfin, l'attention divisée serait la composante attentionnelle la plus touchée. En effet, les perturbations majeures apparaissent lors de situations en double tâche [23]. Azouvi, Jokic et Van der Linden (1996), cités par Cohadon, proposent d'expliquer ce déficit par un dysfonctionnement du Superviseur Attentionnel (SAS) qui se charge de la répartition des ressources attentionnelles.

De façon plus précise, les troubles attentionnels survenant à la suite d'un traumatisme crânien peuvent s'exprimer par une difficulté à suivre une conversation à plusieurs, une distractibilité anormale, une incapacité à réaliser deux choses en même temps, un ralentissement psychomoteur et une baisse de l'efficacité dans toutes les activités cognitives, ainsi qu'une plus grande fatigabilité [23].

3) Troubles neuro-visuels et visuo-constructifs

Les troubles neuro-visuels se rencontrent très souvent après un TC, mais leur recherche passe souvent au second plan, après celle du dysfonctionnement des fonctions supérieures et de la motricité. Les lésions hémisphériques focales peuvent notamment provoquer une cécité corticale, une hémianopsie, une agnosie visuelle ou spatiale. Quant aux lésions diffuses, elles associent des troubles de perception à des troubles neuropsychologiques plus complexes qui perturbent aussi les facultés intellectuelles, mnésiques et langagières. C'est le cas, par exemple, des troubles des stratégies visuelles [8].

Les perturbations visuo-constructives se traduisent par des difficultés pour copier, pour reproduire les formes, pour construire en trois dimensions ou pour réaliser des objets. Elles peuvent gêner fortement la réinsertion professionnelle. Barat et Mazaux rapportent le lien établi par certains auteurs entre troubles des fonctions exécutives et activités visuo-constructives. Ils énoncent aussi l'hypothèse qu'une lésion frontale provoquerait un manque d'exploration de l'espace [8].

4) Troubles des fonctions exécutives

Les troubles dysexécutifs restent très fréquents après un TC. Ils concernent la diminution des capacités de planification, la perte de la capacité à formuler des projets, et une difficulté à mener une action à son terme [23]. Le syndrome dysexécutif post-traumatique prend tous les degrés de sévérité possible. En effet, des cas sévères comme un mutisme akinétique, ou un syndrome démentiel frontal avec des troubles du comportement peuvent se rencontrer. A l'opposé des dysfonctionnements beaucoup moins importants se manifestent par des troubles cognitifs discrets avec un ralentissement, des difficultés attentionnelles et des perturbations de la gestion des tâches complexes ou multiples.

Rahmani (1983), cité par Barat et Mazaux, évoque aussi un fonctionnement rigidifié, avec l'utilisation stéréotypée d'un type de raisonnement, un manque d'objectivité par rapport aux situations rencontrées, et des difficultés de prise de décision. Il souligne aussi les difficultés de catégorisation et de conceptualisation. L'impulsivité, présente très souvent suite au TC, diminue les capacités de contrôle et de vérification des résultats une fois l'action achevée [8].

Au niveau de la communication, les troubles des fonctions exécutives peuvent s'exprimer par des troubles de la pragmatique du langage. [20].

5) Troubles de la métacognition

Ils se définissent comme des difficultés à estimer ses capacités cognitives. Ils peuvent se manifester par une anosognosie, une surestimation de ses compétences cognitives et des troubles de l'autocritique. Ils sont surtout fréquents à la phase d'éveil, et régressent souvent après. En revanche, la persistance de ces troubles constitue des freins sérieux pour la rééducation [23].

L'anosognosie peut se définir comme l'absence de conscience de ses troubles. La méconnaissance des troubles cognitifs et comportementaux se retrouve fréquemment chez les patients traumatisés crâniens sévères. Prigatano (1990 ; 1999), cité par Oppenheim et al., affirme que les patients anosognosiques ne perçoivent pas, ou pas totalement, les changements significatifs de leur fonctionnement cognitif et comportemental. Cela peut donc considérablement freiner la rééducation et la réinsertion professionnelle [72].

Oppenheim et al., analysant l'anosognosie de patients traumatisés crâniens graves, expliquent que ce trouble peut relever de différentes causes. D'une part, celle-ci peut ne pas être liée spécifiquement au fait d'être cérébrolésé. C'est le cas d'une difficulté au niveau du travail de deuil, des mécanismes de défense comme le déni, ou encore des traits de personnalité. D'autre part, le phénomène de méconnaissance des troubles peut être lié à la blessure cérébrale. Le patient aurait alors des difficultés à intégrer l'expérience subjective de sa maladie dans son espace psychique. [72].

6) Les troubles de la voix et de la parole

Après un TC grave, les troubles de la voix et de la parole se rencontrent très fréquemment, ce qui génère un handicap social important. La plus commune des dysphonies laryngées est provoquée par la présence d'un granulome sur les cordes vocales, due à une intubation prolongée. La voix est alors rauque, inaudible ou bitonale.

La compression des nerfs crâniens engendre parfois des dysphonies sévères avec une voix basse, ralentie et chevrotante.

Des dysarthries de différents types peuvent également suivre un traumatisme crânien. Plusieurs formes de dysarthries peuvent se rencontrer. Les plus courantes en cas de TC sont de type paralytique, avec un débit ralenti et un ton monotone, et de types cérébelleuses et dystoniques, pour lesquelles le débit est scandé et la parole difficile à comprendre [65].

7) Les troubles du langage : atteinte de la phonologie, de la sémantique, de la syntaxe et de la pragmatique du langage

a) Les troubles du langage formel

Les aphasies post-traumatiques sont relativement rares chez les TC. Selon les auteurs, leur fréquence varie de 5 à 11%. Elles surviendraient surtout après un traumatisme focal de la zone temporale gauche.

Les aphasies les plus fréquentes après un TC seraient fluentes. Barat et al. (1991) ; Basso (1995) et Thomsen (1975), cités par Mazaux, décrivent les différentes aphasies possiblement rencontrées après un TC. L'aphasie anomique pure serait la plus fréquente. Le manque du mot est isolé et s'accompagne d'une perte de sens de certains mots du lexique. L'aphasie sensorielle modérée, les formes pures (surdité verbale, alexie-agraphie) et l'aphasie de Wernicke seraient particulièrement présentes également. Les aphasies globales constituent des formes plus rares. Les aphasies post-traumatiques non fluentes sont caractérisées essentiellement par une diminution des productions et une altération de la prosodie [65].

Le pronostic demeure généralement favorable pour les aphasies traumatiques pures selon Gil et al. (1996), cités par Mazaux et al., mais l'association de l'aphasie à d'autres troubles cognitifs constitue des difficultés considérables pour la r education [65].

D'après Hinchcliffe et al. (1998) ; Kerr (1995), cités par Drechsler, les troubles du langage suite à un TC se situent entre perturbations aphasiques et troubles non aphasiques. Sont donnés, comme exemples, les troubles de la fluence verbale, de la catégorisation, de l'inhibition verbale et des problèmes de planification [36].

Les troubles lexico-sémantiques, troubles les plus présents du langage formel, sont spécifiques à chaque patient. Le manque du mot est contourné par des paraphrasies lexicales

et/ou sémantiques ainsi que par des périphrases. Les performances varient d'un exercice à l'autre et d'un moment à l'autre [20].

De manière générale, les composantes formelles du langage sont moins souvent touchées, tandis que les composantes pragmatiques du langage sont affectées de façon plus fréquente [56].

b) Les troubles de la pragmatique du langage

Les troubles de la pragmatique du langage peuvent se définir comme des difficultés à traiter « l'intention de communication »²³. Les patients seraient alors plus gênés sur le plan communicationnel qu'au niveau langagier. Doltz et al. (1993), cités par Lenfant et al., définissent les capacités pragmatiques comme les « capacités à agir sur autrui avec le langage, à gérer l'échange verbal et à adapter son discours à la diversité des situations de production [...] »²⁴.

Suite à un TC, les troubles de la pragmatique du langage sont de nature très variée. Ils peuvent s'observer en production, mais aussi en réception, sur les plans verbaux et non verbaux. La cohérence et la cohésion du discours, la participation à l'interaction, le respect des convenances sociales, la compréhension des actes indirects de langage, ou encore les aspects esthétiques de la parole (posture, prosodie, débit...) peuvent être perturbés.

Nous décrirons l'atteinte de ces dernières de façon détaillée dans le chapitre consacré aux troubles de la pragmatique du langage des traumatisés crâniens.

Tous les troubles cognitifs évoqués auparavant sont majorés par la fatigue, très présente après un TC. D'après Belmont et al. (2006), quel que soit le niveau de gravité du TC, la fatigue représente une des plaintes les plus fréquentes et constitue un des facteurs les plus invalidants. Elle demeure un frein important pour la rééducation. La Chapelle et Finlayson

²³ JOANETTE, Y. (2008). Impact sur les habiletés pragmatiques des lésions cérébrales chez l'adulte. **Actes du Congrès Scientifique International de la FNO : Pragmatiques de l'intention... à la réalisation**, p161.

²⁴ LENFANT, M. (2008). Comment évaluer et stimuler les compétences pragmatiques en réception ? **Actes du Congrès Scientifique International de la FNO : Pragmatiques de l'intention... à la réalisation**, p96.

(1998), cités par Belmont et al., notent que 7% des personnes avec TC trouvent que la fatigue est le symptôme le plus gênant. Ces auteurs relèvent également que 43% d'entre eux la classent parmi les symptômes les plus handicapants [9].

F] Évolution et facteurs de récupération

1) Facteurs de récupération

Plusieurs facteurs sont déterminants dans la récupération suite à un traumatisme crânien. D'abord, l'étendue, la nature et la topographie des lésions primaires et secondaires seraient corrélées aux possibilités de restauration ultérieures. Ensuite, la durée du coma ou, de façon plus précise, la durée de la phase végétative serait un indicateur fiable du niveau global des séquelles. L'âge influencerait sensiblement le pronostic, du fait de la plasticité cérébrale. En effet, à lésion comparable, la récupération serait l'inverse proportionnel de l'âge [23].

Les facteurs génétiques pourraient également jouer un rôle dans la récupération. En effet, la présence d'un allèle particulier sur un gène, pourrait avoir, par son action de codage d'une protéine (APO-E4), un rôle sur le pronostic du TC et des possibilités de réparations structurelles [23].

De plus, la prise en charge pluridisciplinaire jouerait un rôle très important dans la récupération. En effet, elle permet de « réouvrir une voie inhibée, reconstruire un circuit interrompu, stabiliser un réseau nouveau et mobiliser un nouvel ensemble neuronal »²⁵ [23]. Poursuivant cette idée, Peter-Favre souligne l'importance du soutien des proches dans la récupération des personnes avec TC [87].

²⁵ COHADON, F. et al. (1998). *Les traumatisés crâniens de l'accident à la réinsertion*, p251.

2) Evolution

En ce qui concerne les TC graves, Cohadon et al. prennent en compte quatre repères dans leur évolution. Ainsi, ces auteurs distinguent l'ouverture des yeux, la prise de conscience de soi, puis la prise de conscience des incapacités séquellaires et enfin l'acceptation de soi. Ces repères sont corrélés à quatre phases cliniques qui correspondent à la phase d'éveil et de reprise de conscience ; la phase de réentraînement des déficiences ; la phase de restauration d'une identité ; et enfin la phase de réinsertion. L'évolution de ces phases serait améliorée par une action spécifique de la prise en charge, passant par la stimulation, la rééducation et la réadaptation [23].

Durant les six premiers mois suivant le TC, l'amélioration des perturbations cognitives est rapide. Puis, l'évolution entre six mois et un an est notable. La progression sera ensuite généralement beaucoup plus lente [56].

Selon Curalluci, 20% des TC légers et modérés n'évoluent pas spontanément vers une récupération complète leur permettant un retour à la vie qu'ils menaient avant l'accident. Sorenson et Krauss (1991) donnent une estimation très large des séquelles du traumatisme : de 10 à 67% des TC légers, gardent des difficultés cognitives durables ou définitives [28].

3) L'importance de la prise en charge pluridisciplinaire dans l'évolution des patients

Une revue de la littérature établie par Turner-Stokes en 2008 montre que les programmes de rééducation les plus intensifs permettent des progrès plus importants qu'une prise en charge modérée. La continuité des soins est essentielle pour conserver ces acquisitions [82].

Jusque dans les années 1980, la prise en charge des troubles moteurs, séquelles visibles, était prédominante sur celle des autres atteintes. Aujourd'hui, la rééducation des troubles cognitifs et l'aide psychologique sont de plus en plus proposées au sein des services hospitaliers [81].

La prise en charge des aspects psychologiques s'appuient sur différents courants. Ponsford et al. (1995), cités par Truelle et al., proposent une thérapie dont l'efficacité a été prouvée auprès de patients traumatisés crâniens, et qui se base sur :

- l'implication du patient et de son entourage.
- l'identification des comportements gênants chez le patient.
- l'organisation de séances régulières.
- le fait de souligner et gratifier les progrès d'abord de façon matérielle, puis de manière sociale.
- le fait d'amener à utiliser ces nouveaux comportements dans la vie de tous les jours [81].

Parallèlement à la prise en charge psychologique, la remédiation des aspects cognitifs permet au patient de prendre conscience de ses troubles et de les compenser au quotidien. Elle participe aussi à diminuer les troubles du comportement [81]. L'évaluation cognitive des capacités du patient doit permettre d'analyser ses déficiences, mais aussi les incapacités fonctionnelles et le handicap qui en résulte. En prenant en compte ces trois dimensions, la réinsertion sociale et familiale pourra mieux être abordée [62].

L'évaluation des capacités cognitives permet donc de mettre en avant les déficits de l'individu, mais aussi les capacités préservées, celles-ci constituant les points d'appui de la rééducation proposée par l'orthophoniste [81]. Pour pallier les troubles mnésiques, des stratégies de compensation sont proposées au patient. Les exercices attentionnels se concentrent d'abord lors de procédures routinières avec une tâche unique, puis dans de nouvelles activités et/ou dans des situations de double tâche [23]. La rééducation des autres fonctions exécutives est nécessaire pour que le patient retrouve des conditions de vie proche de celles qu'il pouvait avoir antérieurement. Les troubles du langage, polymorphes, sont rééduqués au cas par cas.

Les ordonnances hospitalières du 24 avril 1996 préconisent la continuité de la prise en charge à la sortie de l'hôpital grâce aux réseaux de soins. Ces derniers sont constitués du patient et de sa famille, des professionnels médicaux et paramédicaux (kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, psychologue...), mais aussi d'associations de traumatisés

crâniens [57]. Ainsi, l'équipe pluridisciplinaire doit être présente auprès du patient, tout au long de sa prise en charge, avec un projet thérapeutique établi de façon claire et fréquemment réactualisé [65].

Une revue de la littérature de 2003 à 2008, réalisée par Keith et al., permet de recenser l'impact de la rééducation sur les performances du patient cérébrolésé. De façon générale, les différentes études montrent que la rééducation de l'attention, de la mémoire, des fonctions exécutives et des capacités pragmatiques apporte un réel bénéfice pour le patient traumatisé crânien. L'intensité de ces différentes prises en charge serait un facteur bénéfique pour le patient.

Keith et al. montrent l'impact positif de la rééducation des capacités pragmatiques en résumant plusieurs travaux. Tout d'abord, ils rapportent l'étude de Dahlberg et al. (2007) qui proposent à leur patient traumatisé crânien un entraînement des habiletés pragmatiques, des comportements sociaux et des capacités cognitives utiles dans les interactions sociales. Les patients améliorent en moyenne, sept scores sur dix au PFIC après six mois d'entraînement. La qualité de vie est aussi meilleure grâce à cet entraînement. Keith et al. citent ensuite l'étude de McDonald et al. (2008). Les auteurs proposent à une vingtaine de personnes cérébrolésées, principalement des traumatisés crâniens, un entraînement des habiletés sociales par le biais d'activités de cuisine et de jeux de société. La rééducation a alors pour but de travailler l'ajustement comportemental au niveau de la conversation (initier la conversation, écouter les autres parler...), mais aussi de faciliter la compréhension des émotions et des inférences. Ils comparent ensuite les performances de ce groupe avec celles d'un groupe contrôle non bénéficiaire de l'entraînement. Les cérébrolésés ayant suivi un entraînement présentent de meilleures capacités d'adaptation au contexte de communication que les sujets contrôles [49].

4) Devenir

Jennet et Bond (1975) ont établi le Glasgow Outcome Score (GOS) qui est l'échelle d'évolution globale la plus utilisée aujourd'hui. Elle prend à la fois en compte les capacités de communication verbales et non verbales du patient, son degré de dépendance physique et/ou

mentale dans différentes activités, et les répercussions de ce handicap sur les loisirs et les relations familiales [39]. Cinq catégories sont établies par cette échelle :

- la mort.
- un état végétatif persistant avec la perte de toute vie mentale, affective, relationnelle.
- un handicap grave avec un sujet conscient mais dépendant du fait de ses multiples déficits.
- un handicap modéré : le sujet est handicapé par des déficits fonctionnels particuliers ou globaux, mais il est indépendant.
- une bonne récupération, avec la présence éventuelle d'un handicap résiduel. Le sujet retrouve une vie sociale normale [23].

Il n'existe pas d'étude prospective d'ensemble concernant l'évolution et la récupération des personnes avec TC. Masson, Maurette, Salmi et al., cités par Cohadon, ont suivi une cohorte de patients traumatisés crâniens pendant cinq ans. Dans une proportion très élevée de cas, il existe une persistance de la plainte, sans rapport avec la gravité initiale du traumatisme. Près de la moitié des personnes rapportent la présence de céphalées. La même proportion de personnes indiquent avoir des manifestations anxieuses. Environ 30% des personnes interrogées font état de vertiges. Les réactions dépressives sont évoquées dans les mêmes proportions [23].

Kozlowski, Pollez et al. ont étudié le devenir et la qualité de vie à trois ans après l'accident de trente-six patients avec TC grave. Dix patients étant décédés et trois n'ayant pu être retrouvés, ils n'ont rencontré que vingt-trois anciens patients. Les auteurs relèvent d'importantes séquelles cognitives et comportementales qui provoquent une dépendance importante vis-à-vis des proches. Ils constatent aussi que les troubles intellectuels, affectifs et comportementaux perturbent fortement la qualité de vie des anciens patients et de leur entourage [54].

III] LES TROUBLES DE LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE CHEZ LE TRAUMATISÉ CRANIEN

La production et la compréhension du langage passent par des règles et des conventions partagées par les interlocuteurs. Austin (1962), Searle (1969), Vanderveken (1992), cités par Bernicot et Dardier, expliquent que ces règles correspondent à des conventions verbales mais aussi sociales [10]. L'étude des troubles de la pragmatique du langage s'est développée avec le constat que certaines personnes ne présentent pas de troubles formels du langage, mais appliquent mal les règles régissant les usages du langage [31].

A] Différents profils discursifs

1) Classification de Hartley

Des auteurs ont établi des profils de perturbations du discours suite à un TC. C'est le cas de Hartley et al. (1992), cités par Aubert et al., qui distinguent :

- le discours confus : le patient n'exprime pas ses idées de façon concise ; il emploie des paraphrasies sémantiques ; il est imprécis, voire inexact dans les formulations et dans les propositions ; ses réponses sont parfois confabulatoires.

- le discours appauvri : les propos du patient manquent de clarté et de cohésion ; les pauses sont fréquentes ; les persévérations idéoverbales existent ; les restrictions lexicales sont nombreuses ; la dynamique du discours est touchée.

- le discours inefficace : le patient multiplie les faux départs, les répétitions et les corrections ; il omet certains éléments ; le contenu de son discours est souvent tangentiel [5].

2) Classification de Godfrey

Godfrey, après avoir étudié le discours d'enfants traumatisés crâniens, relève deux profils bien distincts :

- certains présentent une diffluence et un langage appauvri.
- d'autres ont des productions verbales excessives, témoignant d'une difficulté à maintenir le thème de la conversation [43].

Cependant, dans son activité discursive, un même patient peut présenter à la fois des éléments provenant de l'un ou l'autre de ces profils [5].

Nous présentons par la suite les différents troubles de la pragmatique du langage présents au niveau discursif chez le traumatisé crânien.

Généralement, les auteurs distinguent trois types de discours :

- le discours narratif, qui peut s'observer quand le sujet construit une histoire d'après une scène imagée, ou lorsqu'il procède à un rappel d'un récit lu ou entendu.
- le discours procédural, qui vise à exposer les principales étapes d'une séquence d'actions [46].
- le discours conversationnel, qui nécessite au moins deux personnes, celle-ci prenant chacune à leur tour les rôles de destinataire et d'énonciateur.

Chacun des troubles que nous décrirons peut se rencontrer dans plusieurs de ces types de discours. Cependant dans notre présentation, nous resterons au plus prêt de la littérature, et les classerons dans les situations discursives respectives qui ont vu leurs mises au jour.

B] Manifestations des troubles pragmatiques dans le discours narratif et procédural

Les discours narratifs et procéduraux ont pour finalité l'explication d'un script, d'une procédure.

Voici les troubles que les différentes études sur ces deux types de discours ont révélés.

1) Troubles de la cohésion

La cohésion se caractérise par la présence de marques morphologiques, lexicales et syntaxiques, qui permettent d'articuler entre eux les différents éléments du récit afin de leur donner un sens [22].

D'après une étude de Coelho, Liles et Duffy (1991), cités par Peter-Favre, les liens de cohésion produits par des sujets TC sont quantitativement et qualitativement moins pertinents que ceux utilisés par des sujets contrôles [73].

Les troubles de la cohésion sont très variables d'un patient à l'autre, et dépendent aussi de la tâche proposée. Mentis et Prutting (1987), cités par Peter-Favre, expliquent cette variabilité par l'association de troubles linguistiques modérés (comme le manque du mot), à des troubles pragmatiques et à des stratégies de compensation mises en place. D'autres, comme Liles (1989), soulignent que l'établissement de la cohésion du discours est une tâche difficile pour les personnes avec TC, car elle nécessite une interaction entre cognition et langage [73].

2) Troubles de la cohérence

La cohérence s'intéresse à l'organisation discursive au-delà de la phrase. Normalement, les articulations logiques servent à la clarification de la chronologie, et les relations causales sont utilisées pour assurer le lien entre les éléments thématiques du texte.

Selon Glosser et Deser (1990), cités par Léonard et Croteau, la cohérence globale (ajustement du thème) est plus atteinte que la cohérence locale (ajustement à l'interlocuteur). Les activités descriptives sont ainsi les plus détériorées [27].

Suite à un TC, certains patients omettent des informations importantes assurant la cohérence du récit. Ils auraient tendance aussi à répéter des informations [73]. McDonald et Pearce (1995), qui soumettent l'épreuve du Dice Game à vingt sujets traumatisés crâniens, relèvent un nombre plus faible de propositions essentielles, et une quantité plus élevée de propositions inutiles ou erronées [67]. Des résultats concordants ont été retrouvés par Jagot (2001) auprès de dix sujets traumatisés crâniens [46].

Peter (1995) ; Sarno et al. (1986) ; Snow et Parsford (1995) ; Turkstra et al. (1996), cités par Barat et al., observent des difficultés d'organisation du discours, des ruptures de sens, des ambiguïtés ainsi qu'une absence de logique dans l'enchaînement des phrases [8]. Milton et al. (1984), Mentis et Prutting (1987 ; 1991), cités par Peter-Favre et Dewilde, rapportent des interruptions du fil du discours, une absence ou un manque d'organisation du contenu discursif [74].

Hartley et Jensen (1991), cités par Peter-Favre, expliquent l'inefficacité du discours des personnes avec TC par une insuffisante prise en compte du point de vue de l'interlocuteur [73]. Les mêmes conclusions sont formulées par McDonald après qu'elle ait proposé une tâche de compréhension à des patients TC. Elle affirme que ces derniers ont des difficultés à interpréter l'état mental d'autrui, mais aussi, ses intentions et ses croyances [66]. Un déficit de la théorie de l'esprit, celle-ci permettant de traiter les intentions d'autrui, est donc évoquée par l'auteur.

3) Troubles au niveau des changements de thème

Le thème permet d'identifier de manière globale ce dont on parle. Il est très lié à la cohérence et à la cohésion.

Mentis et Prutting (1987 ; 1991), cités par Peter-Favre, montrent que, suite à un TC, les changements de thème sont inappropriés au contexte, incohérents et/ou ambigus. La gestion des thèmes est variable selon le type de discours. En effet, les performances seraient meilleures dans les situations concrètes, et moins bonnes dans les situations abstraites [73].

De nombreux auteurs notent la propension à digresser des patients traumatisés crâniens. Ceux-ci adoptent fréquemment un discours tangentiel, qui relèverait de difficultés à maintenir le sujet. [65].

Les troubles discursifs peuvent se résumer à une transgression des maximes de quantité et de qualité. En effet, les patients répètent des informations, ne donnent pas suffisamment de détails et ne sont pas assez clairs et efficaces dans leur récit [73].

Chapman et al. (1992), cités par Godfrey, montrent que le discours d'enfants traumatisés crâniens peut être opérationnel dans des tâches narratives ou procédurales, mais se trouve troublé durant les interactions sociales [43]. La conversation est donc une activité langagière spécifique, qui permet de mettre en avant les déficits pragmatiques, non visibles dans d'autres tests [73].

B] Manifestations des troubles pragmatiques verbaux dans la conversation

La pragmatique conversationnelle peut être étudiée en situation naturelle ou au cours d'un paradigme expérimental. Nous distinguons ici ces deux situations qui permettent

chacune de mettre en valeur des types de déficits particuliers. Cependant, ces déficits peuvent se rencontrer lors de différentes situations.

1) En situation de conversation contrainte

a) Difficultés de compréhension des actes de langage indirects

Nous avons vu précédemment que la conversation mettait en œuvre des processus cognitifs et pragmatiques de haut niveau. L'implicature, c'est-à-dire le processus de compréhension du contenu implicite, se trouve souvent altérée chez les traumatisés crâniens. Ce traitement complexe nécessite d'une part, de se rendre compte de l'insuffisance du sens littéral, et d'autre part de procéder à une dérivation du sens implicite par rapport au contexte. Ces opérations sont parfois perturbées suite à un TC : les patients ont alors du mal à comprendre les énoncés indirects et les formules ironiques [74].

McDonald et Pearce (1996), citées par Dewilde et Peter-Favre, demandent à dix patients (neuf traumatisés crâniens et un patient présentant un trouble d'origine vasculaire) de lire un dialogue écrit, puis de juger du caractère approprié de quatre énoncés s'y référant. Certains énoncés sont ironiques. Sept patients ne comprennent pas les phrases ironiques alors que les autres énoncés sont bien compris. De plus, la prosodie ne les aide pas à saisir le sens des énoncés [74].

b) Difficultés de production de requêtes

McDonald et Pearce (1998), citées par Dewilde et Peter-Favre, étudient la production de requêtes indirectes chez quinze patients traumatisés crâniens, dont dix présentent des lésions frontales. Les auteures demandent aux patients d'imaginer des requêtes pour résoudre des obstacles présents dans des petits scénarii. Par exemple : « Vous aimeriez emprunter la voiture de votre sœur ce soir, mais vous savez qu'elle en a besoin ; comment la convaincre de vous la

prêter ? »²⁶. Les patients TC n'ont pas de stratégie de requête, ou produisent des commentaires contre-productifs. Parfois, ils utilisent seulement la formule « s'il te plaît ». Les auteurs démontrent ainsi que, face à une situation complexe, les patients sont incapables de produire des demandes très sophistiquées et adaptées au contexte [74]. Par ailleurs, McDonald, en 2001, rapporte chez les traumatisés crâniens, des difficultés à produire des allusions efficaces pour neutraliser les éventuelles inquiétudes de l'interlocuteur [66]. Dewilde et Peter-Favre expliquent ces troubles par un déficit d'exploration des solutions alternatives et des perturbations de la production d'une argumentation dans des situations inhabituelles [74].

Togher, Hand et Code (1997), cités par Peter-Favre, proposent à cinq patients de téléphoner à une compagnie de bus pour connaître l'horaire et le prix d'un trajet. Ils doivent ensuite appeler la police pour récupérer un permis de conduire. Les interlocuteurs ne sont pas au courant des difficultés des patients. Les auteurs observent un nombre de productions équivalent à celui des sujets contrôles. En revanche, ils constatent que les patients traumatisés crâniens saluent leur interlocuteur plus longuement, de façon incomplète ou inappropriée. Leurs énoncés sont également incomplets et inappropriés. Parfois, ceux-ci sont mêmes répétitifs, et comportent des commentaires autocentrés. Enfin, les traumatisés crâniens demandent la confirmation d'informations déjà reçues précédemment. Les auteurs comparent ensuite ces résultats à des requêtes formulées à leur mère. Ils observent que les performances des traumatisés crâniens varient selon le locuteur, et aussi, mais de façon moins manifeste, selon le contenu [73].

c) Difficultés liées à la gestion des thèmes

Bernicot et Dardier étudient le discours d'adolescents traumatisés crâniens en situation d'interview. Ceux-ci digressent beaucoup plus que les sujets contrôles et présentent des difficultés à développer le thème de l'interview [10].

²⁶ PETER-FAVRE, C. & DEWILDE, V. (1999). Lobes Frontaux et langage. **Neuropsychologie des lobes frontaux**, p220.

2) En conversation naturelle

La conversation naturelle est une construction commune progressive entre deux interlocuteurs : chaque intervention est motivée par les précédentes. L'action de converser nécessite de traiter et d'intégrer des données linguistiques, cognitives et sociales. De plus, pour que la conversation se déroule de manière harmonieuse, les interlocuteurs doivent coordonner leurs interventions [74].

Rousseaux et al. (2001) cités par Bishof, relèvent, au cours d'une étude auprès de dix-neuf patients traumatisés crâniens graves, des difficultés néfastes à l'interaction duelle, qui retentissent sur la compréhension, l'intelligibilité, la pertinence, l'informativité, l'aptitude à répondre à des questions ouvertes, la présentation de nouveaux thèmes et d'informations, l'organisation du discours, l'adaptation aux connaissances de l'interlocuteur, ainsi que la production et la prise en compte des feed-backs [13].

a) Troubles concernant la structuration interne des idées et la clarté de l'expression

Peter-Favre et Dewilde recensent les différentes remarques émises par les auteurs à propos des troubles de la structuration interne des idées et de la clarté de l'expression. Coelho (1995) affirme que les traumatisés crâniens, en conversation, sont peu pertinents, peu informatifs et digressifs. Il ajoute que le discours conversationnel est peu spécifique, vague, incohérent, répétitif et confabulatoire. Kasmarek (1984) rapporte des conversations remplies de persévérations, de simplifications, de digressions, et d'histoires bizarres [74]. Peter (1995) ; Sarno et al. (1986) ; Snow et Parsford (1995) et Turkstra et al. (1995), cités par Peter-Favre, ajoutent que l'expression orale comporte beaucoup de lieux communs et de formules toutes faites [73].

Coelho, Liles et Duffy (1991), cités par Peter-Favre, observent des conversations libres entre un patient traumatisé crânien et son interlocuteur. La proportion des énoncés des patients demandant clairement une réponse s'établit à 7%, ce qui est très faible [73].

b) Troubles concernant la participation à l'interaction

Les patients traumatisés crâniens présentent aussi des difficultés à trouver des thèmes et des arguments pour initier ou relancer le sujet de la conversation : le patient attend juste de répondre aux arguments et aux questions de l'interlocuteur, sans jamais prendre l'initiative de la relance de la conversation [73]. Godfrey et Knight (1989), cités par Croteau et Léonard, constatent que les traumatisés crâniens sont plus ennuyeux à écouter et n'encouragent pas leurs interlocuteurs à interagir avec eux [27]. Enfin, ils ont aussi des difficultés pour suivre une conversation à plusieurs personnes dans une ambiance bruyante [76].

c) Troubles des convenances sociales dans la conversation

Mazaux met aussi en avant des perturbations concernant le respect des convenances sociales lors de la discussion : manque de respect de l'alternance des tours de parole ; interruptions intempestives ; temps de latence trop longs ou trop courts. Une difficulté concernant l'adoption de la bonne distance sociale face à son interlocuteur est aussi relevée : le locuteur est soit trop familier, soit trop distant [65]. La personne peut aussi ponctuer ses propos de commentaires annexes et de remarques non pertinentes : le sujet contrôle mal ses interventions verbales. De plus, Alexander et al. (1989), cités par Dewilde et Peter-Favre, précisent que leur humour est inadapté, et l'autodérision dont ils font parfois preuve dérange leur entourage. Les patients sont alors jugés brusques et impolis [74].

L'utilisation du PFIC pour analyser le discours conversationnel du patient traumatisé crânien montre que celui-ci connaît des difficultés principalement sur deux rubriques : celle de la participation à la conversation et celle concernant les aspects esthétiques de la parole, cette dernière recensant surtout les éléments non verbaux de la parole [46 ; 63].

La communication ne se limite pas seulement à la qualité du discours. La communication non verbale est également à prendre en compte, celle-ci contribuant à attribuer un état mental à autrui (théorie de l'esprit). Elle renforce, ou remplace même parfois la communication verbale [5].

C] Les troubles non verbaux de la pragmatique du langage

La communication non verbale comprend les expressions faciales, le regard, la prosodie, la gestuelle et la posture. Des études neurolinguistiques réalisées chez le sujet sain, relèvent la forte influence des paramètres non-verbaux de la communication sur « la compétence pragmatique et la qualité de l'interaction » [5].

1) En production

Sur le versant expressif, McDonald (1991), citée par Lecuir, note que beaucoup de personnes avec TC présentent un déficit de la communication non verbale qui altère leur discours procédural et narratif [59].

Aubert et al. étudient la communication non verbale de quatre sujets avec TC en situation de discours descriptif et de discours conversationnel. Ses résultats montrent que les performances sont meilleures en situation de discours descriptif. De plus, ces sujets ont tous une communication non verbale pauvre et/ou anormale. Le regard est particulièrement déficitaire, les expressions faciales sont parfois inadéquates et les gestes co-verbaux se trouvent considérablement réduits. Les auteurs expliquent qu'une surcharge cognitive peut être à l'origine de ces déficits : le patient n'arrive pas à coordonner la planification de son discours et son comportement non verbal [5].

Ali et Storez (2005), cités par Lecuir, montrent que, sur les trois sujets qu'ils étudient, tous possèdent au moins une des atteintes suivantes : troubles de l'intonation, des expressions faciales, de la posture, du regard et/ou des gestes coverbaux [59].

Lecuir, à l'aide de la Grille d'Analyse d'Interactions Libres (GALI), étudie la communication de dix-sept patients avec TC. Quatre sujets présentent un déficit global de la composante non verbale, et les autres un déficit spécifique au niveau de la posture, du regard, ou des régulateurs non verbaux [59].

Le volume vocal est, lui aussi, parfois inadéquat : les traumatisés crâniens parlent avec une voix trop basse ou au contraire trop élevée [46].

Les troubles de la prosodie émotionnelle, causées par une lésion frontale droite, s'illustrent par un affaiblissement du contour mélodique des énoncés, bien que l'accentuation des mots soit correcte. Si la lésion frontale est petite, les intentions et les sentiments sont encore traduits. En revanche, si la lésion frontale est relativement grande, les intentions affectives ne sont plus identifiables dans le discours du patient [74].

2) En réception

Sur le versant réceptif, McDonald (2001) remarque les patients avec TC ne tiennent pas compte de l'expression émotionnelle. Ils ne se servent pas du regard, des gestes ou des expressions faciales pour comprendre les inférences et saisir l'intention du locuteur [66].

McDonald et Flanagan (2004), citées par Lecuir, étudient les liens entre reconnaissance des émotions et habiletés sociales. Les sujets avec TC possèdent des troubles d'évaluation des pensées et des intentions des locuteurs, mais aussi des difficultés de compréhension des émotions et des inférences sociales [59].

D] Etiologie des troubles de la pragmatique du langage : différentes hypothèses

Pour élaborer un récit ou une conversation, il faut posséder les compétences suivantes :

- un niveau de langage formel suffisant, pour pouvoir formuler les énoncés.
- des ressources cognitives intègres, pour pouvoir utiliser pleinement la mémoire de travail et organiser de façon chronologique et logique les énoncés.

- des compétences sociales et affectives, pour juger de l'adéquation de ses productions et contrôler ses énoncés selon la situation et l'interlocuteur [74].

Différentes hypothèses proposent d'expliquer les troubles de la pragmatique du langage chez les patients traumatisés crâniens. Nous en présenterons ici deux. D'abord, celle d'Alexander qui postule que le dysfonctionnement d'un sous-système frontal particulier engendre des troubles pragmatiques spécifiques. Ainsi, la lésion d'un sous-système provoquerait un trouble pragmatique bien précis. Ensuite nous présenterons celle qui est étayée notamment par Joannette, et qui tend à montrer que c'est un dysfonctionnement plus global du fonctionnement cognitif qui est à l'origine des perturbations pragmatiques chez l'individu.

1) L'hypothèse d'Alexander : un dysfonctionnement des sous-systèmes frontaux

Les lésions frontales provoquent des troubles du langage différents de ceux engendrés par des lésions sylviennes. En effet, les premières provoquent des perturbations de la réalisation motrice langagière, un défaut de l'accès à l'usage du langage et de son utilisation en contexte ; les secondes engendrent plutôt des troubles du langage formel [74].

Le lobe frontal joue un rôle clé dans les compétences pragmatiques. Or, d'après Levin (1992) cité par Peter-Favre et Dewilde, « les lésions des patients TC sont à prédominance frontale, fronto-basale et fronto-lobique »²⁷. Ces localisations privilégiées sont dues aux phénomènes d'accélération et de décélération, ceux-ci étant pratiquement toujours présents lors d'accidents de la voie publique. La coexistence de troubles de la pragmatique du langage et d'un syndrome dysexécutif est donc fréquente à la suite de lésions frontales [74].

²⁷ PETER-FAVRE, C. & DEWILDE, V. (1999). Lobes Frontaux et langage. **Neuropsychologie des lobes frontaux**, p218.

Alexander et al. (1989), cités par Peter-Favre et Dewilde, décrivent les troubles du langage pouvant apparaître à la suite de lésions frontales. Pour cela, ils distinguent quatre sous-systèmes fonctionnels spécifiques, correspondant à des zones cérébrales et à leurs projections : moteur, linguistique (cognitif), d'activation, de formulation. Le dysfonctionnement de ces sous-systèmes engendre des pathologies particulières [74].

Alexander et al. proposent ensuite des corrélats anatomo-cliniques. Pour cela, ils opèrent une autre distinction en fonction de la localisation, droite ou gauche, de la lésion frontale. Ainsi, du côté gauche, nous pouvons observer des troubles pragmatiques lors de diverses circonstances :

- un dysfonctionnement du sous-système moteur est à l'origine de troubles prosodiques.
- un déficit du sous-système d'activation se traduit par une faible incitation de la parole, allant parfois jusqu'au mutisme.
- un déficit de la formulation provoque une inadéquation du discours et un manque de tact.

Des lésions frontales droites engendrent beaucoup plus de perturbations pragmatiques que du côté gauche. Ainsi :

- des perturbations du sous-système moteur s'illustrent par des troubles de la prosodie émotionnelle, ainsi que des difficultés pour comprendre l'humour, l'ironie et les questions indirectes.
- un dysfonctionnement du sous-système linguistique se traduit à la fois par des incohérences narratives, des difficultés à produire et à comprendre les inférences et les actes de langage indirects, ainsi qu'une incapacité à établir des analogies. Le discours est souvent tangentiel. Le dysfonctionnement de ce sous-système est également à l'origine de difficultés au niveau des convenances sociales.
- un déficit du sous-système d'activation peut être à l'origine d'une réduction langagière et des troubles de la prosodie affective.
- un dysfonctionnement du sous-système de formulation s'illustre par une réduction du contrôle, de la formulation et de l'organisation langagière.

Les lésions préfrontales droites peuvent aussi être à l'origine d'une désorganisation et d'une contradiction du discours [74].

Alexander et al. concluent en disant que les corrélats anatomo-cliniques ne sont pourtant pas aussi simples, la taille des lésions déterminant la présence de troubles. De plus, des lésions anatomiquement éloignées peuvent engendrer des troubles cliniquement proches. En effet, les sous-systèmes fonctionnels dépendent de connections spécifiques entre les différentes régions cérébrales. Or, des compétences cognitives, émotionnelles, et sociales sont requises pour une utilisation appropriée du langage en contexte. Partant de ce fait, Peter-Favre et Dewilde concluent qu' « il n'est pas surprenant [que la pragmatique du langage] soit perturbée lors du dysfonctionnement de régions variées, participant à des niveaux divers à sa réalisation »²⁸ [74].

2) L'hypothèse de Joanette : « Troubles pragmatiques, ou manifestations pragmatiques de troubles cognitifs ? »²⁹

L'idée d'un lien direct entre dysfonctionnement d'un module cognitif et trouble d'une composante est remise en cause avec l'apport des neurosciences cognitives. L'efficacité des habiletés langagières nécessite la contribution de plusieurs composantes cognitives. Autrement dit, il n'y aurait pas de correspondance entre une composante descriptive de surface et un processus cognitif responsable. Les troubles pragmatiques seraient donc causés par des dysfonctionnements issus de processus cognitifs différents [48]. McDonald (1993), Coehlo et al. (1995), Biddle et al. (1996), cités par Peter-Favre et Dewilde, insistent sur la nécessité de posséder des capacités de planification et de contrôle intègres pour que le récit soit cohérent et la conversation harmonieuse [88].

²⁸ PETER-FAVRE, C. & DEWILDE, V. (1999). Lobes Frontaux et langage. **Neuropsychologie des lobes frontaux**, p206.

²⁹ JOANETTE, Y. (2008). Impact sur les habiletés pragmatiques des lésions cérébrales chez l'adulte. **Actes du Congrès Scientifique International de la FNO : Pragmatiques de l'intention... à la réalisation**, p164.

Champagne et al. (2007), cités par Joanne, comparent les troubles de la pragmatique et les troubles de la théorie de l'esprit chez deux populations d'individus : des cérébrolésés droits (CLD) et des personnes schizophrènes. Les auteurs remarquent que les liens entre les troubles de la pragmatique du langage et les troubles cognitifs ne sont pas les mêmes dans ces deux populations. En effet, les auteurs recensent, dans la population des CLD, des troubles de l'inhibition, non présents chez les individus schizophrènes. A l'inverse, ces derniers présentent des difficultés de flexibilité, que ne possèdent pas les CLD. Champagne et al. concluent donc qu'une population clinique peut se caractériser par des troubles pragmatiques liés au dysfonctionnement d'un processus cognitif sous-jacent, tandis qu'une autre population, avec les mêmes troubles pragmatiques, présentera d'autres atteintes des processus cognitifs. La pragmatique du langage nécessite donc l'intégrité de plusieurs processus cognitifs : attention, inhibition, flexibilité, capacités inférentielles et mémoire de travail. Si l'un d'eux dysfonctionne, des troubles pragmatiques peuvent apparaître [48].

E] Conséquences des troubles de la pragmatique du langage

1) Ajustement de l'interlocuteur

Les situations de conversation, d'après Eslinger et Damasio (1985), cités par Peter-Favre et Dewilde, exacerbent les troubles pragmatiques. L'interlocuteur, face aux difficultés de l'interactant, peut ressentir un malaise. En effet, il doit fournir une quantité d'efforts inhabituelle pour accéder au sens et pour que la conversation se déroule harmonieusement [74].

Lecuir a montré que, face aux troubles de la pragmatique du langage de la personne, l'interlocuteur adapte plusieurs paramètres non verbaux : la durée du regard, la production de phonèmes, la durée d'intervention et la posture. Ces ajustements facilitent la conversation [59].

Face à un patient traumatisé crânien, l'interlocuteur anime davantage le dialogue qu'avec une autre personne. En effet, Peter-Favre (1995) citée par Dardier et al., montre que

l'interactant est obligé d'intervenir beaucoup plus souvent qu'avec une autre personne pour poursuivre la conversation [30].

L'interlocuteur aide aussi les patients à tirer bénéfice de l'échange. Togher et al. cités par Peter-Favre, analysent une conversation entre des policiers et des traumatisés crâniens. Les policiers posent davantage de questions aux patients, pour voir s'ils ont bien été compris, alors qu'ils n'en posent aucune aux sujets contrôles [73].

L'interlocuteur est co-constructeur de l'interaction. Ainsi, comme l'ont montré Mentis et Prutting, cités par Peter-Favre, les troubles du patient peuvent sembler moins marqués en conversation que lors des récits, car les interventions de l'interlocuteur sont plus actives dans le premier cas. Les ajustements de l'interlocuteur, en facilitant la situation, permettent de diminuer le handicap du patient. Ils évitent aussi les sentiments de frustration et d'échec [73].

Peter-Favre (1995), citée par Dardier et al., relate que le comportement d'autrui peut constituer un échafaudage pour le traumatisé crânien, qui peut alors pallier ses difficultés conversationnelles. Mais l'auteur se demande si cette attitude structurante permet d'améliorer réellement les capacités pragmatiques en situation de conversation, ou masque seulement les difficultés du traumatisé crânien [30]. Des réponses contradictoires sont apportées par différents auteurs, cités par Dardier et al. Ainsi, Snow et al. (1995) affirment que l'adoption par l'interlocuteur d'une attitude semi-directive dans laquelle l'interlocuteur pose des questions, permet aux patients, la production d'un discours plus structuré. Togher et al. (1996), au contraire, montrent qu'une relation trop asymétrique peut placer le patient en situation d'infériorité : l'interlocuteur régule tout seul la conversation, sans offrir au patient la possibilité de le faire, ce qui ne permet pas d'améliorer les conduites communicatives de ce dernier. Ils ajoutent plus tard (2000), que l'adoption par l'interlocuteur d'une attitude plus souple et moins directive favorise la continuité de l'échange et la participation du patient [30].

2) Retentissement social, familial et professionnel

Dans la vie quotidienne, les troubles conversationnels handicapent considérablement le patient, allant parfois jusqu'à l'isoler socialement [74]. Les troubles de la communication du patient traumatisé crânien peuvent ainsi engendrer une mise à l'écart sociale et relationnelle,

une diminution des contacts humains ou encore un effritement des activités de loisirs. La reprise du travail est parfois très douloureuse lorsque le patient conserve des troubles de la communication [69]. Prendre un rendez-vous chez le coiffeur, trouver un emploi ou encore sortir avec des amis peuvent devenir des situations complexes à gérer suite à un traumatisme crânien [8].

L'environnement familial n'échappe pas aux conséquences de ces troubles : parfois, l'organisation et l'équilibre de la famille sont complètement bouleversés [48].

L'évaluation de la pragmatique du langage est donc essentielle pour appréhender ce que le patient est capable de dire et faire en contexte. Ainsi, remédier à ces difficultés permet de limiter les malentendus et les échecs dans la vie quotidienne du patient et de ses proches, ainsi que d'abaisser au maximum le handicap cognitif et social [74]. Dans notre pratique orthophonique, il est important de savoir reconnaître ces troubles pragmatiques, les démystifier, mais aussi les expliquer aux parents et aux proches, et aider le patient à les surmonter [48].

IV- L'ÉVALUATION DE LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE CHEZ LES TRAUMATISÉS CRANIENS

Comme nous l'avons vu précédemment, les compétences pragmatiques peuvent être recoupées puis divisées en trois champs : le discours narratif, le discours procédural et le discours conversationnel. Pour chacun d'eux, il existe des moyens d'évaluer les déficits pragmatiques des sujets traumatisés crâniens. Nous présenterons les principaux outils existant pour chaque domaine, puis nous nous attarderons sur le discours conversationnel et son évaluation chez les sujets traumatisés crâniens.

A] Évaluation du discours narratif

1) Définition : rappel

Le discours narratif a trait à la restitution orale d'un récit : il suppose la bonne compréhension de l'énoncé, la recherche en mémoire (efficiente), et la mise en œuvre de stratégies cognitives efficaces (planification...). Les sujets traumatisés crâniens peuvent présenter des troubles manifestes dans la restitution orale de récits, sans qu'il soit pour autant aisé d'identifier le ou les processus défaillant(s) en cause.

2) Méthode d'investigation : un exemple

Intéressons-nous à la méthode d'investigation du discours, élaborée par Peter-Favre et Dreschler, dans le but d'objectiver et d'analyser les productions déficientes des patients traumatisés crâniens. Cette méthode est basée sur une procédure introduite par Kintsch et Dijk (1978). Ces derniers distinguent plusieurs niveaux d'analyse dans le discours [75] :

- **la microstructure**, qui concerne le niveau local de l'organisation du texte : relations entre les éléments d'une phrase, paramètres concernant le mot et la phrase, cohérence locale (construction, complexité grammaticale, liens entre les phrases adjacentes) et type et nombre de liens de cohésion (Coelho, 1995; Hartley, 1995).

- **la macrostructure**, qui s'intéresse au contenu sémantique global du texte : propositions essentielles, et liens qu'elles entretiennent entre elles (cohérence globale). L'analyse macrostructurelle a trait à l'informativité du locuteur, à la redondance, à la cohérence thématique, à la plausibilité des arguments proposés.

- **la superstructure**, qui désigne la structure du genre textuel : discours narratif, descriptif, procédural, persuasif, expositif, conversationnel (Coelho, 1999)

Dans leur étude, les auteures se sont intéressées aux aspects macropropositionnels du discours de trois patients TC. Elles leur ont demandé de raconter un conte de fées. Leur hypothèse est que « chez ces patients, la production du discours est marquée par des séquelles cognitives mais aussi par des troubles aphasiques et affectifs, et qu'il faut prendre en compte l'ensemble du tableau si on veut rééduquer efficacement le comportement communicatif. »³⁰ Elles postulent que « l'analyse de discours comme méthode d'investigation clinique pourrait ainsi fournir de précieux renseignements concernant la conscience des troubles (qui relève des domaines cognitif et affectif) »³¹ [75].

Les paramètres examinés sont :

- **le rappel et la métacognition** : Le sujet est-il capable de se souvenir d'un conte de fées ? Avant de commencer son récit, est-il capable d'évaluer ses capacités de façon

³⁰ PETER-FAVRE, C. et DRECHSLER, R. (2002). **Outils d'évaluation des troubles de la pragmatique en neuropsychologie**, in **Pragmatique et Psychologie**.

³¹ Ibid.

appropriée ?

- **les mesures quantitatives** : le nombre de mots par seconde en rapport avec la durée du récit.

- **l'informativité** : le nombre de propositions essentielles, dont une liste a été préalablement établie en ne gardant que les éléments nécessaires à la compréhension de l'histoire.

- **la cohérence et la superstructure** : les propositions essentielles se suivent-elles de façon cohérente et plausible ? La superstructure est-elle appropriée au conte, c'est-à-dire, contient-elle les éléments essentiels : l'introduction des personnages, la situation de départ, le déroulement, la fin ? Y'a-t-il des déviations thématiques ?

B] Évaluation du discours procédural

1) Définition : rappel

Le discours procédural a trait à l'explication d'une procédure, d'un script. Selon Schank et Abelson, cités par Allain et al [1], le script « correspond a un programme d'actions, stockées en mémoire à long terme, et qui sous-tend une activité fréquemment entreprise, comme par exemple « aller au restaurant » ». Mais comme le soulignent Jagot et al., « une demande de production des actions constitutives d'un script présente [...] un aspect quelque peu paradoxal »³².

³² JAGOT, L., MARLIER, N., et al. (2001). **Discours conversationnel et procédural chez le sujet traumatisé crânien sévère : étude conjointe de deux outils d'analyse clinique**. P.3

En effet, si l'on se réfère aux travaux de Fayol (1985), un script est considéré comme partagé et connu de tous les interlocuteurs, et l'un des postulats de la conversation veut que chaque locuteur apporte quelque chose de nouveau lorsqu'il s'exprime [39]. Expliquer un script n'est donc pas un exercice très écologique, car il est peu probable qu'un locuteur sans troubles soit un jour confronté à cette tâche. De ce fait, les épreuves « scriptales » ne sont pas le meilleur moyen d'examiner la compétence communicationnelle du patient traumatisé crânien.

2) Présentation du Dice Game

La tâche proposée par McDonald d'après les travaux de McDonald (1993) et McDonald & Pearce (1995), à savoir le test Dice Game, élimine l'inconvénient cité précédemment. En effet, il s'adapte parfaitement à une situation écologique, tout en permettant l'investigation des troubles du patient. Il s'agit d'enseigner une règle simple d'un jeu de dé au patient, puis de lui demander de l'expliquer à un auditeur naïf. Afin que le patient s'exprime verbalement, et qu'il ne se repose pas sur les gestes ou sur d'autres comportements non-verbaux, ses explications sont enregistrées sur un magnétophone. Son discours est ensuite analysé afin d'objectiver combien de propositions essentielles à la compréhension du jeu sont présentes. Les auteurs ont également fait passer le test à des sujets-contrôle afin de pouvoir comparer les productions des patients à celles de sujets non-pathologiques [67 ; 68].

C] Évaluation du discours conversationnel

1) Généralités sur la conversation et son évaluation

La conversation naturelle est une « forme primitive, prototypique fondamentale et naturelle de l'usage du langage » (Levinson, 1983 & Bange, 1987, cités par Ghiglione & Trognon, 1993). Elle fait appel à des aptitudes de base comme la mémoire de travail et les

fonctions exécutives, mais nécessite également de bonnes compétences sociales et un contrôle émotionnel efficace. Les énoncés conversationnels doivent être traités immédiatement. Cette procédure est familière, mais le déroulement de la conversation est imprévisible et chaque intervention doit se coordonner à celle de l'interlocuteur : comprendre les intentions conversationnelles de son partenaire et rendre les siennes compréhensibles. Ainsi, les deux locuteurs participent ensemble à l'intelligibilité des échanges et l'élaboration du sens (Peter-Favre & Maeder, 2001, cités par Peter-Favre et Drechsler) [75].

Comme nous l'avons vu précédemment, les troubles pragmatiques des patients traumatisés crâniens peuvent se manifester à différents niveaux dans la conversation : non-respect des tours de parole, manque d'intérêt pour l'autre, non-respect du thème de l'échange, incapacité à traiter les actes de langage implicites (humour, métaphores...), mauvaise cohérence du discours, comportement inapproprié...

Comment évaluer ces troubles dans la pratique orthophonique ?

Selon Côté, « l'orthophoniste doit être à l'affût de troubles subtils dans l'échange conversationnel et non de déficits lexico-sémantiques ou syntaxiques flagrants comme c'est le cas dans l'aphasie.³³ »

Leloup souligne le fait que les troubles pragmatiques pourraient être une manifestation de surface de processus cognitifs sous-jacents défaillants (comme la compréhension) : « Sur le plan clinique, l'intervention s'appuiera sur l'idée que les compétences pragmatiques dépendent d'habiletés cognitives générales, de la maîtrise des capacités d'empathie et de la théorie de l'esprit.³⁴ »

Joanette (2008), citée par Leloup, s'interroge sur l'origine du trouble pragmatique chez l'adulte cérébro-lésé : est-ce un dysfonctionnement modulaire comme le serait une atteinte du

³³ CÔTE, H (2008) : Prise en charge clinique des troubles de la pragmatique des individus cérébro-lésés droits: notions d'évaluation et de rééducation. **Actes du Congrès Scientifique International de la FNO : Pragmatiques de l'intention... à la réalisation.**

³⁴ LELOUP, G., 2008. Enigmatique pragmatique. **Actes du Congrès Scientifique International de la FNO : Pragmatiques de l'intention... à la réalisation.**

versant phonologique du langage, ou une manifestation d'un dysfonctionnement plus général ?
[60]

Adams et Clarke (2008), cités par Leloup, notent également l'importance de prendre en compte la complexité des interactions sociales lors de l'élaboration d'un programme d'investigation [60].

2) Les outils et méthodes d'évaluation

La pragmatique conversationnelle a fait l'objet de nombreuses études visant à élaborer un outil fiable d'évaluation des troubles chez les patients traumatisés crâniens. L'objectif de ces travaux est de montrer les processus impliqués dans les situations de communication, de mieux comprendre les troubles pragmatiques et de modifier les classifications traditionnelles des troubles du langage [31].

a) Le MEC (protocole Montréal d'Evaluation de la Communication)

Le **protocole MEC** de Joannette, Ska et Côté (2004), est un des premiers outils d'évaluation de la pragmatique chez les sujets traumatisés crâniens. Le MEC a été normalisé sur 180 sujets non pathologiques et étalonné sur 28 cérébro-lésés droits. Il permet d'établir des points d'alerte afin de repérer les résultats jugés sous la norme. Ces points sont essentiels mais non suffisants, comme le souligne Côté : il faut toujours comparer les résultats du patient avec ses capacités et son profil communicationnel pré-morbide, supposé par l'orthophoniste et confirmé par les proches. Ceux-ci pourront témoigner des comportements de communication qui ont changé depuis le trouble neurologique, et ainsi « contribuer à l'identification des habiletés pragmatiques qui nécessitent une évaluation approfondie »³⁵ [25].

³⁵ CÔTE, H (2008) : Prise en charge clinique des troubles de la pragmatique des individus cérébro-lésés droits: notions d'évaluation et de rééducation. **Actes du Congrès Scientifique International de la FNO : Pragmatiques de l'intention... à la réalisation.** p.174

Composé de neuf épreuves, le MEC explore les troubles dus à une lésion de l'hémisphère droit : troubles prosodiques, troubles de la compréhension de la prosodie, atteintes lexico-sémantiques, atteintes discursives, atteintes pragmatiques.

Suite à la publication du MEC, les auteurs ont organisé une journée de formation afin de favoriser une meilleure utilisation de l'outil, et de mettre à jour les connaissances théoriques des professionnels. Ensuite, un questionnaire envoyé aux orthophonistes a révélé que la majorité d'entre eux estimaient « positif l'impact des activités de transfert de connaissances, non seulement pour leur pratique clinique, mais aussi pour les individus CLD eux-mêmes »³⁶ (impact positif sur l'évaluation des troubles de la pragmatique dans le cas d'une lésion cérébrale droite, meilleurs services proposés aux patients, meilleure sensibilisation de l'équipe soignante aux troubles de communication consécutifs à une lésion cérébrale droite). En revanche, une plus faible proportion d'orthophonistes juge que leur capacité à rééduquer ces troubles pragmatiques s'est améliorée grâce à l'utilisation du protocole MEC et/ou à la journée de formation. C'est pourquoi Côté souligne l'importance d'associer aux tâches formelles, comme celles proposées dans le protocole MEC, des tâches informelles, « dont la plus importante est la conversation libre et naturelle permettant de faire des observations précieuses quant au respect des règles pragmatiques dans un contexte naturel »³⁷ [25].

Elle note également l'intérêt d'observer un patient dans différents types d'interactions : en conversation avec un proche (individu familial), durant un échange avec un membre du personnel soignant (individu non-familier ou moins familial) et lors d'une situation de discussion en groupe, exigeante au niveau attentionnel et pragmatique (savoir prendre et laisser un tour de parole, partager un savoir commun, s'adapter aux changements de thème...).

³⁶ CÔTE, H (2008) : Prise en charge clinique des troubles de la pragmatique des individus cérébro-lésés droits: notions d'évaluation et de rééducation. **Actes du Congrès Scientifique International de la FNO : Pragmatiques de l'intention... à la réalisation.** p.176

³⁷ Ibid. p.175

b) Le Protocole Pragmatique

Le **Protocole Pragmatique** (1983, 1987), de Prutting et Kirchner, évalue trente paramètres répartis en trois groupes : aspects verbaux, para-linguistiques et non-verbaux du langage. Il a été standardisé auprès de 157 adultes (cérébro-lésés gauche et droits, et sujets contrôle) et enfants (présentant des troubles du langage, des troubles de l'articulation, et sujets contrôle). Il consiste en l'analyse d'une conversation filmée de quinze minutes entre le patient et un interlocuteur. Ensuite, chaque paramètre est coté selon le comportement pragmatique, la cohérence et les prises de parole :

- **Approprié** : facilite la communication au sein de l'interaction, ou ne la modifie pas.
- **Inapproprié** : diminue la communication au sein de l'échange et pénalise les individus.
- **Non appréciable** : si le cotateur ne dispose pas de suffisamment d'éléments pour juger le comportement approprié ou inapproprié [76].

Bishop et Adams critiquent le différenciateur en deux points (approprié/inapproprié) qui ne permettrait pas, selon eux, de mesurer précisément le degré d'inadaptation du discours des patients. Les résultats obtenus ne comporteraient pas assez de détails pour construire des pistes de rééducation, selon ces auteurs [14].

c) La BRISS (Behaviorally Referenced Rating System of Intermediate Social Skills)

La **BRISS** (1995) de Wallander et Conger est une échelle composée de onze subtests : cinq subtests évaluent les comportements non-verbaux, et six subtests évaluent les comportements verbaux chez les patients traumatisés crâniens.

Quatre subtests verbaux évaluent les aspects traditionnels du langage : parole et langage, contenu et structure de la conversation. Le cinquième (style conversationnel: autocorrection, humour, manies sociales) et le sixième (comportements directifs: utilisation de renforcements verbaux, égocentrisme, manipulation de l'interlocuteur) s'intéressent aux comportements susceptibles d'être touchés lors d'une lésion du lobe frontal [27].

d) Le LCQ (La Trobe Communication Communication Questionnaire)

Le **LCQ** de Douglas et al. (2000), concerne la perception de la compétence communicative des sujets, par eux-mêmes et par leurs proches. Il est constitué de deux questionnaires, le LCQ-S, rempli par le patient, et le LCQ-Q, administré à un proche. Les items sont les mêmes dans les deux questionnaires, et reposent sur le principe de coopération de Grice. Le questionnaire de La Trobe est normé, et constitué de trente items auxquels le patient et le proche répondent en terme de fréquence, selon un différenciateur en quatre points : Jamais ou rarement – Parfois – Souvent – Toujours ou presque toujours [35].

e) La GALI (Grille d'Analyse Linguistique d'Interaction libre)

La **GALI** de Sainson, est un logiciel normalisé qui analyse le discours des patients traumatisés crâniens en situation de conversation duelle (à partir d'une interaction filmée). Ayant fait l'objet de trois études (Sainson, 2004, 2007, 2008), elle présente l'avantage de proposer à l'examineur de nombreux documents vidéo et rédigés sur les bases théoriques nécessaires à l'utilisation du test (concernant les aptitudes conversationnelles verbales et non-verbales). La cotation se fait automatiquement. A l'issue du logiciel, des scores sont obtenus, permettant de cibler les déficits communicationnels potentiels et des pistes de rééducation sont proposées.

Un autre intérêt de la GALI est qu'elle peut, si l'orthophoniste le souhaite, tenir compte de l'interlocuteur, et analyser l'efficacité des ajustements qu'il déploie durant la conversation. Grâce à cette analyse, un travail d'accompagnement familial ciblé peut être proposé [16].

f) Echelle d'Ehrlich et Barry

Ehrlich et Barry [37] ont construit une échelle afin de quantifier certains comportements complexes de la communication dans le discours des patients traumatisés crâniens, au cours d'une conversation spontanée. Selon Bischof [13], cette échelle « suggère que les comportements communicationnels sélectionnés (intelligibilité, contact visuel, formulation des phrases, cohérence, gestion des thèmes, initiation) sont fidèlement évaluables et

fournissent des informations descriptives sur la fonction communicative chez les TCC adultes ». Chaque aspect est coté de 1 à 9 sur une échelle de gravité.

g) L'ABaCo (Assessment Battery of Communication)

L'**ABaCo** (2008) est une grille élaborée par Angeleri, Bosco et al, basée sur la théorie de la Pragmatique Cognitive, qui s'intéresse aux fonctionnements cognitifs sous-jacents à la communication. (Bara, 2010). Elle évalue la pragmatique des sujets traumatisés crâniens à travers cinq rubriques :

- aspects linguistiques.
- aspects extralinguistiques.
- aspects paralinguistiques.
- aspects contextuels.
- aspects conversationnels.

Le protocole comprend 180 items : 72 d'entre eux sont basés sur les répliques de l'examineur, les autres sur des scènes filmées montrées au patient. Chaque scène dure entre 20 et 25 minutes et comprend un nombre contrôlé de mots (7 +/- 2). Chaque rubrique inclut des tâches de production et de compréhension.

Les auteurs se sont appuyés sur la théorie de Grice pour évaluer les aspects contextuels. De courtes vidéos dans lesquelles deux personnages interagissent sont montrées au patient. L'un des personnages pose à son interlocuteur une question : celui-ci répond soit en respectant les maximes de Grice, soit en les transgressant. Le patient doit détecter et expliquer l'adéquation ou l'inadéquation de la réponse de l'interlocuteur. Par exemple, lors d'un item ne respectant pas la maxime de Quantité, un personnage demande « Où vas-tu exactement ? » et son partenaire répond « Je sors ».

La rubrique « aspects conversationnels » examine l'habileté du patient à participer efficacement à la conversation, en respectant les thèmes de l'échange et les tours de parole. L'examineur et le patient s'engagent dans quatre courtes conversations, dont chacune porte sur un thème introduit par l'examineur. Les quatre thèmes sont les mêmes pour chaque

patient : activités et loisirs, émission télévisée préférée, souvenirs des dernières vacances et lieu de vie (ville, village...). Les points suivants sont évalués :

-les thèmes : maintien du thème, introduction d'un nouveau thème, changement de thème.

-les tours de parole : prendre un tour de parole, respecter le tour de l'interlocuteur durant l'échange [3].

h) La GOCP (Grille d'Observation de la Communication Pragmatique)

La **GOCP** (2008) de Kerbrat et de l'Épinois est également un outil intéressant pour évaluer la pragmatique conversationnelle des traumatisés crâniens. En effet, il permet d'apprécier les capacités pragmatiques conversationnelles de patients traumatisés crâniens en situation écologique, par exemple lors d'un achat dans une boulangerie [50]. Un mémoire de recherche en orthophonie, qui cherche à comparer les résultats obtenus par un patient traumatisé crânien à l'ECVB (Echelle de Communication Verbale de Bordeaux, Darrigrand et Mazaux, 1999) et à la GOCP, est actuellement en cours [40].

i) La GOPCC (Grille d'observation pragmatique des comportements de communication)

La **GOPCC** (1986) de Morin, Joannette et Nespoulous évalue une centaine de comportements de communication via huit rubriques (motivation, intelligibilité, compréhension, ajustement, aspects non-verbaux, actes de langage, aspects sociolinguistiques, échange d'informations). Elle se déroule en trois temps : interview dirigée, échange d'informations type PACE (Promoting Aphasic Communicative Effectiveness), et échange informel. Elle donne des indications qualitatives sur le discours conversationnel du patient [27].

j) La logique interlocutoire

Citons également la démarche utilisée par Peter-Favre et Drechsler : l'investigation des troubles de la conversation par la **logique interlocutoire**. Cette méthode est basée sur la théorie de la logique interlocutoire de Ghiglione & Trognon (1993) sur la base des travaux de Searle (1972, 1975) et de Searle et Vandervecken (1985). Ces auteurs postulent que la reconnaissance des intentions mutuelles en conversation se fait par la réponse que donne l'interlocuteur au deuxième tour de parole, mais également par la troisième intervention, dans laquelle le premier locuteur confirme l'adéquation de la réponse qu'il vient de recevoir. Ainsi les deux locuteurs obtiennent ce qu'ils veulent savoir : L1 pose une question, L2 lui répond, et L1 lui transmet aussitôt un feed-back qui permet à L2 de savoir si sa réponse correspond à l'intention communicative de L1.

L'analyse interlocutoire, comme nous avons pu le voir précédemment, est basée sur les actes de langage et leurs propriétés.

Les auteures proposent un outil d'évaluation de la pragmatique conversationnelle des patients traumatisés crâniens qui tient compte des productions des deux locuteurs. En effet, les interlocuteurs jouent un rôle étayant très important lors de la conversation avec un patient TC. Ils doivent constamment ajuster la forme de leur discours pour s'adapter à celui du patient (questions, suggestions, requêtes de clarification, adaptation du débit et de l'articulation, de l'intensité de la voix, du vocabulaire, des sujets de conversation...), maintenir la pertinence des thèmes et aider l'interprétation entre des énoncés mal coordonnés... Tout cela peut être fatigant et peu gratifiant pour l'interlocuteur. (Mentis & Prutting, 1987, Snow, Douglas & Ponsford 1997). Prutting (1982) note que l'étude des deux partenaires dans l'interaction est indispensable car chacun à son tour sert de contexte et d'interlocuteur à l'autre.

Les auteures procèdent donc à une analyse de corpus à travers trois interactions : un bavardage libre, un bavardage avec questions de l'interlocutrice, et une conversation à but fonctionnel. La patiente traumatisée crânienne présente des lésions bifrontales, entraînant des troubles du comportement et de la conversation, sans que l'examen neuropsychologique ne révèle de troubles à ce niveau. La patiente échange avec un professionnel, et produit de nombreux actes digressifs et répétitifs qui alourdissent l'interaction et qui maintiennent l'interlocutrice dans une position passive : sa participation est forcément limitée, et se résume à des demandes de clarification et des manifestations phatiques. Le faible taux de

participation de l'interlocutrice ne permet pas la poursuite harmonieuse de l'interaction. De plus, la plupart des actes indirects ne sont pas réussis par la patiente, et donc pas satisfaits.

Cette méthode interlocutoire permet la comptabilisation des actes produits par le patient et l'interlocuteur et la visualisation du type d'actes privilégiés (variété, caractère direct ou indirect). On peut également juger de la réussite et de la satisfaction des actes de langage produits. Cette analyse est recommandée par les auteures pour l'évaluation des troubles conversationnels chez les patients dysexécutifs présentant des troubles de la pragmatique. Elle a été utilisée pour évaluer d'autres pathologies du discours (patients schizophrènes : Musiol & Trognon 2000, enfants autistes : Collet 1992) [75].

k) Le PFIC (Profile of Functional Impairment in Communication)

Le **PFIC** de Linscott, Knight et Godfrey [63], paru en 1996, est une grille d'évaluation de la pragmatique construite à partir d'une revue détaillée de la littérature, et d'une prise en compte de l'expérience et des observations des auteurs. Elle s'appuie principalement sur le principe de coopération de Grice. Elle a été conçue pour dépister les troubles de la pragmatique conversationnelle des patients traumatisés crâniens, mais a également été validée par les auteurs sur des enfants traumatisés crâniens. Elle est résolument tournée vers la pratique clinique : elle se veut utile pour relever et identifier les troubles de la pragmatique et aider à définir les objectifs de la rééducation. Elle a été traduite et adaptée en 2001 par Jagot et al. qui, cités par Bischof, ont conclu dans leur étude que, bien qu'il ne soit ni étalonné ni normé, « l'attrait exercé par le PFIC [...] regarde tout à la fois la solidité de son assise théorique, sa destination propre (les sujets traumatisés crâniens) et la variété des dimensions comportementales évaluées (cette dernière autorisant, par voie de conséquence, une identification fine des domaines vers lesquels il conviendra d'orienter l'intervention) »³⁸.

Le PFIC étant l'objet de notre mémoire, nous le définirons en détail dans notre partie pratique.

³⁸ BISCHOF, S. (2010). **Troubles pragmatiques en situation de conversation chez les sujets traumatisés crânio-cérébraux : comparaison de deux outils d'évaluation**. *Aphasie und verwandte Gebiete*, 2, p.49.

Il existe donc plusieurs outils intéressants pour évaluer la pragmatique du langage des patients traumatisés crâniens. Cependant, ces outils ne sont pas tous utilisables. En effet, il semblerait que seuls deux d'entre eux soient diffusés : le MEC et la GALI. De plus, ces outils ne sont pas tous adaptés en français.

Il est donc important de trouver un moyen de valider et diffuser l'un de ces outils afin d'améliorer l'évaluation des troubles de la pragmatique des patients TC, et leur prise en charge orthophonique.

D] Exemple d'évaluation des aspects non-verbaux

Citons, en complément de cette présentation d'outils d'évaluation des discours narratifs, procédural et conversationnel des patients traumatisés crâniens, le travail de Lilas Creach [26] qui a proposé une adaptation en français du **TASIT** (The Awareness of Social Inference Test) : test de conscience de l'inférence sociale, conçu par Skye McDonald, Sharon Flanagan et Jennifer Rollins en 2002. Ce test s'intéresse à la composante non-verbale de la pragmatique du langage, et évalue les capacités des sujets traumatisés crâniens à percevoir et comprendre les indices sociaux véhiculés par l'expression du visage, le ton de la voix, la gestuelle, les informations contextuelles et les connaissances sur le monde. Le test consiste en un visionnage de saynètes faisant intervenir un ou plusieurs protagonistes, au cours desquelles le patient doit associer l'émotion adéquate au personnage. Sept étiquettes lui sont proposées : heureux – apeuré – triste - en colère – dégoûté – neutre – surpris.

L'auteure conclue dans son étude que la reconnaissance des émotions par la prosodie et l'expression du visage est parfois déficitaire chez les sujets TC. Le patient est souvent inconscient de cette défaillance, ce qui l'empêche d'exercer un contrôle sur ses comportements.

Le TASIT est donc un test dynamique qui présente un grand intérêt dans l'évaluation de la pragmatique chez les patients traumatisés crâniens. La reconnaissance des émotions est en effet une compétence essentielle à l'adaptation de l'individu aux situations sociales. Elle peut

être troublée en raison de lésions perturbant la reconnaissance et l'identification des émotions, mais également à cause de troubles exécutifs.

Lilas Creach cite également le **test des 60 visages d'Ekman** (test statique) où le patient doit associer l'émotion correcte à chaque visage dont la photo défile sur un écran. L'auteure note des difficultés différentes chez les patients TC selon qu'ils répondent à un test statique ou dynamique.

PROBLEMATIQUE

A travers nos assises théoriques, nous avons pu observer que la pragmatique du langage est un domaine dont les travaux sont relativement récents. Parmi ses différentes composantes, nous nous intéressons particulièrement à la pragmatique conversationnelle. Ce domaine de la pragmatique, souvent touché lors d'un traumatisme crânien, provoque des troubles mis en évidence lorsque le patient est impliqué dans une conversation : désorganisation du discours, comportement inadapté, désintérêt pour le discours de l'autre, manque de cohérence, ou encore incompréhension des composantes langagières implicites (humour, métaphores...). Ces troubles entraînent des bouleversements qui entravent la réinsertion sociale, familiale et professionnelle du patient.

C'est pourquoi l'évaluation de la pragmatique conversationnelle du patient traumatisé crânien en orthophonie est indispensable, afin que les troubles du patient puissent être spécifiés, et que des pistes de remédiation puissent être construites par les professionnels.

Nous avons vu que de nombreux tests existent pour évaluer la pragmatique conversationnelle du langage du patient traumatisé crânien. En revanche, peu sont validés, normalisés et diffusés. De plus, peu d'outils semblent être passés dans l'usage courant des orthophonistes. Le but de notre travail de recherche est donc de favoriser l'évaluation de la pragmatique conversationnelle.

Pour cela, nous nous sommes particulièrement intéressées au PFIC, un outil dont la fidélité inter-juges et la validité ont été soulignés [63 ; 46]. Plusieurs études ont démontré les qualités intrinsèques du PFIC : sa sensibilité à la sévérité de l'atteinte, sa fiabilité, son utilité pour l'évaluation ainsi que pour l'élaboration de la prise en charge. Or, il semblerait que ce test, malgré ses qualités intrinsèques, soit très peu utilisé. Cette réflexion nous a conduites à dresser la problématique suivante :

Quelles sont les raisons de la faible utilisation du PFIC en pratique clinique orthophonique auprès de patients TC ?

Lors de la revue de la littérature effectuée sur le PFIC, nous n'avons pas trouvé d'information concernant les raisons de la faible utilisation de cette grille d'observation (Annexe 8). A ce stade, nous ne pouvons donc pas formuler d'hypothèses, qui sont habituellement issues de la littérature et présentées dans le prolongement de la problématique.

Cet état de fait nous impose une phase exploratoire préalable à l'enquête par questionnaire. Au cours de cette première phase nous tenterons en effet de dégager les freins susceptibles de limiter l'utilisation du PFIC en pratique clinique.

Nous émettrons des objectifs de travail, et non pas des hypothèses, car nous sommes dans une démarche descriptive, au cours de laquelle nous cherchons à décrire les raisons de la supposée faible utilisation du PFIC en pratique clinique.

PARTIE
PRATIQUE

PARTIE 1 : PHASE EXPLORATOIRE

I] METHODOLOGIE

Au cours de cette phase exploratoire, nous cherchons à trouver les facteurs limitant l'utilisation du PFIC en pratique clinique. A l'issue de cette phase, nous élaborerons les objectifs liés à notre problématique.

Pour décrire notre outil, notre population et notre procédure, nous nous appuyerons sur les deux études princeps du PFIC :

- celle de Linscott et al. (1995) [63].
- celle de Jagot et al. (2001), qui accompagne l'adaptation du PFIC en français [46].

A] Outil : présentation du PFIC

1) Conception du PFIC

Le PFIC (Profile of Functional Impairment in Communication) est une échelle d'évaluation des troubles de la pragmatique conversationnelle, créée en 1995 par R.J Linscott, R.G Knight et H.P.D Godfrey [63]. Le PFIC été traduit en français en 2001 par l'équipe de Luc Jagot, en association avec deux étudiantes en orthophonie. [46 ; 27].

Cette grille a été construite pour évaluer les déficits communicationnels consécutifs à un traumatisme crânien. Elle a été conçue dans un but clinique et se veut utile dans la mise en œuvre d'un programme de remédiation thérapeutique.

Etablie à partir d'une revue détaillée de la littérature, les auteurs se sont particulièrement inspirés des travaux de Grice (principe de coopération et maximes conversationnelles) pour construire les rubriques et les items du PFIC [44].

Les auteurs ont également pris en compte les recommandations de Grice qui indiquait que d'autres facteurs pragmatiques, comme l'aspect social, moral et esthétique du discours du sujet, jouaient souvent un rôle très important au sein de l'interaction.

2) Description du PFIC

Le PFIC comprend dix rubriques correspondant aux dix versants de la pragmatique conversationnelle évalués par cette échelle (*Annexe 1*).

Dans chaque rubrique sont déclinés un certain nombre d'Indicateurs Comportementaux Spécifiques (ICS) (de 3 à 18 ICS selon les rubriques) qui précisent les comportements déviants ou au contraire attendus dans le champ de la compétence conversationnelle concernée par la rubrique. Ces 84 ICS estiment la fréquence de survenue des déficits. Chaque ICS est coté selon un différenciateur en cinq points :

- Non appréciable (si le comportement n'a pas pu être observé lors de l'interaction, ou si pour une raison quelconque, il n'est pas pertinent de le prendre en compte)
- Pas du tout
- Parfois
- Souvent
- (Presque) toujours

Au début de chaque rubrique, une définition du domaine évalué est présentée. Les comportements à observer sont précisés. Une échelle d'évaluation globale de la sévérité du déficit, appelée « Echelle de synthèse », conclut chaque partie. Elle décrit cinq niveaux d'atteinte :

- Normal

- Déficit très discret
- Déficit discret
- Déficit modéré
- Déficit sévère
- Déficit très sévère

3) Les dix rubriques du PFIC

Voici une présentation des dix rubriques du PFIC :

Rubrique 1 : Contenu logique

Ce qui est dit (les mots, la grammaire, la syntaxe, la sémantique), doit être compréhensible indépendamment du contexte, de l'origine sociale ou de quelque autre facteur contextuel. On s'intéresse à la logique, l'intelligibilité et la cohérence du discours du patient.

Rubrique 2 : Participation générale

Cette rubrique se base sur l'idée fondatrice du principe de coopération de Grice : les deux participants engagés dans une conversation font un effort conjoint pour rejoindre un but commun. Ils s'adaptent au discours de l'autre, à ses intérêts, ses besoins, coordonnent leurs idées afin que la conversation se déroule au mieux. On cherche à savoir si le patient participe à une interaction sociale de façon organisée et s'il est attentif aux intérêts de son interlocuteur.

Rubrique 3 : Quantité

Cette troisième rubrique se base sur la maxime de Quantité telle qu'elle a été décrite par Grice : « Que votre contribution contienne autant d'information qu'il est requis (pour les visées conjoncturelles de l'échange). Que votre contribution ne contienne pas plus d'information qu'il n'est requis.»³⁹ On souhaite savoir si la quantité d'informations apportée

³⁹ GRICE, H.P. (1975), **Logic and conversation**, p47.

par le patient correspond aux besoins de l'interlocuteur pour comprendre son discours. L'information apportée correspond-elle au désir de connaissance de l'autre ?

Rubrique 4 : Qualité

Ce quatrième subtest se base également sur la définition de la maxime de Qualité de Grice : « Que votre contribution soit véridique : n'affirmez pas ce que vous croyez être faux. N'affirmez pas ce pour quoi vous manquez de preuves. »⁴⁰ On s'intéresse à la véracité apparente avec laquelle le patient rapporte ses propos.

Rubrique 5 : Structuration interne des idées

Au sein de cette rubrique, on observe la clarté, la pertinence et la cohésion des idées successives au sein d'un même tour de parole. Les idées du patient sont-elles liées entre elles et organisées ?

Rubrique 6 : Cohérence externe

En complémentarité avec la rubrique précédente, on s'intéresse ici à la cohérence entre les idées du patient et de son interlocuteur : sont-elles liées, pertinentes ? Le patient énonce-t-il ses idées en lien avec les contributions précédentes de son interlocuteur ?

Rubrique 7 : Clarté de l'expression

Les idées sont-elles présentées clairement et de façon concise ? Cette rubrique ne prend pas en compte les troubles de fluence ou d'articulation.

Rubrique 8 : Comportement Social

On s'intéresse ici au « style social »⁴¹ du patient, c'est-à-dire à son comportement durant l'interaction. Celui-ci doit être approprié à la culture commune et à la relation qu'entretiennent le patient et son interlocuteur.

Rubrique 9 : Positionnement social du contenu

⁴⁰ GRICE, H.P. (1975), **Logic and conversation**, p47.

⁴¹ LINSKOTT, R.J.; KNIGHT, R.G.; GODFREY, H.P.D. (1995) **The Profile of Functional Impairment in Communication (PFIC): a measure of communication impairment for clinical use**. p. 399

Il est encore ici question d'accordance sociale, mais cette fois-ci, du point de vue du contenu du discours du patient. Les sujets abordés par le patient sont-ils ajustés au contexte social, moral et aux valeurs partagées avec l'autre ?

Rubrique 10 : Aspects esthétiques

Dans cette dernière rubrique, sont examinés les aspects pragmatiques quantitatifs et qualitatifs déployés pour rajouter du sens, de l'emphase ou de l'implicite aux propos : prosodie, articulation, débit, humour, posture...

4) Les études sur le PFIC

Le PFIC a fait l'objet de plusieurs études qui ont démontré ses avantages et ses limites.

Nous avons effectué une revue de la littérature et identifié neuf études impliquant le PFIC. Ces références correspondent à des articles parus dans des revues scientifiques, professionnelles, ou à des mémoires de recherche en orthophonie. Nous avons résumé ces différentes données dans un tableau (*Annexe 8*).

Parmi ces études, plusieurs ont testé le PFIC sur d'autres populations que les adultes traumatisés crâniens :

- Godfrey, Linscott & al. ont validé le PFIC auprès d'enfants traumatisés crâniens [43].
- Lanzone et Peylhard ont fait passer le PFIC à des adolescents traumatisés crâniens [55].
- De Chambost et Delhom ont testé le PFIC sur de jeunes adultes victimes d'un AVC au cours de leur enfance [33].
- Godfrey, Hays & al. ont utilisé le PFIC auprès de patients atteints de la maladie d'Alzheimer⁴².

⁴² HAYS, S.-J., GODFREY, H. P. D. et al. (2004). **Clinical assessment of pragmatic language impairment: A generalisability study of older people with Alzheimer's disease.**

Les études de Linscott et al. et Jagot et al. ont attesté de la fidélité inter-juges et de la validité du PFIC [46 ; 63]. Par ailleurs, dans les autres études, le PFIC est estimé comme étant un outil utile pour la pratique orthophonique. Son utilisation permet de mettre en exergue de nombreuses difficultés conversationnelles chez des patients d'âges et d'étiologies différents.

B] Population-cible : le recrutement des patients traumatisés crâniens (TC)

Nous avons donc coté pour notre étude cinq patients âgés de 17 à 42 ans, hospitalisés dans le service de rééducation fonctionnelle de l'hôpital St-Jacques à Nantes. Sur ces cinq patients, trois sont des hommes, et deux sont des femmes. Une partie de ces patients est hospitalisée à temps complet, l'autre partie bénéficie de l'hôpital de jour.

En 1995, Linscott & al. avaient recruté pour leur étude vingt patients TC [63] ; en 2001, Jagot et al. avaient utilisé le PFIC auprès de vingt-trois patients TC [46]. Nous n'avons pas cherché à recruter un nombre important de patients, la visée de notre recherche n'étant pas de tester les valeurs intrinsèques du test ou de construire des profils de patients. En revanche, nous souhaitons expérimenter sa passation et sa cotation dans le but de faire émerger des limites extrinsèques liés à la procédure de ce test. Nous avons estimé qu'un échantillon de cinq patients, donc cinq passations et cotations, nous permettaient d'atteindre cet objectif.

Nous avons repris les critères d'inclusion et d'exclusion utilisés dans l'étude d'adaptation du PFIC en français réalisée par Jagot et al. en 2001 [46].

Critères d'inclusion :

- Sujets francophones.
- Traumatisme crânien fermé.

- Glasgow égal ou inférieur à huit et/ou durée du coma supérieur à une journée (TC jugé sévère).

Critères d'exclusion :

- Antécédents neurologiques.
- Antécédents psychiatriques.

Nous avons appris, après avoir coté les vidéos du PFIC, qu'un des sujets avait eu un TC léger en 2011, antérieurement à son TC sévère pour lequel il était actuellement hospitalisé. Nous avons néanmoins décidé de le garder dans notre population-cible, les résultats des patients n'étant pas analysés par la suite. En effet, nous ne nous intéressons pas ici à l'évaluation des capacités pragmatiques des patients, mais aux freins extrinsèques à l'utilisation du PFIC en clinique.

Lors de la procédure d'adaptation du PFIC en français, les auteurs précisent qu'aucun patient ne présente de troubles du langage formel, en se basant sur le MT-86 [46]. Pour notre étude, nous nous sommes référées au diagnostic orthophonique pour déterminer l'éventuelle aphasie du patient. Dans notre population, un patient présentait, en phase initiale, une aphasie sémantique légère, accompagnée d'un manque du mot et de paraphasies sémantiques. Nous avons retrouvé ces observations lors de la passation du PFIC. Cependant, le patient présentait une fluence conversationnelle correcte qui nous a convaincu de le garder dans notre population de référence.

Nous avons regroupé les caractéristiques des patients dans le tableau suivant : données sociodémographiques et indices de sévérité du TC (ici, nous avons choisi de garder le score au GCS initial).

Tableau 1 : Caractéristiques de la population TC

PATIENTS	SEXE	AGE	ETUDES (années réussies)	PROFESSION	GCS initial	INTERVALLE entre la date du TC et la passation du protocole (en mois).
A	M	18	10	Lycéen.	5	2
D	M	42	10	Chauffeur- livreur	4	5
G	M	25	10	Intérimaire.	3	14
L	F	17	9	Lycéenne.	3	11
T	F	37	10	Agent immobilier.	6	8

Les orthophonistes de l'hôpital St-Jacques nous ont aidées à sélectionner les patients qui allaient être filmés, et dont les performances seraient cotées.

C] Recrutement des interlocuteurs

Linscott et al. (1995) n'indiquent pas l'identité des interlocuteurs participant aux conversations avec le patient. Les auteurs précisent qu'il était demandé aux interlocuteurs « d'agir de façon amicale et aidante »⁴³ vis-à-vis des patients [63]. Jagot et al. (2001) ont choisi des stagiaires orthophonistes, psychologues et ergothérapeutes pour discuter avec les sujets. Les deux partenaires ne se connaissaient pas avant le jour de la discussion [46].

⁴³ LINSKOTT, R.J., KNIGHT, R.G. et al. (1995). **The Profile of Functional Impairment in Communication (PFIC) : a measure of communication impairment for clinical use.** Brain Injury, 10, p. 402

Pour notre étude, quatre interlocutrices ont été sollicitées pour discuter avec les patients, ces discussions nous servant à coter uniquement les difficultés pragmatiques des sujets. Une interlocutrice était étudiante en kinésithérapie, les trois autres en orthophonie. Elles ne connaissaient pas les patients auparavant. Nous leur avons brièvement expliqué les modalités du PFIC et la procédure que nous allions utiliser lors de la séance filmée.

D] Procédure de passation du PFIC

Nous avons repris, en partie, la procédure élaborée par Jagot et al. en 2001. Dans leur étude, les auteurs ont demandé aux patients l'autorisation de filmer la passation des épreuves cognitives. Lors de celles-ci, un examinateur est dans la salle avec un partenaire institutionnel et le patient. Sous un prétexte quelconque, on informe le patient que les épreuves cognitives sont suspendues pendant une quinzaine de minutes. L'examineur demande alors au patient et au partenaire institutionnel de faire connaissance mutuellement [46].

Pour notre étude, les orthophonistes ont d'abord demandé aux patients l'autorisation de filmer la séance suivante. L'utilisation de la caméra a été justifiée auprès du sujet par le fait de réutiliser la vidéo au cours de la prise en charge. Les patients ont rempli un formulaire d'autorisation de prise de vue.

Nous n'avons pas participé à la phase d'enregistrement de la conversation, car nous avons respecté la procédure de Linscott et al. et Jagot et al., selon laquelle le cotateur et l'interlocuteur sont deux personnes distinctes [63 ; 46].

Le jour de la séance filmée, l'orthophoniste accueille le patient, lui présente l'interlocutrice, dite « stagiaire », et commence la séance. Au bout de quelques minutes, l'orthophoniste prétexte un appel urgent sur son téléphone portable, qui l'oblige à s'absenter quelques minutes. Avant de quitter la salle, elle demande au patient et à l'interlocutrice de faire connaissance mutuellement. Elle insiste sur le fait qu'ils ne doivent pas hésiter à se poser des questions de façon réciproque. Elle s'absente pour une durée d'environ 12-15 minutes, période au cours de laquelle, l'interlocutrice et le patient peuvent converser. Puis l'orthophoniste revient dans la salle et poursuit sa séance.

Dans la procédure de passation originale du PFIC, il est demandé aux patients et à l'interlocuteur de « faire connaissance ». Aucune précision supplémentaire n'est apportée. Lors de la phase d'entraînement à la cotation, nous avons visionné une vidéo au cours de laquelle l'interlocutrice ne laissait pas la possibilité au patient de poser des questions. Les questions-réponses s'enchaînaient trop rapidement. La cotation de l'item 2.04 « Pose des questions » était alors difficile : s'agissait-il d'une réelle difficulté à questionner son interlocuteur ? Ou alors d'un espace temporel non accordé au patient par l'interlocuteur ? Par la suite, nous avons demandé aux interlocuteurs de laisser parfois des « blancs » dans la conversation, pour que le patient ait la possibilité de poser des questions.

E] Procédure de cotation du PFIC

1) Phase d'entraînement à la cotation

Les deux études princeps ont proposé une phase d'entraînement à leurs juges avant la cotation des vidéos. Linscott et al. ont proposé un entraînement de deux heures incluant :

- La révision de la définition des items.
- L'examen de deux interactions et la cotation de l'une d'entre elle avec le PFIC.
- L'analyse et la vérification des résultats aux ES.
- Les réponses aux questions posées par les étudiants [63].

Jagot et al. ont eux aussi proposé un entraînement, d'une durée non précisée, incluant :

- Une familiarisation avec les ICS.
- La cotation d'enregistrements d'interactions conversationnelles [46].

Avant d'évaluer notre population-cible, nous avons nous aussi, procédé à un entraînement pour nous former à l'utilisation de cette échelle et nous harmoniser sur la manière de coter. Nous avons ainsi visionné trois vidéos de patients hospitalisés dans le service de rééducation fonctionnelle de l'hôpital St-Jacques. Pour cet entraînement, nous n'avons pas jugé nécessaire de respecter les critères d'inclusion et d'exclusion. Ainsi, le premier patient a subi l'ablation d'une tumeur frontale suivie de séances de radiothérapies et de chimiothérapies. Le deuxième patient a eu un traumatisme crânien, suivi de crises comitiales récurrentes. Le troisième patient avait subi un accident vasculaire cérébral d'origine embolique. La procédure de passation pour ces patients s'est déroulée de la même manière que celle établie pour la population-cible.

Nous avons visionné les trois vidéos dans une salle de la faculté de médecine pour se retrouver dans une ambiance neutre. Chaque vidéo a été regardée deux fois, sans prise de notes lors de la première fois, puis avec prise de notes lors du second visionnage. Nous avons ensuite coté de façon séparée les performances du patient à l'aide de la grille du PFIC. Nous n'avons pas parlé durant ces deux phases pour éviter de nous influencer.

Après avoir évalué les performances d'un patient, nous avons comparé nos notes sur chaque ICS et sur chaque ES. Nous avons débattu pour nous harmoniser sur la cotation. Pour cela, nous avons essayé d'explicitier au mieux les définitions des ICS, qui nous paraissaient parfois floues. Ainsi, dans le but d'améliorer leur clarté, nous les avons parfois reformulées à notre manière. Nous avons aussi visionné une troisième fois les vidéos pour objectiver notre cotation. Pour un patient, nous avons élaboré un profil sous la forme d'un graphique, pour savoir s'il était aisé de le réaliser et donc d'avoir facilement une idée globale des troubles de celui-ci (*Annexe 4*).

2) Cotation

Les cotateurs, dans l'étude de Linscott et al. sont des étudiants en ergothérapie, qui ne connaissent pas les patients, et qui n'ont pas pris part à la conversation [63]. Dans l'étude de Jagot et al. , l'identité des juges n'est pas précisée, mais les auteurs indiquent que les cotateurs ne connaissent pas les patients avant de les noter [46].

La procédure d'origine du PFIC élaboré par Linscott et al. (1995) ne précise pas la durée exacte de l'interaction à coter (« les premières minutes »⁴⁴) [63]. Quant à la procédure d'adaptation du PFIC en français par Jagot et al. (2001), elle préconise de ne coter que la première dizaine de minutes de conversation entre l'interlocutrice et le patient [46]. L'étude effectuée dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie par Croteau et Léonard, en lien avec la traduction de Jagot et al., se base sur la cotation des neuf premières minutes de conversation [27]. Nous avons opté pour cette durée de visionnage.

Nous n'avions jamais assisté à une séance avec ces patients, et nos maîtres de stage ne nous avaient pas parlé de leurs troubles. Nous nous étions juste renseignées sur l'étiologie de leurs déficits et avons cherché s'ils pouvaient être inclus dans notre population-cible.

Dans la procédure originale, Linscott et al. précisent que la cotation a eu lieu lors de trois sessions séparées. Chaque session durait trois heures, avec une pause de dix minutes. La cotation était réalisée de façon indépendante [63]. Dans l'étude de Jagot et al., la forme de ces différentes sessions n'est pas précisée. Les juges cotent de façon indépendante [46].

Pour notre étude, nous avons visionné ces cinq vidéos lors de deux sessions, toujours dans un endroit neutre. Comme lors de l'entraînement, nous les avons regardées deux fois, en prenant des notes la seconde fois. Nous avons ensuite coté chaque vidéo, l'une après l'autre. Nous n'avons émis aucun commentaire, ni après les vidéos, ni entre les sessions.

Une fois toutes les vidéos cotées, nous nous sommes réunies pour partager notre ressenti concernant cette procédure de cotation.

⁴⁴ LINSOTT, R.J.; KNIGHT, R.G.; GODFREY, H.P.D. (1995) **The Profile of Functional Impairment in Communication (PFIC): a measure of communication impairment for clinical use.** p.402-403

II] RESULTATS DE LA PARTIE EXPLORATOIRE

A] Difficultés relevées en lien avec la mise en œuvre du PFIC

Ces difficultés que nous relevons proviennent de trois sources : la littérature impliquant le PFIC, notre expérimentation, et notre intuition.

1) Difficultés relevées lors de la revue de la littérature

(Annexe 8).

La revue de la littérature sur le PFIC nous a permis de relever un certain nombre de limites concernant cet outil. Quelques difficultés intrinsèques du PFIC sont citées. Peu concernent des facteurs extrinsèques.

Plusieurs auteurs relèvent des difficultés liées au contenu-même du PFIC [17 ; 27 ; 55 ; 13 ; 33]. Nous émettons l'hypothèse que les orthophonistes peuvent penser que ce test ne donne pas une idée globale des troubles.

Lecuir (2007) note que le PFIC n'est pas un outil étalonné [59]. Nous considérons que cet élément peut constituer un frein pour l'utilisation du PFIC, car, par souci de rigueur, certaines orthophonistes préfèrent utiliser exclusivement des tests étalonnés.

Lanzone et Peylhard (2002) ont souligné, à la fin de leur étude, la difficulté à situer la normalité dans les comportements pragmatiques. En effet, la pragmatique du langage n'étant pas toujours un domaine très approfondi au cours des études d'orthophonie, il peut être difficile d'établir la limite entre norme et pathologie. A Nantes, nous avons reçu peu d'enseignements sur cette composante du langage. De plus, il nous a semblé, à travers des discussions avec des orthophonistes, qu'une partie d'entre eux ne disposaient pas de

connaissances claires sur la pragmatique du langage. Nous pensons que ceci peut constituer une limite à l'utilisation d'outils évaluant cette composante du langage [55].

Boone et Cordel (2002) déplorent que la cotation ne se fasse pas sur la totalité de l'enregistrement. Elles remarquent que certains comportements n'apparaissent qu'au-delà de 9 minutes (ex : poser des questions ; marques d'attention inadaptées) [17]. Nous pensons que cet élément ne peut pas constituer une réelle limite à l'utilisation de ce test, mais peut inciter les orthophonistes à modifier la procédure originale.

Sachant qu'une conversation implique deux personnes, Jagot et al. (2001) se posent la question de la prise en compte de l'interlocuteur [46]. L'analyse de la pragmatique conversationnelle d'un patient nécessite toujours la participation de celui-ci et d'une autre personne (au minimum). D'autres tests, comme le MEC, sont très utilisés bien qu'ils ne prennent pas en compte les interventions de l'interlocuteur dans la conversation. Nous ne retenons pas cet élément comme un frein à l'utilisation du PFIC.

Suite à la revue de la littérature effectuée, nous résumons donc ainsi les freins potentiels identifiés :

- la difficulté à avoir une idée globale des troubles.
- l'absence d'étalonnage du PFIC.
- un manque de connaissances dans le domaine de la pragmatique du langage.
- une durée de cotation inadaptée.

2) Difficultés rencontrées lors de la phase de passation et de cotation des vidéos

Suite à la mise en œuvre de la passation du PFIC, ainsi que de la cotation des vidéos, nous avons pu établir une liste de toutes les difficultés rencontrées. Pour cela nous avons rassemblé nos propres remarques et les témoignages des interlocuteurs et des orthophonistes avec qui nous nous étions entretenues suite aux passations.

En voici le recueil :

Nous n'avons pas réussi facilement à nous procurer l'ensemble des informations concernant le protocole de passation du PFIC dans le manuel ou les études princeps. Nous avons dû contacter M. Jagot pour obtenir des précisions concernant la procédure de passation de ce test.

Nous avons rencontré des difficultés à recruter des interlocuteurs. Pour chaque passation, trois personnes (un interlocuteur et deux cotateurs) inconnues du patient sont nécessaires dans la procédure originale du PFIC. Nous ne souhaitons pas faire appel à la même personne à chaque fois, l'ensemble des vidéos exigeant beaucoup de temps, sachant que huit patients étaient filmés au cours de cette phase. Ne trouvant pas assez de personnes disponibles à l'hôpital St-Jacques, nous avons demandé à deux de nos connaissances de venir converser avec des patients. Nos maîtres de stage ne pouvaient jouer ce rôle, car elles connaissaient ces patients. Les interlocuteurs et les cotateurs devant être différents, nous ne pouvions, nous-mêmes, jouer le rôle d'interlocutrice. Au total, nous avons demandé à cinq personnes différentes de venir jouer le rôle d'interlocuteur.

Pour réaliser les vidéos, nous avons eu besoin d'une caméra. Les orthophonistes de l'hôpital n'en ayant pas à disposition, une de nos maîtres de stage nous a prêté son appareil photo personnel.

Avant de filmer les patients, ceux-ci ont dû fournir une autorisation écrite. Un patient étant sous curatelle, nous avons entrepris des démarches auprès de l'assistante sociale de l'hôpital. Celle-ci nous a conseillé de prendre contact avec la curatrice du patient. Nous avons ensuite appris que la signature de celle-ci n'était pas nécessaire : ces formalités administratives ont été coûteuses en temps.

Le fait d'être filmé a suscité des réticences chez certains de nos patients. Deux d'entre eux n'ont pas accepté tout de suite d'être filmés : un temps de réflexion supplémentaire leur a donc été accordé, ce qui a retardé l'enregistrement.

Nos maîtres de stage nous ont fait part d'une gêne à ne pas dire le véritable but de la conversation au patient. Elles citent la difficulté d'insérer la passation dans la logique de la prise en charge, et le sentiment désagréable de mensonge face au patient. Ceci nous a interrogées sur le plan éthique et sur le plan de la relation thérapeutique.

D'autre part, nous avons ressenti de l'appréhension à demander à nos connaissances de jouer le rôle d'interlocutrice sans pouvoir les informer des troubles du patient.

Nous avons élaboré le profil conversationnel d'un patient. Or, la construction de ce profil à partir des scores du PFIC n'est pas clairement explicitée dans le livret explicatif du PFIC, et se résume en un graphique simple. Ceci ne permet pas aisément d'avoir une idée globale des troubles, et donc d'établir des pistes de rééducation. De plus, les ICS ne sont pas représentés graphiquement. Le profil obtenu est donc peu précis et des références constantes à la grille sont nécessaires.

La phase d'entraînement à la cotation des vidéos à l'aide du PFIC, ainsi que la cotation des vidéos ont également exigé du temps. En effet, environ six heures ont été nécessaires pour l'entraînement, et près de trois heures pour la cotation des vidéos.

Suite aux exigences et difficultés relevées lors de notre expérimentation de l'utilisation du PFIC, nous résumons donc ainsi les freins potentiels identifiés :

- le manque d'informations sur les modalités d'utilisation du test.
- le recrutement d'interlocuteurs et cotateurs inconnus du patient.
- la nécessité d'une caméra.
- la démarche administrative d'autorisation de prise de vue.
- l'acceptation par le patient d'être filmé.
- la réticence des orthophonistes à ne pas dire au patient le véritable but de la conversation.
- la réticence des orthophonistes à demander à des personnes de jouer le rôle d'interlocuteur.
- la nécessité d'une phase d'entraînement pour les cotations futures.
- la difficulté à avoir une idée globale des troubles.
- une absence de possibilités de construction de pistes de rééducation.

- le temps nécessaire pour l'ensemble des étapes ci-dessus ainsi que pour la cotation des vidéos.

3) Difficultés relevées d'ordre « intuitif »

Nous présentons ici les difficultés d'ordre intuitif qui pourraient empêcher les orthophonistes d'utiliser le PFIC.

Nous supposons que la grille d'observation du PFIC et le livret explicatif des items, non publiés, sont des documents difficiles à acquérir. Nous ne les avons jamais rencontrés lors de nos cours, ni lors de nos stages.

D'autres outils évaluant la pragmatique conversationnelle existent : certains orthophonistes préfèrent peut-être utiliser un autre outil que le PFIC.

Un orthophoniste peut ne pas utiliser le PFIC car il ne prend pas de patients avec lesquels cet outil serait intéressant.

Nous résumons donc les freins d'ordre intuitif :

- une difficulté à acquérir la grille d'observation du PFIC et le livret explicatif des items.
- l'utilisation d'autres outils d'évaluation de la pragmatique conversationnelle.
- la non prise en charge de patients avec lesquels le PFIC serait intéressant.

B] Classification des freins

1) Recherches sur la faisabilité

Ces différentes difficultés nous ont interrogées sur la notion de faisabilité d'un test, c'est-à-dire sur les aspects pratiques d'un outil d'évaluation : est-ce que celui-ci est facilement utilisable en pratique clinique ? Nous voulions savoir s'il existait des bases théoriques concernant les limites à l'utilisation d'un outil (idéalement, d'un test en pratique clinique).

Nous avons donc entrepris des recherches sur la faisabilité, dans le domaine de la santé. Comme nous ne trouvions aucun renseignement par nous-mêmes, nous avons rencontré différents professionnels : une documentaliste de la bibliothèque universitaire de la Faculté de médecine de Nantes ; une documentaliste de la bibliothèque de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) de Nantes ; et une universitaire chargée de formations sur la recherche à l'hôpital St-Jacques. A l'issue de ces rencontres, aucun élément nouveau sur la faisabilité n'a été apporté. Il semble qu'actuellement, la littérature sur ce sujet soit encore limitée.

2) Classification de l'ESEN

Nous avons néanmoins trouvé un document proposé par Aubert-Lotarski (2007), publié sur le site de l'Ecole Supérieure de l'Education Nationale (ESEN). Ce document a été initialement conçu pour estimer si une tâche était réalisable en fonction du temps et des conditions données. Il s'adresse en premier lieu aux personnels de l'Education Nationale [6].

Nous le présentons ici car il nous a aidées à faire une première classification des freins potentiels que nous avons cités précédemment.

	OK	Irréalisable
Temps		
Budget (déplacements, etc.)		
Ressources humaines		
matériel (logiciels, vidéo etc.)		
Accès au terrain		
Documentation		
Accès à des données nationales, etc.		
Difficultés locales		
Difficultés institutionnelles		
Compétences		
Autre :		

3) Notre classification

Nous avons modifié cette classification pour mieux l'adapter aux difficultés que nous avons mises en évidence. Notre classification s'établit ainsi :

Catégorie	Description
Matériel	Les orthophonistes n'ont pas toujours une caméra à disposition.
Difficultés administratives	Obtenir l'autorisation du patient et/ou de la tutelle/curatelle pour être filmé est une démarche administrative lourde.
Temps	Les conditions de passation (trouver les interlocuteurs, les cotateurs, obtenir l'autorisation de filmer le patient, trouver une salle, une caméra...), de cotation et d'interprétation demandent du temps.
Ressources humaines	Réunir deux cotateurs et un interlocuteur qui ne connaissent pas le patient est difficile.
Facteur psychologique	L'interlocuteur et le patient doivent accepter d'être filmés, de converser avec un inconnu, sur un thème particulier. L'orthophoniste qui cache le vrai but de la conversation au patient, peut ressentir de la gêne.
Documentation	Se procurer le PFIC, se former pour l'utilisation du test (compréhension des items, cotation), savoir comment dresser un profil conversationnel n'est pas facile.
Compétences	Les orthophonistes peuvent manquer de formation sur l'utilisation du test (compréhension des items, cotation), connaissances préalables (pragmatique du langage, développement normal des compétences pragmatiques liées à l'âge).
Étalonnage et normalisation	Le PFIC n'est pas étalonné. La prise en compte du milieu socio-culturel et de l'âge du patient n'est pas toujours évidente.
Contenu du test	Le PFIC ne permet pas d'avoir une idée globale des troubles. Il ne permet pas de construire des pistes de rééducation.
Autres	L'orthophoniste utilise un autre outil pour évaluer ce domaine. L'orthophoniste ne prend plus en charge des patients avec lesquels le PFIC serait un outil intéressant.

C] Classification par type de frein

A la suite de cette première classification, nous avons regroupé les freins dans des catégories sub-ordonnées selon différents critères : intrinsèques/extrinsèques, liés ou non liés à la procédure, autres.

1) Freins intrinsèques

Ce sont les limites en rapport avec le contenu du test, autrement dit, il s'agit de questionner la pertinence de l'outil. Dans le Petit Robert⁴⁵, au sens courant, est « pertinent » ce « qui convient exactement à l'objet donc il s'agit ». Un de nos postulats de départ est que le PFIC est un outil pertinent pour l'évaluation de la pragmatique conversationnelle chez les traumatisés crâniens. Dans notre enquête, nous prévoyons quelques items destinées à connaître l'avis des orthophonistes sur sa pertinence. Rappelons cependant, que nous nous intéressons plus spécifiquement à ses freins extrinsèques. Nous ne rentrons pas dans le détail des freins intrinsèques.

2) Freins extrinsèques liés à la procédure

Ce sont les limites en rapport avec les conditions temporelles, matérielles, humaines, administratives, et psychologiques exigées par la procédure originale du PFIC.

⁴⁵ Le Nouveau Petit Robert de la langue française (2009).

3) Freins extrinsèques non liés à la procédure

Ce sont les limites en rapport avec la diffusion et la documentation sur le PFIC, mais aussi avec les bases théoriques nécessaires pour l'utilisation d'un outil sur la pragmatique conversationnelle.

4) Les autres freins

Ce sont les freins liés à l'utilisation d'un autre outil d'évaluation de la pragmatique conversationnelle, ou l'absence de prise en charge de patients avec lesquels le PFIC serait un outil pertinent.

D] Adaptations de la procédure

A la suite de cette phase d'expérimentation et de mise en évidence des différentes difficultés liées à l'utilisation du PFIC, nous nous sommes interrogées plus particulièrement sur les freins extrinsèques liés à sa procédure de passation. Nous avons constaté que cette procédure implique de nombreuses conditions : nous supposons donc que les orthophonistes aient pu l'adapter.

Nous supposons les adaptations suivantes comme possible.

1) Adaptations liées aux conditions temporelles

La cotation des vidéos est coûteuse en temps : nous pouvons imaginer que les orthophonistes cotent un extrait plus court que celui exigé par la procédure de passation originale (les neuf premières minutes).

Certains comportements conversationnels intéressants pouvant apparaître après la durée prévue par la procédure de passation originale, nous émettons l'hypothèse que certains orthophonistes cotent une durée supérieure à neuf minutes.

2) Adaptations liées aux conditions matérielles

Nous supposons que les orthophonistes peuvent ne pas filmer la conversation, car ils ne disposent pas d'une caméra.

Nous supposons qu'une alternative à la caméra possible peut être l'utilisation d'un magnétophone : seule la modalité auditive de la conversation est enregistrée, et pas la modalité visuelle. Lors de leur étude, Lanzone et Peylhard (2002) remplacent la vidéo par le magnétophone [55].

3) Adaptations liées aux conditions humaines

La procédure originale nécessite la présence de trois personnes inconnues du patient (un interlocuteur et deux cotateurs). Cela semble difficile à mettre en œuvre, notamment en exercice libéral. Nous supposons donc que les orthophonistes qui ont utilisé le PFIC aient pu faire appel à des interlocuteurs qui connaissaient le patient auparavant, ou que l'orthophoniste ait pu observer une conversation entre le patient et l'un de ses proches. Nous pouvons également imaginer que l'orthophoniste ait joué à la fois le rôle d'interlocuteur et de cotateur, mais aussi qu'une seule personne ait côté le test (l'orthophoniste ou une tierce personne).

Pour respecter les conditions décrites par Linscott et al. (1995) puis Jagot et al. (2001), si l'orthophoniste qui va prendre en charge le patient veut coter ses performances au PFIC, il ne doit pas connaître le patient. Cela implique qu'il fasse passer le PFIC lors de la première rencontre avec le patient. Nous avons conscience que cela est difficilement réalisable, surtout en libéral. Nous supposons donc que l'orthophoniste puisse connaître le patient avant de coter ses performances conversationnelles.

4) Adaptations du déroulement de la conversation

La consigne de passation de Linscott et al. était « Faites comme si vous vous rencontriez pour la première fois ». Jagot et al. ont dit aux interlocuteurs et aux patients de « Faire connaissance mutuellement ». En effet, dans l'étude de Jagot et al., les interlocuteurs ne connaissaient pas les patients, contrairement à Linscott et al. Nous supposons que les orthophonistes aient pu donner d'autres consignes en fonction de la situation.

Nous supposons également que les orthophonistes aient pu proposer un autre thème aux patients, notamment si l'interlocuteur et le patient se connaissaient déjà.

5) Autres adaptations

Nous supposons que certains orthophonistes qui utilisent le PFIC ne connaissent pas sa procédure originale, et donc procèdent à des adaptations sans le vouloir.

La partie exploratoire, notre intuition, et dans une moindre mesure, la revue de la littérature nous ont donc permis de trouver des freins qui pourraient expliquer la supposée faible utilisation du PFIC en pratique clinique orthophonique auprès de patients traumatisés crâniens.

A l'issue de cette partie, nous pouvons donc élaborer nos objectifs de travail.

OBJECTIFS

I. OBJECTIF GENERAL

Nous avons montré précédemment que plusieurs études soulignaient la pertinence de cet outil dans l'évaluation des troubles de la pragmatique du langage des patients TC (*Annexe 8*). Dans notre travail, nous ne remettons pas en question le contenu de cette grille d'observation c'est-à-dire la pertinence de ses items et ses qualités psychométriques. Nous ne nous intéresserons donc pas principalement aux facteurs intrinsèques. En revanche, nous essaierons de montrer qu'un certain nombre de facteurs extrinsèques entravent l'utilisation du PFIC en pratique clinique. Les facteurs extrinsèques étudiés sont de deux types :

- Freins extrinsèques non liés à la procédure : freins en rapport avec les connaissances nécessaires pour utiliser la grille, ou en rapport avec la diffusion du PFIC.
- Freins extrinsèques liés à la procédure : difficultés en rapport avec le temps, les ressources humaines, le matériel, l'administratif, et d'ordre psychologique.

Ainsi, nous proposons l'objectif général suivant : l'utilisation du PFIC pour évaluer les troubles de la pragmatique conversationnelle auprès de patients traumatisés crâniens est limitée par ces deux types de freins.

Pour cela, nous dressons sept sous-objectifs.

II. SOUS-OBJECTIFS

1) La sous-utilisation du PFIC :

Le PFIC est une grille peu utilisée en pratique orthophonique auprès des patients traumatisés crâniens.

Justification de l'objectif : Au début de nos recherches, notre direction de mémoire a soulevé la contradiction entre un outil reconnu pertinent pour évaluer la pragmatique conversationnelle, le PFIC, et sa supposée faible utilisation par les orthophonistes en pratique clinique. Au cours de nos stages, nous n'avons jamais vu cet outil utilisé. De plus, nous n'avons jamais vu le PFIC cité dans un compte-rendu de bilan. Lors de notre formation initiale, les tests les plus fréquemment utilisés auprès des traumatisés crâniens nous ont été présentés, et le PFIC n'a jamais été mentionné. Ainsi, au préalable, il nous est apparu indispensable de vérifier l'intuition sur laquelle repose notre problématique, c'est-à-dire que le PFIC est très peu utilisé en pratique clinique.

Opérationnalisation : Le nombre d'orthophonistes qui utilisent le PFIC sera significativement inférieur au nombre d'orthophonistes qui ne l'utilisent pas.

Nous comparerons le nombre d'orthophonistes qui n'utilisent pas le PFIC (ceux qui connaissent le PFIC sans l'utiliser et ceux qui ne le connaissent pas) et le nombre d'orthophonistes qui l'utilisent.

2) La diffusion du PFIC :

Le PFIC est une grille d'évaluation de la pragmatique conversationnelle peu connue des orthophonistes.

Justification de l'objectif : Au cours de notre formation, le PFIC n'a jamais été mentionné par nos professeurs orthophonistes, ni par nos maîtres de stage. Nous ne l'avons jamais rencontré dans la littérature orthophonique avant notre travail.

Opérationnalisations : Le nombre d'orthophonistes qui connaît le PFIC sera très minoritaire dans notre échantillon. Nous présumons donc que :

- Le nombre d'orthophonistes qui connaissent le PFIC sera significativement inférieur au nombre d'orthophonistes qui ne le connaissent pas.

3) La méconnaissance du PFIC :

Les modalités d'utilisation du PFIC ne sont connues que partiellement par les orthophonistes.

Justification de l'objectif : Nous nous sommes aperçues, au cours de notre recherche, que le livret explicatif des items du PFIC n'était pas facile à obtenir. Nous avons alors émis l'hypothèse que les orthophonistes pourraient posséder la grille d'observation du PFIC sans le livret explicatif.

Nous présumons donc que :

- A la question « Pourquoi n'utilisez-vous pas le PFIC ? », les personnes n'utilisant pas le PFIC citeront majoritairement les items « Je manque d'informations sur les modalités d'utilisation du test » et « Je n'arrive pas à me procurer le test ou le livret explicatif des items du PFIC ».

- A la question « Avez-vous adapté la procédure du PFIC ? », nous nous intéresserons au nombre d'orthophonistes qui utilisent ou ont utilisé le PFIC (B7 et B6) et qui ont coché l'item « Je ne sais pas : je ne connais pas en détail la procédure originale ».

4) Les avis sur la pertinence du PFIC :

Le PFIC est considéré comme un outil pertinent par les orthophonistes françaises pour l'évaluation de la pragmatique conversationnelle des patients traumatisés crâniens.

Ce sous-objectif permet de vérifier ou d'infirmer le postulat de départ, c'est-à-dire que le PFIC est un outil jugé utile par les orthophonistes pour l'évaluation de la pragmatique conversationnelle.

Justification de l'objectif : Au cours de nos recherches bibliographiques, nous avons lu plusieurs travaux scientifiques qui attestaient des qualités intrinsèques du PFIC. De plus, notre direction de mémoire, travaillant auprès d'une population importante de personnes cérébrolésées, estimait cet outil intéressant pour tester les différentes facettes de la pragmatique conversationnelle.

Opérationnalisations : Nous présumons que :

- A la question « Trouvez-vous que le PFIC est un outil pertinent pour évaluer la pragmatique conversationnelle », le nombre d'orthophonistes qui connaissent le PFIC et qui répondront « pertinent » ou « assez pertinent » sera supérieur au nombre d'orthophonistes qui répondront « Non ».
- A la question « Quels avantages mettriez-vous en avant pour convaincre un (e) collègue orthophoniste de l'utiliser ? », les orthophonistes qui utilisent le PFIC mettront en avant sa pertinence en citant des avantages liés à son contenu.

5) La familiarité des orthophonistes avec la pragmatique du langage :

Le PFIC n'est pas un outil utilisé par les orthophonistes car ceux-ci se sentent encore peu familiarisés avec ce domaine relativement récent qu'est la pragmatique du langage.

Justification de l'objectif : Au cours de notre formation, peu de cours sur la pragmatique du langage nous ont été dispensés. De plus, ils n'abordaient qu'une partie de cette notion. En pratique clinique, il semble que l'évaluation du langage formel soit encore prédominante sur l'évaluation des aspects pragmatiques langagiers. Ceci pourrait s'expliquer par l'antériorité des modèles du langage formel par rapport aux modèles présentant la pragmatique du langage. Cette composante du langage semble donc être un domaine en cours d'évolution dans le milieu orthophonique avec pour conséquence une évaluation encore restreinte.

Opérationnalisations: Nous nous attendons à ce que :

- à la question « Pourquoi n'utilisez-vous pas le PFIC ? », l'item « Je pensais ne pas maîtriser suffisamment la théorie de la pragmatique du langage » soit cité plusieurs fois, c'est-à-dire à ce que des orthophonistes qui connaissent le PFIC et ne l'utilisent pas donnent l'explication d'un manque de connaissances théoriques nécessaires à l'utilisation du test.
- le nombre d'orthophonistes prenant en charge des TC et évaluant leur pragmatique du langage soit significativement inférieur au nombre d'orthophonistes prenant en charge des TC et n'évaluant pas leur pragmatique du langage.
- les tranches d'âge les plus représentées chez les orthophonistes qui connaissent le PFIC soient celles des 20-29 ans et des 30-39 ans. Les orthophonistes les plus jeunes se sentiraient plus compétents pour évaluer la pragmatique du langage que leurs aînés.

6) Les freins extrinsèques à l'utilisation du PFIC :

La procédure du PFIC nécessite des conditions extrinsèques qui sont contraignantes dans la pratique clinique orthophonique.

Justification de l'objectif: Cette hypothèse est tirée directement de notre partie exploratoire.

Opérationnalisations : Nous nous attendons à ce que les items concernant les freins liés à la procédure soient une cause importante dans les comparaisons suivantes. Cela permettra de prouver que ces freins sont une des causes importantes de la non-utilisation du PFIC chez les orthophonistes qui ne l'ont jamais utilisé (B8) et celles qui l'ont utilisé par le passé mais ne l'utilisent plus actuellement (B6).

Nous établirons donc un ordre de fréquence des différents types freins :

- pour les orthophonistes qui n'ont jamais utilisé le PFIC (B8).
- pour les orthophonistes qui n'utilisent plus le PFIC actuellement, mais qui l'ont déjà utilisé (B6)
- pour ces deux catégories regroupées (B6 et B8).

7) L'adaptation de la procédure :

Les orthophonistes qui ont déjà utilisé le PFIC ont modifié sa procédure.

Justification de l'objectif: Lors de la mise en place des passations, nous nous sommes aperçues que les conditions requises au niveau matériel et au niveau des ressources humaines étaient assez difficiles à mettre en œuvre. Lors d'une discussion avec une orthophoniste qui utilise le PFIC, celle-ci nous a expliqué qu'elle était obligée d'adapter la procédure originale de cet outil dans sa pratique clinique.

Opérationnalisation : Nous présumons donc que le nombre d'orthophonistes qui modifient la procédure originale du PFIC sera supérieur au nombre d'orthophonistes qui ne la modifient pas (B7 et B6).

DEUXIEME PARTIE : QUESTIONNAIRE

I] DESCRIPTION DU QUESTIONNAIRE

A] Choix du questionnaire comme mode d'enquête

1) Justification du mode d'enquête pour notre travail

Comme nous l'avons expliqué précédemment, nous voulons connaître les raisons de la faible utilisation du PFIC auprès de patients TC, en pratique clinique orthophonique. Plusieurs travaux détaillent déjà les avantages et les inconvénients intrinsèques de cet outil. Nous avons donc décidé d'axer notre travail sur les freins extrinsèques du PFIC, et d'utiliser le questionnaire comme outil principal de notre enquête.

D'après Berthier (2006)⁴⁶, l'enquête est « une quête d'informations, une collecte de témoignages, recherche pour savoir quelque chose ». Selon De Singly (2005), l'enquête cherche à rendre compte d'une activité ou d'une opinion, en montrant les facteurs qui influent sur celle-ci. Autrement dit, l'enquête est une activité descriptive qui consiste à observer des comportements, des idées, des sentiments, des attitudes d'un échantillon d'une population [34].

L'enquête permet de récolter de l'information standardisée : elle sert à décrire les réponses, les comparer et à établir des liens entre elles.

Deux formes d'enquêtes existent : le questionnaire et l'entretien. D'après Blanchet et Gotman (1992), le questionnaire « provoque une réponse » alors que l'entretien « fait construire une réponse ».⁴⁷

⁴⁶ BERTHIER, N. (2006, 3^{ème} édition). **Les techniques d'enquête en sciences sociales : Méthode et exercices corrigés**, p.7.

⁴⁷ BLANCHET, A. & GOTMAN, A. (1992). **L'enquête et ses méthodes**, p.36.

2) L'entretien

Pour définir l'entretien, Blanchet et Gotman reprennent les termes utilisés par Labov et Fanshel : « un événement de parole dans lequel une personne A extrait une information d'une personne B, information qui était contenue dans la biographie de B ». ⁴⁸

L'entretien permet d'analyser un problème en étant sa source principale, mais aussi d'apporter des précisions complémentaires à un questionnaire. Blanchet et Gotman ajoutent que l'entretien n'est pas adapté pour être administré à un très grand nombre de personnes [15]. Notre mémoire cherche à faire un état des lieux de l'utilisation d'un test par les orthophonistes françaises. Notre objectif est donc d'obtenir le plus grand nombre de réponses possibles. Nous avons donc choisi comme méthode le questionnaire.

3) Le questionnaire

De Singly définit le questionnaire comme « une série de questions que l'on pose à un informateur et qui peuvent concerner des opinions, représentations, croyances ou divers renseignements factuels sur lui-même et son environnement ». ⁴⁹

Les questionnaires peuvent être :

- auto-administrés, c'est-à-dire que le sujet répond au questionnaire tout seul. Nous avons choisi cette méthode.
- menés par un enquêteur, dans le cas où une tierce personne pose les questions et note les réponses du sujet.

Le questionnaire présente l'avantage de recueillir des informations difficiles à obtenir par d'autres moyens.

⁴⁸ BLANCHET, A. & GOTMAN, A. (1992). **L'enquête et ses méthodes**, p.15.

⁴⁹ DE SINGLY, F. (2005, 2^{ème} édition). **L'enquête et ses méthodes : le questionnaire**, p.24.

Mais l'utilisation du questionnaire présente également des limites, comme le souligne Allaire :

- il est difficile d'obtenir la collaboration de tous les sujets faisant partie de l'échantillon. Notons que dans notre cas, l'échantillon est assimilé à la population parente, c'est-à-dire à l'ensemble des orthophonistes français.

- les questions peuvent ne pas être comprises des répondants : leurs réponses seront ambiguës. Lors du recueil des données, nous nous sommes aperçues que plusieurs orthophonistes avaient mal compris la question « Dans quel département exercez-vous ? » et avaient répondu en citant leur secteur d'activité. Par exemple, l'une d'entre elle a cité « neurologie ». Allaire souligne que cette limite est d'autant plus présente lors des questionnaires auto-administrés, car personne n'est présent pour préciser la question au répondant.

- nous ne pouvons pas être totalement certaines de la véracité des réponses : en effet, même dans le cadre d'un questionnaire anonyme, un répondant peut-être réticent à donner une information (par exemple, une information qui ne donnerait pas une bonne image de lui : il s'agit du biais de désirabilité sociale⁵⁰) [2].

B] Démarche d'élaboration du questionnaire

1) Choix du mode d'administration

Afin de simplifier l'envoi du questionnaire et le recueil des données, nous avons opté pour le format numérique et l'avons diffusé par internet. Nous avons construit notre questionnaire via le logiciel en ligne Google Drive.

⁵⁰ **Désirabilité sociale** : selon Allaire, « lorsqu'on veut évaluer un phénomène précis, mais qui n'est pas socialement désirable, les chercheurs peuvent fournir des questions délibérément biaisées pour « déculpabiliser » les répondants et permettre d'avoir des réponses honnêtes et valides. » Ici, nous avons utilisé cette technique pour notre question sur l'évaluation de la pragmatique (allongement de la question, utilisation de l'argument « la plupart pensent que... »)

Allaire souligne les avantages du questionnaire auto-administré envoyé aux participants [2] :

- Les questions fermées peuvent comporter un grand nombre de catégories de réponses.
- Le principe est simple, économe en temps (au contraire d'un questionnaire administré par téléphone), et en argent (contrairement à un questionnaire envoyé par la poste).
- Le questionnaire est un outil qui doit être standardisé. Le questionnaire auto-administré envoyé aux participants garantit que les questions seront posées de la même façon à tous les sujets. Berthier (2006) précise que les répondants sont alors tous placés dans la même situation pour pouvoir comparer les différents groupes de sujets. La standardisation implique de poser les mêmes questions à toutes les personnes interrogées, de les soumettre de la même manière ainsi que dans le même contexte [12]. Nous avons posé les mêmes questions à tous les participants, que ce soit au niveau du contenu et de la forme. Néanmoins, du fait de l'auto-administration du questionnaire, nous n'avons pu contrôler la donnée contextuelle de réponse au questionnaire. Autrement dit, le lieu et le moment de passation ne sont pas les mêmes pour tous les participants. Les conditions de passation standardisées pour notre questionnaire ne sont donc pas parfaites.
- Les réponses sont plus franches, car il n'y a pas la présence d'un interviewer : le sujet ressent donc une plus grande liberté de réponse.
- Ce mode de diffusion n'exige pas une réponse immédiate de la part des répondants : ceux-ci peuvent réfléchir et décider de remplir le questionnaire à un autre moment.

Cependant certaines limites existent et nous les avons prises en compte :

- Ce mode d'administration est très sensible au phénomène de non-réponses, ce qui peut être un frein à la représentativité de l'échantillon, et donc à la possibilité de généraliser les réponses à la population totale.
- Il y a un grand risque qu'une question soit mal comprise :

- D'une part, le questionnaire envoyé par internet ne peut pas être aussi long et aussi complexe qu'un questionnaire en face-à-face. En effet, bien souvent le répondant ne disposera pas d'un temps très long pour y répondre.
 - D'autre part, comme aucun interviewer n'est présent, le sujet ne pourra pas formuler de demandes de clarification si les questions sont complexes.
- Il y a également un risque d'obtenir des réponses manquantes. Dans le cadre de notre recherche, nous avons élaboré notre questionnaire de façon à minimiser ce risque (par exemple en rendant « obligatoires » la majorité des questions).
- Allaire souligne également la difficulté de faire figurer des questions conditionnelles dans le cas de questionnaires auto-administrés (par exemple : « Si vous avez répondu « oui » à la question 14, passez directement à la question 28, mais ne répondez pas à la question 29 ») [2]. Dans notre cas, grâce au logiciel Google Drive, nous avons pu découper notre questionnaire en différentes pages : selon leurs réponses, les répondants ne voyaient pas tous les mêmes pages. Ainsi, nous n'avons pas imposé l'ensemble du questionnaire aux orthophonistes ne faisant pas partie de notre population-cible. Un schéma récapitulant la structure du questionnaire est disponible en annexes (*Annexe 9*).

2) Procédure de tests du questionnaire

Avant d'envoyer notre questionnaire, nous avons procédé à deux phases de tests.

Lors de la première phase, nous avons demandé à six étudiants en troisième année d'orthophonie de répondre au questionnaire selon des réponses pré-programmées. Nous leur avons remis une fiche décrivant l'orthophoniste qu'ils étaient censés représenter (*Annexe 5*). En suivant les indications de cette fiche, ils devaient répondre à chaque question du questionnaire. Cette méthode nous a permis de tester les différents chemins du questionnaire. De plus, nous les avons interrogés sur la clarté de la présentation, l'intelligibilité des

questions, et la maniabilité de l'outil. Les étudiants ont essentiellement émis des remarques positives concernant le questionnaire.

Lors de la seconde phase, nous avons transmis le questionnaire à un échantillon d'orthophonistes (maîtres de stages et professeurs à l'Ecole de Nantes). Nous avons ainsi pu vérifier que nous recevions bien leurs réponses via notre logiciel. Nous avons également pu recueillir leurs impressions et leurs remarques, et nous familiariser un peu plus avec la gestion des résultats à l'aide de notre logiciel. La majorité des orthophonistes nous ont fait part de la simplicité et de la rapidité de remplissage de notre questionnaire.

A l'issue de ces deux phases de test, nous avons reformulé quelques questions et items. Nous avons également rectifié des anomalies concernant les chemins sur questionnaire. Un étudiant nous a également conseillé d'insérer, sous nos questions à choix multiples, la précision suivante : « Vous pouvez cocher plusieurs réponses ».

3) Population

Notre population regroupe les orthophonistes françaises de métropole, d'outre-mer et exerçant à l'étranger.

Nous avons transmis notre questionnaire aux présidents de région du syndicat de la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO). Nous leur avons expliqué notre étude, et leur avons demandé de l'envoyer à tous les orthophonistes de leur région dont ils possédaient les coordonnées (*Annexe 6*).

Dans le message envoyé aux orthophonistes, nous avons mentionné notre thème : la pragmatique du langage. Cependant, nous n'avons volontairement pas mentionné notre population d'étude : les traumatisés crâniens. En effet, nous voulions éviter que les orthophonistes qui ne prennent pas en charge de TC ne se sentent pas concernés par le questionnaire et n'y répondent pas, et ceci pour cette raison : nous supposons que des orthophonistes peuvent connaître le PFIC même sans prendre en charge de traumatisés crâniens. Nous ne voulions donc pas nous priver de leur témoignage (*Annexe 7*).

Nous avons également envoyé le message à toutes les écoles d'orthophonie, via la Fédération Nationale des Etudiants en Orthophonie (FNEO), afin que les étudiants le transmettent à leurs maîtres de stage. Enfin, nous avons publié le questionnaire au sein du groupe Facebook « Ortho-Infos », regroupant près de 4000 membres.

Au moment du recueil de résultats, nous nous sommes aperçues que l'Ile-de-France était très sous-représentée, avec à peine une vingtaine de réponses. Nous savions également que dans cette région, plusieurs orthophonistes connaissaient le PFIC pour avoir travaillé, au sein de l'équipe de Luc Jagot, à son adaptation française. Ne voulant pas nous priver de leurs témoignages, nous avons décidé de solliciter de nouveau l'Ile-de-France. Cette démarche nous a permis de recueillir une soixantaine de réponses supplémentaires (dont cinq d'orthophonistes connaissant le PFIC). Cette relance nous a permis d'améliorer la représentativité de notre population répondante.

4) Structure du questionnaire

Notre questionnaire est divisé en plusieurs parties :

- **Un tronc commun à tous les répondants**, comprenant des renseignements généraux : sexe, l'âge, le mode et le département d'exercice. Ces questions nous permettent de savoir si les orthophonistes qui ont répondu au questionnaire sont représentatifs de la population parente (les orthophonistes français). Le tronc commun comprend également la question « Prenez-vous en charge, ou avez-vous pris en charge des patients traumatisés crâniens ? ». Les sujets sont orientés différemment dans la suite du questionnaire selon leur réponse à cette question. Elle nous permet de séparer en deux notre population de départ : d'une part, les orthophonistes ayant pris en charge ou prenant en charge des patients traumatisés crâniens et d'autre part, les orthophonistes n'ayant jamais pris en charge des patients traumatisés crâniens.

- Pour les orthophonistes prenant en charge des traumatisés crâniens :

*Nous leur demandons s'ils évaluent la pragmatique du langage de leur(s) patient(s) traumatisé(s) crânien(s). Cette question, à nouveau, permet de séparer la population des orthophonistes prenant en charge des traumatisés crâniens en deux : d'une part, les orthophonistes évaluant la pragmatique du langage des TC, et d'autre part, les orthophonistes n'évaluant pas cette composante du langage chez les TC. Notre travail s'intéressant à l'évaluation de la pragmatique du langage des patients TC, le premier groupe nous intéressera particulièrement.

Les orthophonistes qui répondent ne pas évaluer la pragmatique des TC doivent tout de même répondre à la question « Connaissez-vous le PFIC ? ». S'ils répondent de façon affirmative à cette question, nous les interrogeons sur leur utilisation de la grille. En effet, nous postulons que certaines orthophonistes n'évaluant pas la pragmatique du langage des TC peuvent :

- avoir entendu parler du PFIC.
- l'avoir utilisé avec une autre population.
- l'avoir utilisé dans un cadre différent de leur pratique actuelle.

*Nous demandons ensuite aux orthophonistes qui évaluent la pragmatique des TC s'ils connaissent le PFIC. Si non, les sujets sont immédiatement redirigés vers la fin du questionnaire.

*Nous demandons ensuite aux orthophonistes qui connaissent le PFIC s'ils l'utilisent actuellement :

- Si « oui », ils sont redirigés vers un bloc de questions qui les interrogent sur leur utilisation de la grille.

- Si « non », nous leur demandons s'ils l'ont déjà utilisé au cours de leur pratique. Si des orthophonistes répondent « oui » à cette question, ils sont redirigés vers un bloc de questions similaires sur leur utilisation passée de la grille. S'ils répondent « non », ils sont redirigés vers un bloc de questions les interrogeant sur les raisons de leur non-utilisation de la grille.

- Pour les orthophonistes ne prenant pas en charge des traumatisés crâniens :

*Nous leur demandons d'emblée s'ils connaissent le PFIC.

*Le déroulement des questions s'effectue ensuite de la même manière que pour les orthophonistes prenant en charge des TC : utilisation actuelle (avec une autre population), utilisation passée, non-utilisation...

Le questionnaire intégral et l'organigramme illustrant les différents « chemins » possibles sont disponibles en annexes (*Annexe 9*). Nous décrirons chaque question et chaque item dans le chapitre suivant.

5) Types de questions

Dans un questionnaire, trois types de questions peuvent être utilisées : les questions fermées, les questions ouvertes et les questions dites « de cafétéria ».

Dans les questions fermées, les personnes interrogées choisissent entre des réponses proposées. D'après Mucchielli, cité par Mathieu, ces questions sont de type « approbation-désapprobation » ou « évaluation sur une gamme de jugements prévus ». Contrairement aux questions de cafétéria, le répondant ne peut choisir qu'une seule réponse [64].

Dans les questions ouvertes, les sujets sont libres de répondre comme ils le souhaitent.

Dans les questions dites « de cafétéria », les répondants ont le choix entre plusieurs réponses dans une liste de propositions. Ils peuvent cocher plusieurs réponses. D'après Mucchielli, cité par Mathieu⁵¹, les personnes répondant au questionnaire trouveront « tout ce qu'il[s] désire[nt] parmi l'éventail des réponses proposées ». Néanmoins, si on propose cette méthode, il faut que la liste de propositions soit la plus exhaustive possible et ne pas omettre de proposer la réponse « autres ».

Dans notre questionnaire, nous avons inséré ces trois types de questions :

⁵¹ MATHIEU, N. (2011). **Orthophonistes et troubles dyslexiques : quelles places pour les parents ?**, p89.

- ouvertes : permettent aux orthophonistes, s'ils le souhaitent, de compléter les points abordés lors des questions de cafétéria.

- fermées : questions de renseignements signalétiques, questions « filtres » délimitant notre population-cible (prise en charge de TC, évaluation de la pragmatique des TC, connaissance du PFIC) et questions interrogeant les orthophonistes sur la pertinence du PFIC et leur intérêt pour en savoir plus sur cette grille.

- de cafétéria : ces questions sont uniquement posées aux orthophonistes qui connaissent le PFIC. Nous les interrogeons sur la raison de leur non-utilisation, ou de l'arrêt d'utilisation du PFIC (pour les orthophonistes qui ont utilisé le PFIC mais ne l'utilisent plus), sur la population avec laquelle elles utilisent le PFIC et sur les adaptations éventuelles de la procédure qu'elles ont pu réaliser.

Lors de la construction de notre questionnaire, nous avons choisi de privilégier les questions fermées et les questions de cafétéria. Leur avantage est qu'elles sont très rapides à remplir et faciles à traiter statistiquement par la suite.

Nous avons veillé à ne pas proposer de questions trop longues (sauf pour la question sur l'évaluation de la pragmatique, que nous avons volontairement allongée pour contourner le biais de désirabilité sociale) car il est plus difficile de saisir l'idée générale d'une longue question.

6) Construction des items

Nos items sont le plus souvent de nature « dichotomique » : la réponse possible à la question peut se faire uniquement de deux façons. Laveault et Grégoire (2002) disent que ces items présentent un inconvénient dû à la nature tranchée de leur formulation. De plus, ce format d'item jouerait beaucoup sur la désirabilité sociale [58].

Lors de la construction de nos items, nous avons inséré une catégorie « autres » dans la liste de réponses, avec la volonté de laisser aux répondants d'autres possibilités de réponses que nous n'aurions pas imaginées. Selon de Singly, cette catégorie « autres » est surtout intéressante quand le questionnaire est auto-administré [34].

Nous avons également été vigilantes aux mots employés. Ainsi, nous avons essayé d'éviter les questions ambiguës en faisant attention à ce que tous les termes soient compris par l'ensemble des personnes interrogées. De plus, certains mots peuvent provoquer un biais de désirabilité sociale. Nous avons donc veillé à ne pas les utiliser. Par exemple, nous avons formulé la question suivante : « Cela me gêne de *ne pas dire le vrai but de la conversation* au patient », et non pas « Cela me gêne de *mentir* au patient ». Nous avons également évité les adverbes indéfinis, les mots extrêmes et les termes trop généraux.

C] Description du questionnaire en fonction du type de questions

Nous présentons nos questions aux lecteurs en nous inspirant de la classification de Ghiglione (2005), utilisée par Mathieu [64] : questions préalables, questions centrales, questions aux orthophonistes qui utilisent ou ont utilisé le PFIC, questions aux orthophonistes qui n'ont jamais utilisé le PFIC, questions aux orthophonistes qui ne prennent pas en charge des patients TC, questions finales.

Nous présentons une justification de nos questions et des items, en référence à notre partie exploratoire.

1) Questions préalables

Cette catégorie regroupe les renseignements signalétiques (âge, sexe, mode d'exercice, lieu d'exercice). Nous souhaitons, par ces questions, savoir si notre population répondante est représentative de la population parente. Nous souhaitons également connaître le profil des orthophonistes qui connaissent/utilisent le PFIC.

Vous êtes...

- une femme.
- un homme.

Vous vous situez dans la tranche d'âge...

- 20-29 ans.
- 30-39 ans.
- 40-49 ans.
- 50-59 ans.
- 60 ans et plus.

Vous exercez...

- en libéral.
- en institution.
- en exercice mixte.

Dans quel département exercez-vous ?

Merci d'indiquer le numéro de votre département d'exercice.

Nous plaçons également dans cette catégorie la question sur la prise en charge des patients traumatisés crâniens : bien qu'elle soit en lien avec notre problématique, elle ne constitue pas notre question centrale mais nous renseigne sur notre population répondante et nous aide à déterminer notre population-cible. En effet, les orthophonistes qui prennent en charge des patients TC constituent notre population d'étude, le PFIC ayant été construit initialement pour des personnes TC.

Les questions aux orthophonistes qui n'ont jamais pris en charge de TC sont décrites plus loin.

Prenez-vous en charge, ou avez-vous pris en charge, des patients traumatisés crâniens ?

Oui.

Non.

2) Questions centrales

Ces questions font office de « filtres » et nous permettent de délimiter plus précisément notre population-cible, à savoir les orthophonistes qui connaissent le PFIC. Elles permettent également aux orthophonistes non concernés par notre recherche, de terminer plus rapidement le questionnaire sans devoir lire des questions qui ne les concernent pas.

La pragmatique du langage, qui s'intéresse à l'utilisation du langage en contexte, est un domaine souvent touché chez les patients traumatisés crâniens. Cependant beaucoup d'orthophonistes considèrent qu'elle est une composante du langage difficile et longue à évaluer. Lorsque vous recevez un patient traumatisé crânien, procédez-vous à une évaluation de la pragmatique ?

Oui.

Non.

Des recherches ont montré que les questions longues étaient indiquées pour l'évaluation de comportements socialement indésirables. Ici, la longueur de la question a pour but de « déculpabiliser » les orthophonistes qui n'évalueraient pas la pragmatique du langage chez leurs patients TC. Les réponses pourront ainsi être plus valides [2].

Le Profile of Functional Impairment in Communication (PFIC) de Linscott, Knight et Godfrey, adapté en français par Luc Jagot, est une grille d'évaluation de la pragmatique conversationnelle. Connaissez-vous ce test ?

Oui.

Non.

L'utilisation du PFIC, sujet de notre recherche, implique la connaissance de ce test. Nous souhaitons objectiver une éventuelle dissociation entre la connaissance et l'utilisation du PFIC.

Les questions suivantes ne sont adressées qu'aux orthophonistes qui connaissent le PFIC, les autres étant redirigés vers la fin du questionnaire.

Actuellement, utilisez-vous le PFIC en pratique clinique ?

Oui.

Non.

Avez-vous déjà utilisé le PFIC ?

Oui.

Non.

Avec ces questions, nous souhaitons objectiver une éventuelle dissociation entre l'utilisation passée et actuelle du PFIC.

3) Questions aux orthophonistes qui utilisent ou ont utilisé le PFIC

Deux populations sont ici regroupées :

- Population 1 : Les orthophonistes qui ont utilisé le PFIC mais qui ne l'utilisent plus.
- Population 2 : Les orthophonistes qui utilisent le PFIC actuellement dans leur pratique.

a) Population 1 : Les orthophonistes qui ont utilisé le PFIC mais qui ne l'utilisent plus.

La population 1 doit répondre aux questions suivantes :

Si vous exercez à la fois en centre et en libéral, merci de nous préciser dans quel cadre vous utilisez le PFIC.

Précisez si vous l'utilisez pendant votre activité libérale et/ou en institution.

Cette question s'adresse aux orthophonistes exerçant en exercice mixte : nous souhaitons différencier, pour l'analyse de nos résultats, l'exercice libéral de l'exercice salarié.

Vous utilisez le PFIC :

Plusieurs choix sont possibles.

Avec des patients ayant eu un AVC.

Avec des patients ayant une déficience intellectuelle.

Avec des patients traumatisés crâniens.

Autre :

Après une revue de la littérature, nous avons isolé les populations avec lesquelles le PFIC a été testé dans des études scientifiques. Nous avons laissé le champ « Autre » car nous supposons que le PFIC pourrait être adapté pour d'autres populations (exemple : population d'autistes adultes).

Pourquoi n'utilisez-vous plus le PFIC ?

Plusieurs choix sont possibles.

Je manquais de temps pour la passation, la cotation et l'interprétation.

Je ne trouvais pas d'interlocuteur.

Je ne trouvais pas de cotateur.

J'ai rencontré des difficultés administratives et institutionnelles (contact de la curatelle pour le droit à l'image).

Je ne disposais pas d'une caméra.

Je pensais ne pas maîtriser suffisamment la théorie de la pragmatique du langage.

Je manque d'informations sur les modalités d'utilisation du test.

Je n'arrive pas à me procurer le test ou le livret explicatif des items du PFIC.

Un ou plusieurs de mes patients ne désirai(en)t pas être filmé(s).

Cela me gênait de ne pas dire le vrai but de la conversation au patient.

Le PFIC ne me permettait pas d'avoir une idée globale des troubles.

Le PFIC ne me permettait pas de construire des pistes de rééducation.

Cela me dérangeait d'utiliser un test non-étalonné.

J'ai trouvé un outil plus pertinent pour évaluer la pragmatique conversationnelle.

Je ne prends plus en charge des patients avec lesquels le PFIC serait un outil intéressant.

Autre :

Nous souhaitons connaître les raisons de l'arrêt d'utilisation du PFIC dans la pratique clinique orthophonique française.

Nous présentons ici les différents items suivant les quatre catégories de freins que nous avons élaborées précédemment :

- Freins extrinsèques liés à la procédure du PFIC :

- *Conditions temporelles* :

- * « Je manquais de temps pour la passation, la cotation et l'interprétation. »

- *Conditions matérielles* :

- * « Je ne disposais pas d'une caméra. »

- *Conditions liées aux ressources humaines* :

- * « Je ne trouvais pas d'interlocuteur. »

- * « Je ne trouvais pas de cotateur. »

- *Conditions administratives* :

- * « J'ai rencontré des difficultés administratives et institutionnelles (contact de la curatelle pour le droit à l'image, etc...)»

- *Conditions psychologiques* :

- * « Un ou plusieurs de mes patients ne désirai(en)t pas être filmé(s). »

- * « Cela me gênait de ne pas dire au patient le vrai but de la conversation. »

- Freins extrinsèques non-liés à la procédure du PFIC : ce sont les freins liés aux connaissances nécessaires pour utiliser la grille, et les freins liés à la diffusion du PFIC.

- *Condition liée aux connaissances nécessaires pour utiliser la grille* :

- * « Je pensais ne pas maîtriser suffisamment la théorie de la pragmatique du langage. »

- *Conditions liées à la diffusion du PFIC :*

- * « Je manquais d'informations sur les modalités d'utilisation du test. »

- * « Je n'arrivais pas à me procurer le livret explicatif des items du PFIC. »

- Freins intrinsèques au PFIC, liés à la construction même de la grille :

- *« Le PFIC ne me permettait pas d'avoir une idée globale des troubles. »

- *« Le PFIC ne me permettait pas de construire des pistes de rééducation. »

- * « Cela me dérangeait d'utiliser un test non étalonné. »

- Autres freins :

- * « J'ai trouvé un outil plus pertinent pour évaluer la pragmatique conversationnelle. »

- * « Je ne prends plus en charge des patients avec lesquels le PFIC serait un outil intéressant. »

Si vous souhaitez nous en dire plus sur les raisons de votre non-utilisation du PFIC aujourd'hui...

Nous laissons ici aux orthophonistes un champ libre pour qu'ils s'expriment davantage, s'ils le souhaitent, sur les raisons de leur non-utilisation de cet outil actuellement.

Aviez-vous adapté la procédure du PFIC ? Si oui, comment ?

Plusieurs choix sont possibles.

Vous connaissiez déjà le patient avant de coter ses performances conversationnelles.

L'interlocuteur connaissait déjà le patient.

Vous n'avez pas filmé la conversation.

Vous avez utilisé un magnétophone.

Vous avez modifié la consigne de passation initiale.

Vous avez été observateur d'une conversation du patient avec un de ses proches.

Vous avez proposé un thème au patient avant de commencer la conversation.

Vous avez assumé le rôle de cotateur et d'interlocuteur.

Vous cotiez seul(e) ou une seule personne cotait le test.

Vous aviez coté un extrait de conversation de plus de 9 minutes.

Vous avez coté un extrait de conversation de moins de 9 minutes.

Je ne sais pas : je ne connais pas en détail la procédure originale.

Je n'ai pas modifié la procédure.

Autre :

Nous souhaitons savoir si les orthophonistes ont conservé la procédure originale de passation et cotation, ou s'ils y ont apporté des modifications. Nous classons donc ici les items proposés, en fonction des différents freins extrinsèques liés à la procédure relevés auparavant:

- Pas d'adaptation :

* « Je n'ai pas modifié la procédure. »

- Adaptations temporelles :

* « Vous avez coté un extrait de conversation de plus de 9 minutes. »

* « Vous avez coté un extrait de conversation de moins de 9 minutes. »

- Adaptations matérielles :

* « Vous n'avez pas filmé la conversation. »

* « Vous avez utilisé un magnétophone. »

- Adaptations au niveau des ressources humaines :

* « Vous connaissiez déjà le patient avant de coter ses performances conversationnelles. »

* « L'interlocuteur connaissait le patient. »

* « Vous avez assumé le rôle de cotateur et d'interlocuteur. »

* « Vous cotiez seul(e) ou une seule personne cotait le test. »

- Adaptations au niveau du déroulement de la conversation.

* « Vous avez modifié la consigne de passation initiale. »

* « Vous avez proposé un thème au patient avant de commencer la conversation. »

* « Vous avez été observateur d'une conversation du patient avec un de ses proches. »

- Autres :

* « Je ne sais pas : je ne connais pas en détail la procédure originale. »

Si vous souhaitez nous en dire plus sur l'adaptation du PFIC dans votre pratique clinique...

Nous laissons ici un champ libre aux orthophonistes pour qu'ils s'expriment de façon plus détaillée sur les adaptations du PFIC qu'ils ont pu effectuer.

Trouvez-vous que le PFIC est un outil pertinent pour évaluer la pragmatique conversationnelle ?

Oui.

Assez pertinent.

Non.

Cette question permet de connaître l'avis global des orthophonistes sur le contenu de ce test.

Pourriez-vous nous laisser votre adresse e-mail afin que nous puissions vous recontacter brièvement afin de compléter notre étude ?

Comme les orthophonistes qui n'utilisent pas ou plus le PFIC constituent notre population-cible, nous leur demandons leurs coordonnées. Nous souhaitons ainsi recueillir quelques données qualitatives, par l'intermédiaire de questions plus précises, afin de compléter notre recueil de réponses.

Nous avons élargi cette question à tous les orthophonistes qui connaissent le PFIC.

b) Population 2 : Les orthophonistes qui utilisent le PFIC actuellement dans leur pratique.

Nous demandons à la population 2 de répondre aux questions suivantes. Nous ne les commenterons pas toutes car certaines l'ont déjà été précédemment :

Si vous exercez à la fois en centre et en libéral, merci de nous préciser dans quel cadre vous utilisez le PFIC.

Précisez si vous l'utilisez pendant votre activité libérale et/ou en institution.

Vous utilisez le PFIC...

Plusieurs réponses sont possibles.

Avec des patients ayant eu un AVC.

Avec des patients ayant une déficience intellectuelle.

Avec des patients traumatisés crâniens.

Autre :

Quels avantages mettriez-vous en avant pour convaincre un(e) collègue orthophoniste de l'utiliser ?

Merci de citer un ou plusieurs avantages.

Nous laissons ici aux orthophonistes un champ libre pour qu'ils s'expriment sur les avantages du PFIC. Nous souhaitons savoir si les orthophonistes citent des qualités intrinsèques de cet outil.

Avez-vous adapté la procédure du PFIC ? Si oui, comment ?

Plusieurs choix sont possibles.

Vous connaissiez déjà le patient avant de coter ses performances conversationnelles.

L'interlocuteur connaissait déjà le patient.

Vous n'avez pas filmé la conversation.

Vous avez utilisé un magnétophone.

Vous avez modifié la consigne de passation initiale.

Vous avez été observateur d'une conversation du patient avec un de ses proches.

Vous avez proposé un thème au patient avant de commencer la conversation.

Vous avez assumé le rôle de cotateur et d'interlocuteur.

Vous avez coté seul(e) ou une seule personne a coté le test.

Vous avez coté un extrait de conversation de plus de 9 minutes.

Vous avez coté un extrait de conversation de moins de 9 minutes.

Je ne sais pas : je ne connais pas en détail la procédure originale.

Je n'ai pas modifié la procédure.

Autre :

Si vous souhaitez nous en dire plus sur l'adaptation du PFIC dans votre pratique clinique...

Trouvez-vous que le PFIC est un outil pertinent pour évaluer la pragmatique conversationnelle ?

Oui.

Assez pertinent.

Non.

Pourriez-vous nous laisser votre adresse e-mail afin que nous puissions vous recontacter brièvement afin de compléter notre étude ?

4) Questions aux orthophonistes qui n'ont jamais utilisé le PFIC

Nous posons sensiblement les mêmes questions aux orthophonistes qui connaissent le PFIC et qui ne l'ont jamais utilisé, qu'aux orthophonistes qui l'ont déjà utilisé par le passé (à l'exception de la question sur l'adaptation). Nous nous intéressons particulièrement aux raisons de la non-utilisation de cet outil.

Certaines questions ne sont pas commentées car elles l'ont déjà été précédemment.

Pourquoi n'utilisez-vous pas le PFIC ?

Plusieurs choix sont possibles.

Je n'évalue pas la pragmatique du langage

Je manque de temps pour la passation, la cotation et l'interprétation

Je ne trouve pas d'interlocuteur

Je ne trouve pas de cotateur

Je ne dispose pas d'une caméra

Je pense ne pas maîtriser suffisamment la théorie de la pragmatique du langage

Je manque d'informations sur les modalités d'utilisation du test

Je n'arrive pas à me procurer le test ou le livret explicatif des items du PFIC

Un ou plusieurs de mes patients ne désire(nt) pas être filmé(s)

Cela me gêne de ne pas dire au patient le vrai but de la conversation

Cela me dérange d'utiliser un outil non étalonné

J'utilise un autre test pour évaluer la pragmatique conversationnelle

Je ne prends pas en charge de patients avec lesquels le PFIC serait un outil intéressant

Autre

Nous supposons que certains orthophonistes peuvent connaître le PFIC sans évaluer forcément la pragmatique du langage chez leurs patients traumatisés crâniens. C'est pour cela que nous avons ajouté l'item suivant :

* « Je n'évalue pas la pragmatique du langage. »

Trouvez-vous que le PFIC est un outil pertinent pour évaluer la pragmatique conversationnelle ?

Oui.

Assez pertinent.

Non.

Pourriez-vous nous laisser votre adresse e-mail afin que nous puissions vous recontacter brièvement afin de compléter notre étude ?

5) Questions aux orthophonistes qui ne prennent pas en charge des patients TC

Le Profile of Functional Impairment in Communication (PFIC) de Linscott, Knight et Godfrey, adapté en français par Luc Jagot, est une grille d'évaluation de la pragmatique conversationnelle. Connaissez-vous ce test ?

Oui.

Non.

Les orthophonistes qui ne connaissent pas le PFIC sont redirigés vers la fin du questionnaire.

Actuellement, utilisez-vous le PFIC en pratique clinique ?

Oui

Non

Avez-vous déjà utilisé le PFIC ?

Oui

Non

En fonction de leurs réponses, les orthophonistes se voient dirigés vers les questions concernant :

- les orthophonistes qui utilisent le PFIC actuellement (avec une autre population que des TC).
- les orthophonistes qui ont utilisé le PFIC mais ne l'utilisent plus.
- les orthophonistes qui connaissent le PFIC mais ne l'ont jamais utilisé.

6) Questions finales

Tous les orthophonistes voient cette partie à la fin du questionnaire.

Seriez-vous intéressé(e) pour en savoir plus sur le PFIC ?

Cette question nous permettra d'avoir un aperçu de l'intérêt du PFIC auprès des orthophonistes.

Oui.

Non

Cette question nous permet de connaître l'intérêt qu'auraient les orthophonistes à pouvoir se procurer plus facilement le PFIC.

Merci de votre participation. Nous vous communiquons notre adresse mail si vous avez besoin de renseignements concernant notre étude : laureline.saintpe@gmail.com

[Champ libre]

II] Résultats de l'enquête

A] Description de la population répondante

677 orthophonistes français ont répondu à notre questionnaire, ce qui représente 3,2% de la population orthophonique française au 1^{er} janvier 2012, selon les chiffres de la DREES [79].

1) Représentativité de la population répondante

Notre échantillon est représentatif de la population des orthophonistes français au niveau du sexe. Notre échantillon n'est pas représentatif au niveau du mode d'exercice, de l'âge et de la région d'exercice.

- Variable « sexe »

Le pourcentage de féminisation de notre échantillon est très proche de la population des orthophonistes français : neuf orthophonistes sur dix sont des femmes (*Annexe 2 : Tableau 1*).

- Variable « âge »

Les classes d'âge « 20-29 ans » et « 30-39 ans » sont surreprésentées, alors que les trois autres catégories sont légèrement sous-représentées (*Annexe 2 : Tableau 2*).

- Variable « mode d'exercice »

La part des orthophonistes travaillant en libéral et en exercice mixte est un peu plus importante que celle de la population parente (*Annexes 2 : Tableau 3*).

- Variable « région d'exercice »

Pour comparer notre population répondante avec la population orthophonique française, nous nous sommes appuyées sur les données de la DREES du 1^{er} janvier 2012.

La densité des orthophonistes sur le sol français est répartie de façon inégale. A l'aide des statistiques de la DREES, nous avons classé les régions en trois catégories :

- Régions à très faible et faible densité d'orthophonistes (16 à 24 professionnels pour 100 000 habitants) : Auvergne, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Limousin, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Picardie, Poitou-Charentes.
- Régions à densité normale d'orthophonistes (25 à 28 professionnels pour 100 000 habitants) : Alsace, Centre, Corse, Lorraine.
- Régions à fortes et à très fortes densité d'orthophonistes (29 à 43 professionnels pour 100 000 habitants) : Aquitaine, Bretagne, DOM, Ile-de-France, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Rhône-Alpes, PACA, Pays de la Loire.

Nous avons ensuite calculé la densité de réponses à notre enquête par région, c'est-à-dire le nombre de réponses reçues par région rapporté au nombre d'habitants de cette région.

Ainsi, nous pouvons répartir notre population répondante en trois grands groupes :

- Régions où la densité est supérieure à 2 orthophonistes répondants pour 100 000 habitants : Pays de la Loire, Auvergne.
- Régions où la densité est comprise entre 1 et 2 orthophonistes répondants pour 100 000 habitants : Aquitaine, Basse-Normandie, Bretagne, Centre, Haute-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, PACA, DOM.
- Régions où la densité est inférieure à 1 orthophoniste répondant pour 100 000 habitants : Alsace, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Corse, Franche-Comté, Ile-de-France, Languedoc-Roussillon, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Picardie, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes.

Nous avons ensuite comparé ces deux classements : la densité des orthophonistes par régions (statistiques de la DREES) et la densité de réponses à notre enquête par région. Pour que notre population répondante soit représentative, il faut que les régions les plus densément

dotées en orthophonistes soient les mêmes, et le même nombre, que celles où les densités de réponses à notre questionnaire sont les plus élevées. Or, nous pouvons constater que ce n'est pas le cas (*Annexe 2 : Tableau 4 et classements cités plus haut*).

Une analyse plus précise nous permet de constater que les régions Pays de la Loire et Auvergne sont très représentées (respectivement 162 et 29 sur 677), contrairement aux régions Rhône-Alpes, Midi-Pyrénées, Ile-de-France et Languedoc-Roussillon dont nous avons obtenu peu de réponses (respectivement 16, 16, 66,7 sur 677). Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que tous les syndicats régionaux de la FNO n'ont pas envoyé le questionnaire à leurs adhérents, et/ou, ont seulement mis un encart sur leur site internet.

Nous n'avons obtenu aucune réponse de la part des orthophonistes des régions Corse et Limousin. Ces deux régions sont très peu représentées au niveau de l'effectif total de la population orthophonique française, d'après les statistiques de la DREES. Cela ne modifie donc pas de façon considérable nos résultats.

De plus, le document de la DREES ne nous renseigne pas sur le nombre d'orthophonistes travaillant à l'étranger. Nous ne disposons donc pas d'outil de référence pour comparer nos résultats concernant les orthophonistes expatriés. Cet effectif reste relativement faible dans notre enquête (3 orthophonistes).

2) Populations issues des questions filtres

a) La population prenant en charge des TC

Tableau 1 : Part de la prise en charge des patients TC par rapport à la population enquêtée globale.

Prise en charge de patients TC.	Effectif	Pourcentage
Oui	356	52,6%
Non	321	47,4%
Total	677	100,0%

Source : *Enquête 2013*

La moitié des orthophonistes de la population répondante prend en charge des traumatisés crâniens.

- Variable « sexe »

Il n'y a pas de variation au niveau du sexe par rapport à la population répondante (*Annexes 2 : Tableau 1*). Autrement dit, nous retrouvons la même proportion d'hommes et de femmes que dans la population répondante.

En revanche, nous observons des variations au niveau des variables « âge », « mode d'exercice » et « régions d'exercice ».

- Variable « âge »

Tableau 2 : Age des orthophonistes prenant en charge, ou ayant pris en charge des patients TC, par rapport à la population enquêtée totale.

Classe d'âge	Effectif des répondants	Effectif de prise en charge de TC	Pourcentage de prise en charge de TC
20-29 ans	183	80	43,7%
30-39 ans	252	136	54,0%
40-49 ans	124	77	62,1%
50-59 ans	101	53	52,5%
Plus de 60 ans	17	10	58,8%
Total	677	356	52,6%

Source : Enquête 2013

Dans chacune des classes d'âge « 30-39 ans », « 40-49 ans », « 50-59 ans » et « plus de 60 ans », plus de la moitié des orthophonistes prennent ou ont pris en charge des patients TC. Dans la classe d'âge 40-49 ans, ce pourcentage est encore plus élevé (plus de six orthophonistes sur dix). En revanche, les 20-29 ans sont moins de la moitié à avoir déjà travaillé avec ces patients. Ceci peut s'expliquer par le fait que, ceux-ci venant de débiter, ils ont eu moins l'occasion, au cours de leur carrière, de rencontrer ce type de pathologie

- Variable « mode d'exercice »

Tableau 3 : Mode d'exercice des orthophonistes prenant en charge ou ayant pris en charge des patients TC par rapport à la population enquêtée totale.

Mode d'exercice	Effectif des répondants	Effectif de prise en charge des TC	Pourcentage de prise en charge des TC
Libéral et mixte	587	315	53,7%
Centre	90	41	45,6%
Total	677	356	52,6%

Source : Enquête 2013.

Le pourcentage d'orthophonistes prenant en charge des patients TC est plus élevé quand les praticiens exercent en libéral ou en mixte. Cela peut s'expliquer par le fait qu'un orthophoniste en libéral rencontre une diversité de pathologies plus importante qu'un orthophoniste travaillant en centre.

- Variable « région d'exercice »

Enfin, nous pouvons observer que le pourcentage de prise en charge de patients TC est très hétérogène en fonction de la variable « région d'exercice » (*Annexes 2 : Tableau 3*). En effet, il varie entre un quart et la totalité des orthophonistes selon les régions. Cependant, ces résultats sont à nuancer au vu du petit nombre de réponses recueillies dans certaines régions (Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes...).

b) Les orthophonistes évaluant la pragmatique du langage de leurs patients TC

Tableau 4 : Orthophonistes qui évaluent la pragmatique du langage chez les patients TC par rapport aux orthophonistes qui prennent en charge des patients TC.

Evaluation de la pragmatique du langage des TC.	Effectif	Pourcentage
Oui	179	50,3%
Non	177	49,7%
Total	356	100,0%

Source : Enquête 2013.

La moitié des orthophonistes qui ont déjà pris en charge des patients TC, ont procédé à une évaluation de la pragmatique du langage.

- Variable « sexe »

Il n'y a pas de variation du taux de féminisation (*Annexe 2 : Tableau 1*).

En revanche, nous observons des variations au niveau des variables « âge », « mode d'exercice » et « régions d'exercice ».

- Variable « âge »

Tableau 5 : Age des orthophonistes qui évaluent la pragmatique du langage des TC par rapport à la population de l'enquête prenant en charge les TC.

Classe d'âge	Nombre d'orthophonistes prenant en charge des TC	Nombre d'orthophonistes évaluant la pragmatique des TC	Pourcentage d'évaluation
20-29 ans	80	49	61,3%
30-39 ans	136	62	45,6%
40-49 ans	77	37	48,1%
50-59 ans	53	24	45,3%
60 et plus	10	7	70,0%
Total	356	179	50,3%

Source : Enquête 2013.

Les deux tiers des orthophonistes appartenant aux classes d'âge 20-29 ans et plus de 60 ans, évaluent la pragmatique du langage de leur patient TC alors qu'un orthophoniste sur deux l'effectue dans les autres classes d'âge. La pragmatique du langage étant un domaine relativement récent, nous pourrions penser que les orthophonistes les plus jeunes ont davantage tendance à l'évaluer. Mais cette hypothèse est contrebalancée par les réponses des plus de 60 ans.

- Variable « mode d'exercice »

Tableau 6 : Mode d'exercice des orthophonistes qui évaluent la pragmatique du langage des TC par rapport à la population de l'enquête prenant en charge les TC.

Mode d'exercice	Nombre d'orthophonistes qui prennent en charge des TC	Nombre d'orthophonistes qui évaluent la pragmatique du langage	Pourcentage d'évaluation
Libéral et mixte	315	151	47,9%
Institution	41	28	68,3%
Total	356	179	50,3%

Source : Enquête 2013.

Les orthophonistes ayant travaillé en institution auprès de TC évaluent plus souvent la pragmatique du langage de leurs patients traumatisés crâniens. En effet, les deux tiers des orthophonistes exerçant en institution procèdent à cette évaluation, alors que la moitié le fait en libéral et en exercice mixte. Nous pouvons supposer que, lorsqu'un orthophoniste travaille en institution auprès de patients TC, il est davantage spécialisé dans ce type de pathologie qu'un praticien travaillant en libéral. Il examinerait donc systématiquement toutes les composantes du langage susceptibles d'être affectées après un traumatisme crânien.

- Variable « région d'exercice »

Des variations s'observent également entre les régions. Ainsi, dans certaines régions, tous les orthophonistes qui prennent en charge des TC procèdent à une évaluation de la

pragmatique du langage, alors que dans d'autre, un orthophoniste sur trois l'effectue. Cependant, il faut relativiser ces résultats, au vu du petit nombre de réponses récolté dans certaines régions.

3) Les orthophonistes qui connaissent le PFIC

Tableau 7 : Connaissance du PFIC de la population enquêtée.

Connaissance du PFIC	Effectif	Pourcentage
Oui	21	3,1%
Non	656	96,9%
Total	677	100,0%

Source : Enquête 2013.

Dans notre échantillon, peu d'orthophonistes (21) connaissent le PFIC (3,1%).

a) Description des orthophonistes qui connaissent le PFIC

- Variable « sexe »

Les orthophonistes qui connaissent le PFIC sont toutes des femmes (*Annexe 2 : Tableau 1*).

- Variable « âge »

Les orthophonistes appartenant à la classe d'âge la plus jeune sont celles qui connaissent le plus le PFIC (*Annexe 2 : Tableau 2*).

- Variable « mode d'exercice »

Tableau 8 : Mode d'exercice des orthophonistes qui connaissent le PFIC.

Mode d'exercice	Effectif
Libéral	6
Institution	12
Mixte	3
Total	21

Source : Enquête 2013.

En France, d'après les statistiques de la DREES, les trois quarts des orthophonistes travaillent en exercice libéral. Or, d'après notre enquête, les orthophonistes qui connaissent le PFIC exercent majoritairement en institution. Le PFIC est donc davantage connu par les professionnels ayant un exercice institutionnel.

- Variable « région d'exercice »

Tableau 9 : Régions d'exercice des orthophonistes qui connaissent le PFIC.

Régions d'exercice	Effectif
Pays de la Loire	9
Ile-de-France	6
Bretagne	1
Centre	1
Aquitaine	1
Lorraine	1
Nord-Pas-de-Calais	1
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1
Total	21

Source : Enquête 2013.

Sur les 21 orthophonistes qui connaissent le PFIC, 9 exercent dans la région Pays de la Loire, et 6 en Ile-de-France. Cela peut s'expliquer par le fait que les lieux d'adaptation du PFIC en Français se situent dans ces régions. En effet, le PFIC a été adapté grâce à une

collaboration entre les hôpitaux de Garches (Ile-de-France), La Turballe (Pays de la Loire) et Aunay-sur-Odon (Basse-Normandie). Cependant, dans notre étude, aucune des orthophonistes de Basse-Normandie ayant répondu ne connaît le PFIC. Les 6 autres orthophonistes qui connaissent le PFIC sont réparties dans six régions différentes.

b) Différentes populations d'orthophonistes connaissent le PFIC

- Les orthophonistes qui ne prennent pas en charge des patients TC :

Sur 321 orthophonistes qui n'ont jamais pris en charge de patients TC, 2 connaissent le PFIC (0,6%).

- Les orthophonistes qui prennent en charge des TC :

Sur 356 orthophonistes qui ont déjà pris en charge des patients TC, 19 connaissent le PFIC.

Nous avons demandé ensuite aux orthophonistes qui prennent en charge des patients TC s'ils évaluaient la pragmatique du langage de ceux-ci. Ainsi, nous observons :

- Les orthophonistes qui n'évaluent pas la pragmatique du langage de leurs patients TC :

Aucun orthophoniste ne connaît le PFIC lorsqu'il n'évalue pas la pragmatique du langage des patients TC reçus.

- Les orthophonistes qui évaluent la pragmatique du langage de leurs patients TC :

1 orthophoniste sur 10 connaît le PFIC quand il évalue la pragmatique du langage des patients TC. Ainsi, sur les 179 orthophonistes qui évaluent la pragmatique du langage de leurs patients TC, 10 connaissent le PFIC.

Ainsi, dans notre échantillon, en considérant uniquement les orthophonistes qui prennent en charge des patients TC, seuls ceux qui évaluent la pragmatique du langage connaissent le PFIC, et à hauteur de 1 pour 10.

4) Utilisation du PFIC

Nous questionnons tous les orthophonistes qui connaissent le PFIC, sur leur utilisation actuelle ou passée de cet outil en pratique clinique.

Les orthophonistes qui connaissent le PFIC sont peu nombreuses à l'utiliser actuellement en pratique clinique. En effet, sur les 21 orthophonistes qui connaissent le PFIC, trois l'utilisent actuellement.

Dans notre population, nous pouvons différencier quatre groupes :

a) Les orthophonistes qui n'ont jamais pris en charge de patients TC et qui n'utilisent pas le PFIC (B20)

Deux orthophonistes font partie de ce groupe. Elles ont toutes deux entre 20 et 29 ans. L'une exerce en libéral, et l'autre en centre. L'une exerce en Pays de la Loire, et l'autre en Lorraine.

Les trois autres groupes correspondent aux 19 orthophonistes qui évaluent la pragmatique du langage de leurs patients TC :

b) Les orthophonistes qui n'ont jamais utilisé le PFIC (B8)

9 orthophonistes sur 19 font partie de ce groupe. 4 orthophonistes ont entre 20 et 29 ans, 3 sont dans la tranche d'âge 30-39 ans et 2 se situent entre 40 et 49 ans. 5 travaillent en institution, 3 en libéral, et 1 seule en exercice mixte. 3 orthophonistes exercent en Ile-de-France, et 3 autres en Pays de la Loire. Les 3 dernières exercent en région Centre, PACA et Aquitaine.

c) Les orthophonistes qui utilisent le PFIC actuellement (B7)

3 orthophonistes sur 19 appartiennent à ce groupe. 2 ont entre 40 et 49 ans, et la dernière a entre 30 et 39 ans. 1 orthophoniste travaille en libéral, l'une en institution et l'autre en exercice mixte. Deux d'entre elles exercent en Pays de la Loire, et la troisième en Ile-de-France. Les 3 orthophonistes qui utilisent le PFIC actuellement exercent donc dans les régions d'adaptation du PFIC.

d) Les orthophonistes qui n'utilisent plus actuellement le PFIC, mais l'utilisaient par le passé (B6)

7 orthophonistes sur 19 répondent à ces critères. 3 orthophonistes ont entre 40 et 49 ans, deux ont entre 20 et 29 ans, une a entre 30 et 39 ans, et une autre a entre 50 et 59 ans. 4 travaillent en institution et 3 travaillent en exercice mixte. 3 orthophonistes de ce groupe exercent dans la région Pays de la Loire et 2 travaillent en Ile-de-France. Une d'entre elle exerce dans le Nord-Pas-de-Calais et l'autre en Bretagne.

B] Le PFIC

Dans cette partie, nous nous intéressons aux freins et aux modifications de la procédure que les 21 orthophonistes qui connaissent le PFIC ont signalés.

1) Freins à l'utilisation du PFIC

Nous avons demandé aux orthophonistes qui n'utilisent pas ou plus le PFIC (B8 et B6), les raisons de la non-utilisation de cet outil.

Nous présenterons d'abord les résultats des orthophonistes qui ne prennent pas en charge de patients TC.

Puis nous présenterons les résultats des orthophonistes qui prennent en charge des TC (et évaluent leurs compétences en pragmatique conversationnelle). Dans un premier temps

nous les présenterons en confondant les orthophonistes qui n'ont jamais utilisé le PFIC et celles qui ne l'utilisent plus. Puis nous distinguerons ces deux populations.

a) Les 2 orthophonistes qui ne prennent pas en charge des patients TC et qui n'ont jamais utilisé le PFIC (B20)

Les deux orthophonistes de ce groupe répondent qu'elles n'utilisent pas le PFIC car elles ne prennent pas en charge de patients avec lesquels cet outil serait intéressant.

b) Les 16 orthophonistes qui n'utilisent pas ou plus le PFIC (B6 et B8)

Ce tableau présente les réponses des 16 orthophonistes appartenant à ce groupe.

Tableau 10 : Freins cochés par les orthophonistes qui n'ont jamais utilisé le PFIC, ou qui l'ont utilisé par le passé mais ne l'utilisent plus actuellement.

Catégorie des freins	Description des freins	Nombre de fois où les freins sont cités		
		Orthophonistes qui n'ont jamais utilisé le PFIC	Orthophonistes qui ont arrêté d'utiliser le PFIC	Regroupement des deux populations
Extrinsèques liés à la procédure	- Je manque de temps pour la passation, la cotation et l'interprétation du test.	- 2	- 5	- 7
	- Je ne trouve pas d'interlocuteur.	- 1	- 2	- 3
	- Je ne trouve pas de cotateur.	- 1	- 1	- 2
	- Je ne dispose pas d'une caméra.	- 1	- 3	- 4
	- Un ou plusieurs de mes patients ne désire(nt) pas être filmé(s).	- 0	- 0	- 0
	- Cela me gêne de ne pas dire au patient le vrai but de la	- 0	- 0	- 0

	<p>conversation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - J'ai rencontré des difficultés administratives et institutionnelles (contact de la curatelle pour le droit à l'image, etc..) 	- 0	- 1	- 1
Nombre total de freins cités		5	12	17
Nombre total d'orthophonistes ayant cité ces freins		3	6	9
Extrinsèques non liés à la procédure	- Je manque d'informations sur les modalités d'utilisation du test.	- 5	- 1	- 6
	- Je n'arrive pas à me procurer le test ou le livret explicatif des items du PFIC.	- 2	- 0	- 2
	- Je pense ne pas maîtriser suffisamment la théorie de la pragmatique du langage.	- 0	- 0	- 0
Nombre total de freins cités		7	1	8
Nombre total d'orthophonistes ayant cité ces freins		5	1	6
Intrinsèques	- Cela me dérange d'utiliser un outil non étalonné.	- 0	- 1	- 1
	- Le PFIC ne me permet pas d'avoir une idée globale des troubles.	- Item non proposé	- 1	- 1
	- Le PFIC ne me permet pas de construire des pistes de rééducation.	- Item non proposé	- 1	- 1

Nombre total de freins cités		0	3	3
Nombre total d'orthophonistes ayant cité ces freins		0	1	1
Autres	- J'utilise un autre outil pour évaluer la pragmatique conversationnelle.	- 5	- 1	- 6
	- Je ne prends plus en charge de patients avec lesquels le PFIC serait un outil intéressant.	- 1	- 0	- 1
	- Je n'évalue pas la pragmatique du langage.	- 0	- 0	- 1
	- Autre :	- 1	- 0	- 1
Nombre total de freins cités		7	1	8
Nombre total d'orthophonistes ayant cité ces freins		7	1	8
TOTAL d'orthophonistes dans chaque population		9	7	16

Source : Enquête 2013.

Nous n'explicitons pas ici le détail des freins répondus. Dans l'interprétation des résultats, nous préciserons les réponses exactes.

Les entraves à l'utilisation de ce test qui ont été cochés, sont majoritairement liées à la procédure de passation (17). En deuxième lieu, les orthophonistes de ce groupe citent des freins extrinsèques non liés à la procédure (8), et des freins classés « autres » (8).

Nous avons laissé aux orthophonistes la possibilité d'ajouter des commentaires pour expliquer ce qui les incite à ne pas ou plus utiliser le PFIC. Les orthophonistes relèvent d'abord des difficultés liées à la procédure originale du test.

Cinq orthophonistes ayant répondu à cette question, la trouvent généralement trop complexe :

- « J'ai coché les propositions 2 (interlocuteur), 4 (difficultés administratives), et 5 (caméra), bien que dans mon institution je pourrais satisfaire ces points, mais je dois avouer que cela demande toute une mise en œuvre qui fait que le PFIC n'est pas encore passé dans mon exercice professionnel. »
- « Le PFIC est impraticable en libéral : recruter un interlocuteur, filmer, visionner le film... »
- « Je ne l'utiliserai jamais en libéral car la procédure est trop complexe. »

Elles trouvent principalement que l'utilisation de cette grille demande trop de temps :

- « il est impossible d'utiliser le PFIC tel quel. Dans ma pratique clinique, ça prend beaucoup trop de temps »
- « L'observation d'une interaction avec quelqu'un d'inconnu est très intéressante mais nécessite une organisation très chronophage. »

Ensuite, deux orthophonistes mentionnent quelques limites concernant le contenu de la grille-même : « ce test est trop fastidieux et ne permet qu'une analyse qualitative que l'on peut faire également à partir des observations cliniques moins dirigées et donc plus écologiques ».

Une orthophoniste juge que le PFIC est même inutile pour l'évaluation et la rééducation : « Je l'ai laissé tomber, et mes collègues aussi : ne sert pas la prise en charge, ni évaluative ni rééducative ».

Enfin, deux orthophonistes mentionnent d'autres types de freins, comme l'utilisation d'un autre outil d'évaluation de la pragmatique conversationnelle : « Si besoin d'investigation complémentaires, je fais parfois passer quelques épreuves de la MEC ». Le fait de ne plus avoir de patients TC est aussi cité : « Je n'ai plus d'adultes TC ».

Nous séparons maintenant ce groupe de 16 orthophonistes en deux groupes en fonction de leur utilisation actuelle ou non du PFIC. Cela nous permet de voir s'il existe des différences entre les deux groupes (B6 et B8).

c) Les 7 orthophonistes qui n'utilisent plus le PFIC actuellement mais l'ont utilisé par le passé (B6)

Les freins extrinsèques liés à la procédure sont les plus fréquemment cités par les 7 orthophonistes qui ont déjà utilisé le PFIC, mais qui ne le font plus actuellement (12). Les conditions intrinsèques sont le deuxième type de freins les plus cités (3) (Tableau 10).

d) Les 9 orthophonistes qui n'ont jamais utilisé le PFIC (B8)

Les freins extrinsèques non liés à la procédure (7), ainsi que les freins classés « autres » (7), sont les plus fréquemment cités par les 9 orthophonistes prenant en charge des TC qui n'ont jamais utilisé le PFIC (Tableau 10).

2) Adaptations de la procédure

Ces adaptations de la procédure concernent les orthophonistes qui utilisent ou ont utilisé le PFIC (B7 et B6). Ces orthophonistes regroupées sont au nombre de 10.

Nous présenterons les résultats de ces 10 orthophonistes. Dans un premier temps nous les présenterons en confondant les orthophonistes qui utilisent actuellement le PFIC et celles qui ont utilisé cet outil par le passé. Puis nous distinguerons ces deux populations.

Voici le tableau présentant les adaptations retenues par ces orthophonistes.

Tableau 11: Adaptations cochées par les orthophonistes qui utilisent actuellement le PFIC et celles qui l'ont déjà utilisé

Catégorie d'adaptation	Description de l'adaptation	Nombre de fois où l'adaptation est citée		
		Orthophonistes qui utilisent actuellement le PFIC	Orthophonistes qui ont utilisé le PFIC par le passé	Regroupement des deux populations
Pas d'adaptation	- Je n'ai pas modifié la procédure	- 1	- 1	- 2
Nombre total d'adaptations citées		1	1	2
Nombre total d'orthophonistes ayant cité cette adaptation		1	1	2
Adaptation matérielle	- Vous n'avez pas filmé la conversation	- 2	- 1	- 3
	- Vous avez utilisé un magnétophone	- 1	- 0	- 1
Nombre total d'adaptations citées		3	1	4
Nombre total d'orthophonistes ayant cité cette adaptation		2	1	3
Adaptation des ressources humaines	- Vous connaissiez déjà le patient avant de coter ses performances conversationnelles	- 2	- 4	- 6
	- L'interlocuteur connaissait le patient	- 0	- 0	- 0
	- Vous avez assumé le rôle de cotateur et d'interlocuteur	- 2	- 3	- 5
	- Vous cotiez seul(e) ou une seule personne cotait le test	- 2	- 1	- 3
Nombre total d'adaptations citées		6	8	14
Nombre total d'orthophonistes ayant cité cette adaptation		2	5	7
Adaptation du déroulement de la conversation	- Vous avez modifié la consigne de passation initiale	- 0	- 2	- 2
	- Vous avez été observateur d'une conversation du patient avec un de ses proches	- 1	- 1	- 2
	- Vous avez proposé	- 1	- 0	- 1

	un thème au patient avant de commencer la conversation.			
Nombre total d'adaptations citées		2	3	5
Nombre total d'orthophonistes ayant cité cette adaptation		1	3	4
Adaptation temporelle	- Vous avez coté un extrait de conversation de plus de 9 minutes.	- 0	- 0	- 0
	- Vous avez coté un extrait de conversation de moins de 9 minutes	- 1	- 0	- 1
Nombre total d'adaptations citées		1	0	1
Nombre total d'orthophonistes ayant cité cette adaptation		1	0	1
Autres	- Je ne sais pas : je ne connais pas en détail la procédure originale.	- 0	- 1	- 1
	- Autre :	- 0	- 0	- 0
Nombre total d'adaptations citées		0	1	1
Nombre total d'orthophonistes ayant cité cette adaptation		0	1	1
Nombre total d'orthophonistes dans chaque population		3	7	10

Source : Enquête 2013

a) Les 10 orthophonistes qui utilisent actuellement le PFIC ou l'ont utilisé par le passé (B6 et B7)

Nous n'explicitons pas ici le détail des adaptations répondues : nous analyserons plus précisément les réponses des orthophonistes au regard de nos objectifs dans la partie « interprétation des résultats ».

8 orthophonistes sur 10 ont adapté la procédure de passation du PFIC.

Les adaptations de la procédure du PFIC concernent principalement les ressources humaines (14).

Nous avons laissé aux orthophonistes la possibilité d'ajouter des commentaires pour nous expliquer l'adaptation qu'elle faisait du PFIC. Une seule orthophoniste nous a expliqué qu'elle modifiait la forme et le contenu de la grille du PFIC. En effet, elle utilise un questionnaire inspiré du PFIC (« Utilisation pas systématique et surtout sous le biais d'un questionnaire élaboré d'après le PFIC »).

b) Les 3 orthophonistes qui utilisent actuellement le PFIC (B7)

Sur les 3 orthophonistes qui utilisent le PFIC actuellement, 2 modifient sa procédure. Les principales adaptations concernent les ressources humaines (6) (Tableau 11).

c) Les 7 orthophonistes qui n'utilisent plus le PFIC actuellement, mais qui l'ont déjà utilisé (B6)

Sur les 7 orthophonistes qui ont utilisé le PFIC mais ne l'utilisent plus actuellement, 6 avaient modifié sa procédure originale. Les adaptations se portent principalement sur les ressources humaines (8) (Tableau 11).

3) Avantages du PFIC cités par les orthophonistes

Nous demandions aux orthophonistes qui utilisent le PFIC actuellement (B7), de citer un ou plusieurs avantages de cet outil. Les 3 orthophonistes appartenant à ce groupe citent ses qualités intrinsèques :

- « Il permet d'observer et analyser les compétences conversationnelles du patient : ses difficultés et ses ressources ».
- « Le fait qu'il soit un des rares instruments valable pour tester la pragmatique ».
- « Les dix rubriques sont très intéressantes et permettent de passer en revue tous les points indispensables dans la communication. Cela permet une rigueur que l'observation clinique ne remplace pas malgré l'habitude ».

4) Pathologies testées par le PFIC

Tableau 12 : Types de pathologies pour lesquelles le PFIC a été proposé par les orthophonistes ayant déjà utilisé le PFIC.

Type de pathologie	Nombre de fois où elle est citée
TC	10
AVC	6
Tumeur cérébrale	1

Source : Enquête 2013.

Toutes les orthophonistes qui ont déjà utilisé le PFIC l'ont fait passer auprès de patients TC. Les orthophonistes utilisent ou utilisaient aussi le PFIC auprès de deux autres populations.

Nous n'explicitons pas les résultats en distinguant les orthophonistes qui utilisent le PFIC actuellement et celles qui ne l'utilisent plus aujourd'hui, car aucune différence n'est apparue entre ces deux populations au niveau du type de pathologies testées.

5) Lieux d'utilisation du PFIC

Tableau 13 : Lieux d'utilisation du PFIC pour les orthophonistes qui ont déjà utilisé ou utilisent actuellement le PFIC.

Lieu d'utilisation du PFIC	Effectif
Hôpital	6
Libéral	3
Dans le cadre d'un mémoire	1
Total	10

Source : Enquête 2013.

Les 10 orthophonistes de notre échantillon qui ont déjà utilisé le PFIC, ou qui l'utilisent actuellement l'ont fait majoritairement dans un cadre hospitalier.

Nous n'explicitons pas les résultats en distinguant les orthophonistes qui utilisent le PFIC actuellement et celles qui ne l'utilisent plus aujourd'hui, car aucune différence n'est apparue entre ces deux populations au niveau des lieux d'utilisation du PFIC.

6) Pertinence du PFIC

Nous demandons aux 21 orthophonistes qui connaissent le PFIC, si elles jugeaient que la grille du PFIC était pertinente.

Tableau 14 : Jugement de la pertinence du PFIC par les orthophonistes qui connaissent le PFIC.

Pertinence du PFIC	Effectif
Oui	9
Assez pertinent	11
Non	1
Total	21

Source : Enquête 2013.

La majorité des orthophonistes considèrent le PFIC comme un outil pertinent ou assez pertinent.

7) Intérêt des orthophonistes pour le PFIC

a) Population répondante totale

Tableau 15 : Intérêt pour en savoir plus sur le PFIC de la population enquêtée

Intérêt pour en savoir plus sur le PFIC	Effectif	Pourcentage
Oui	636	93,9%
Non	41	6,1%
Total	677	100,0%

Source : Enquête 2013

Lorsque l'on prend en compte la population enquêtée totale, plus de 9 orthophonistes sur 10 émettent le souhait d'en savoir plus sur le PFIC.

b) En fonction de la prise en charge des TC

Tableau 16 : Intérêt pour en savoir plus sur le PFIC des orthophonistes prenant en charge ou ayant pris en charge des patients TC par rapport à la population enquêtée.

Réponse	Effectif des orthophonistes prenant en charge des TC	Pourcentage des orthophonistes prenant en charge des TC.	Pourcentage dans la population enquêtée
Oui	341	95,8%	93,9%
Non	15	4,2%	6,1%
Total	356	100,0%	100,0%

Source : Enquête 2013.

Lorsque l'on considère les orthophonistes qui ont déjà pris en charge des patients TC au cours de leur carrière, le pourcentage d'intérêt pour le PFIC n'est pas significativement différent de celui de la population générale.

c) En fonction de l'évaluation de la pragmatique du langage

Tableau 17 : Intérêt pour le PFIC des orthophonistes évaluant la pragmatique du langage des et ceux n'évaluant pas la pragmatique du langage des patients TC.

Réponses	Pourcentage d'orthophonistes évaluant la pragmatique du langage de leurs patients TC	Pourcentage d'orthophonistes n'évaluant pas la pragmatique du langage de leurs patients TC
Oui	96,0%	95,5%
Non	4,0%	4,5%
Total	100,0%	100,0%

Source : Enquête2013.

Dans l'ensemble des orthophonistes prenant en charge des TC, l'intérêt pour le PFIC est le même chez les orthophonistes qui évaluent et ceux qui n'évaluent pas la pragmatique du langage des TC.

C] Interprétation des résultats

Rappelons ici que 21 orthophonistes connaissent le PFIC mais que seules 19 d'entre elles ont déjà pris en charge des patients TC. Nous intéressant à l'évaluation de la pragmatique du langage des TC, nous ne prendrons en compte ici que ces 19 orthophonistes.

1) Rappel de l'objectif général

L'objectif de notre étude consistait à montrer que l'utilisation du PFIC comme outil d'évaluation de la pragmatique conversationnelle auprès de patients traumatisés crâniens est limitée par des freins extrinsèques liés à la procédure (conditions temporelles, matérielles, humaines, administratives, psychologiques) et des freins extrinsèques non liés à la procédure (diffusion, documentation, familiarité avec la pragmatique du langage).

Nous présentons ici nos résultats en fonction de nos sous-objectifs, pour voir si ceux-ci sont atteints. Les sous-objectifs 1 (la sous-utilisation du PFIC) et 4 (les avis sur la pertinence

du PFIC), permettront de vérifier nos deux postulats de départ : le PFIC est un outil jugé utile pour évaluer la pragmatique conversationnelle, mais il est peu utilisé en pratique clinique. Les sous-objectifs 2 (la diffusion du PFIC), 3 (la méconnaissance du PFIC), et 5 (la familiarité des orthophonistes avec la pragmatique du langage), permettront d'observer si l'utilisation du PFIC est limitée par des freins extrinsèques non liés à la procédure. Les sous-objectifs 6 (les freins extrinsèques à l'utilisation du PFIC) et 7 (les adaptations de la procédure du PFIC), permettront d'observer si l'utilisation du PFIC est limitée par des facteurs extrinsèques liés à sa procédure.

A la fin de cette partie, nous présenterons les conclusions de notre objectif général.

2) Réponses aux sous-objectifs

1) La sous-utilisation du PFIC :

Le PFIC est une grille peu utilisée en pratique orthophonique auprès des patients traumatisés crâniens.

Avant de chercher les raisons de la non-utilisation du PFIC, il nous est apparu indispensable de vérifier l'intuition sur laquelle repose notre problématique, c'est-à-dire le fait que le PFIC soit très peu utilisé en pratique clinique.

Sur 677 orthophonistes ayant répondu à notre questionnaire, 10 ont déjà utilisé le PFIC au cours de leur carrière (1.5% des répondants). Parmi ces 10 orthophonistes, 3 l'utilisent actuellement dans leur pratique (0.4% des répondants).

Nous n'avons pas trouvé de référence relative à la fréquence d'utilisation d'un outil d'évaluation en orthophonie. Nous avons cependant obtenu une estimation des ventes d'un protocole d'évaluation très connu en orthophonie : le Montréal Toulouse 86. Environ 5000 exemplaires de cette batterie ont été vendus en France depuis l'année 2000.

Cette donnée chiffrée donne un ordre d'idée du nombre d'orthophonistes susceptibles d'utiliser un outil d'évaluation connu en orthophonie. Le décalage avec le nombre

d'orthophonistes déclarant utiliser le PFIC actuellement (3), argumente en faveur de notre premier sous-objectif : le PFIC est un outil très peu utilisé dans la pratique clinique orthophonique.

2) La diffusion du PFIC :

Le PFIC est une grille d'évaluation de la pragmatique conversationnelle peu connue des orthophonistes.

Afin de vérifier ce postulat, nous présumons que le nombre d'orthophonistes qui connaissent le PFIC serait significativement inférieur au nombre d'orthophonistes qui ne le connaissent pas.

Parmi notre population répondante, 97% d'orthophonistes ne connaissent pas le PFIC. Ce postulat s'avère donc exact : le PFIC est une grille d'évaluation peu connue en pratique orthophonique.

3) La méconnaissance du PFIC :

Les modalités d'utilisation du PFIC ne sont connues que partiellement par les orthophonistes qui le connaissent.

- Les orthophonistes qui connaissent le PFIC mais ne l'ont jamais utilisé (B8) :

Afin de répondre à ce sous-objectif, nous nous sommes tout d'abord intéressées aux 9 orthophonistes qui n'ont jamais utilisé le PFIC. Nous postulons que les raisons choisies par cette population serait une méconnaissance de la grille, avec en amont une difficulté à se la procurer. Nous nous attendions donc à ce qu'elles cochent majoritairement les items relatifs à la méconnaissance du test et à sa diffusion (« Je manque d'informations sur les modalités d'utilisation du test » et « Je n'arrive pas à me procurer le test ou le livret explicatif des items du PFIC »).

Les items suivants sont les plus cités :

- Je manque d'informations sur les modalités d'utilisation du test. (5 fois)
- J'utilise un autre test pour évaluer la pragmatique conversationnelle. (5 fois)

L'item suivant n'est cité que 2 fois :

- Je n'arrive pas à me procurer le test ou le livret explicatif des items du PFIC.

Notre hypothèse selon laquelle les deux freins les plus cités seraient « Je n'arrive pas à me procurer le test ou le livret explicatif des items du PFIC » et « Je manque d'informations sur les modalités d'utilisation du test. » n'est donc que partiellement vérifiée pour cette population, puisque seul le deuxième fait partie des freins les plus cités parmi les orthophonistes qui n'utilisent pas le PFIC.

En revanche, nous ne nous attendions pas à ce que l'item concernant l'utilisation d'un autre test pour évaluer la pragmatique conversationnelle soit autant cité par les orthophonistes.

- Les orthophonistes qui utilisent actuellement le PFIC, ou l'ont déjà utilisé par le passé (B7 et B6) :

Nous avons relevé le nombre de fois où ces 10 orthophonistes ont coché l'item « Je ne sais pas : je ne connais pas en détail la procédure originale » à la question « Avez-vous modifié la procédure du PFIC ? », afin de savoir si la procédure originale du PFIC n'était connue que partiellement chez les orthophonistes qui utilisent cet outil.

Cet item n'est cité qu'une fois.

Nous pouvons donc penser que ces orthophonistes connaissent bien les modalités de passation du PFIC.

A partir de ces différentes données, nous avançons donc que :

1) les orthophonistes qui connaissent le PFIC mais ne l'utilisent pas :

- manquent d'informations sur ses modalités d'utilisation, ce qui ne les incite pas à utiliser ce test. Nous pouvons supposer également que cette limite les amène à utiliser un autre outil pour évaluer la pragmatique conversationnelle chez les TC.

- sont parvenues majoritairement à se procurer le test et le livret explicatif des items.

Nous nous heurtons donc à un paradoxe. Ces orthophonistes déclarent qu'elles manquent d'informations sur les modalités d'utilisation du test alors qu'elles ne relèvent pas des difficultés à se procurer le test et le livret explicatif. Bien que possédant la grille et son livret certaines orthophonistes estiment manquer d'informations concernant l'utilisation du PFIC.

2) les orthophonistes qui utilisent ou ont utilisé le PFIC :

- connaissent la procédure du PFIC

Notre troisième objectif se trouve donc partiellement vérifié par ces affirmations. En effet, il est partiellement vérifié pour les orthophonistes qui n'utilisent pas le PFIC, mais il ne l'est pas pour les orthophonistes qui l'utilisent. Ces dernières semblent bien connaître la procédure de cet outil.

4) Les avis sur la pertinence du PFIC :

Le PFIC est considéré par les orthophonistes françaises, comme un outil pertinent pour l'évaluation de la pragmatique conversationnelle des patients traumatisés crâniens.

Ce sous-objectif permet de vérifier ou d'infirmer le postulat de départ, c'est-à-dire que le PFIC est un outil utile pour l'évaluation de la pragmatique conversationnelle.

Pour vérifier cet objectif, nous présumons que :

- Le nombre d'orthophonistes qui connaissent le PFIC et qui répondraient « pertinent » ou « assez pertinent » serait supérieur au nombre d'orthophonistes qui répondront « Non » à la question : « Trouvez-vous que le PFIC est un outil pertinent pour évaluer la pragmatique conversationnelle ? ».

Sur les 19 orthophonistes, 9 jugent le PFIC « pertinent » et 9 « assez pertinent ». Une seule orthophoniste ne le trouve pas pertinent.

Notre postulat est donc vérifié par ce résultat.

- Les orthophonistes qui utilisent le PFIC (B7) mettraient en avant sa pertinence en citant des avantages liés à son contenu, à la question « Quels avantages mettriez-vous en avant pour convaincre un (e) collègue orthophoniste de l'utiliser ? ».

Les trois orthophonistes qui utilisent actuellement le PFIC mettent en avant les qualités intrinsèques du PFIC. Parmi les avantages énoncés, l'intérêt des rubriques (une orthophoniste) et du principe d'observation d'une interaction (une orthophoniste) sont cités. La validité de cet outil est également soulignée, ainsi que son intérêt clinique et pratique (une orthophoniste).

Nous pouvons donc conclure que le PFIC est un outil jugé majoritairement pertinent par les orthophonistes qui le connaissent.

5) La familiarité des orthophonistes avec la pragmatique du langage :

Le PFIC n'est pas un outil utilisé par les orthophonistes car ceux-ci se sentent encore peu familiarisés avec ce domaine relativement récent qu'est la pragmatique du langage.

Nous nous attendions à ce que l'item « Je pensais ne pas maîtriser suffisamment la théorie de la pragmatique du langage » soit cité plusieurs fois par les orthophonistes qui connaissent le PFIC mais ne l'utilisent pas (B8).

Or, ces orthophonistes ne citent jamais cet item pour expliquer la non-utilisation de cet outil. Notre postulat n'est pas exact. Manifestement, le fait de ne pas utiliser le PFIC n'est pas dû à un manque de connaissances théoriques sur la pragmatique du langage.

Nous nous attendions à ce que le nombre d'orthophonistes évaluant la pragmatique du langage des TC soit significativement inférieur au nombre d'orthophonistes n'évaluant pas la pragmatique du langage chez ces patients. Rappelons que nous prenons la fréquence d'évaluation des troubles de la pragmatique du langage comme indice de la familiarité des orthophonistes avec cette spécialité.

Dans notre échantillon, la moitié des orthophonistes évaluent la pragmatique du langage de leurs patients TC.

Ce postulat concernant l'évaluation de la pragmatique du langage n'est donc pas vérifié. Cependant, nous pouvons remarquer que l'évaluation de la pragmatique du langage chez les TC n'est pas systématique en pratique clinique orthophonique.

- Nous postulons que les tranches d'âge les plus représentées chez les orthophonistes qui connaissent le PFIC seraient celles des 20-29 ans et des 30-39 ans. En effet, la pragmatique du langage est une notion qui s'est fortement développée depuis une vingtaine d'années. Elle n'est présente dans la formation initiale des orthophonistes que depuis peu d'années.

Sur les 19 orthophonistes qui connaissent le PFIC, 6 orthophonistes ont entre 20-29 ans ; 5 orthophonistes ont entre 30-39 ans ; 7 orthophonistes ont entre 40 et 49 ans ; 1 orthophoniste a entre 50 et 59 ans.

Notre postulat n'est donc pas exact.

Ainsi, au vu de tous ces résultats, nous pouvons conclure que le supposé manque de familiarité des orthophonistes avec la pragmatique du langage ne semble pas entraver l'utilisation du-PFIC. De plus, l'âge semble peu influencer sur la connaissance du PFIC.

6) Les freins extrinsèques à l'utilisation du PFIC :

La procédure du PFIC nécessite des conditions extrinsèques qui sont contraignantes dans la pratique clinique orthophonique.

Nous nous attendions à ce que le nombre d'items concernant les freins liés à la procédure soient majoritairement cités comme raison d'arrêt d'utilisation ou de non-utilisation du PFIC, chez les 7 orthophonistes qui ont utilisé le PFIC par le passé (B6), et chez les 9 qui ne l'ont jamais utilisé (B8).

Dans la partie sur la présentation des résultats, nous avons pu observer les freins cités par ces deux groupes d'orthophonistes. Nous avons également relevé le nombre d'orthophonistes ayant cité au moins une fois chaque type de frein. (cf. tableau 10, partie présentation des résultats).

Nous établissons ici un ordre de fréquence pour chaque catégorie de freins, c'est-à-dire que nous énumérons les catégories de freins, et au sein de celles-ci, chaque frein, du plus cité au moins cité.

Intéressons-nous tout d'abord aux deux populations d'orthophonistes confondues (B8 et B6).

- Les 16 orthophonistes qui n'ont jamais utilisé le PFIC, et celles qui l'ont utilisé mais ne l'utilisent plus (B8 et B6) :

Elles citent principalement des freins extrinsèques liés à la procédure (17). Elles citent ensuite, en même proportion, des freins extrinsèques non liés à la procédure (8) et des freins classés « autres » (8). Enfin, une orthophoniste cite chaque frein intrinsèque proposé.

Si l'on s'intéresse maintenant au nombre d'orthophonistes qui ont cité au moins une fois chaque type de frein, nous observons que :

- 9 orthophonistes sur 16 ont cité au moins une fois un frein extrinsèque lié à la procédure.
- 8 orthophonistes sur 16 ont cité au moins une fois un frein « autre ».
- 6 orthophonistes sur 16 ont cité au moins une fois un frein extrinsèque non lié à la procédure.
- 1 orthophoniste sur 16 a cité une fois un frein intrinsèque.

Les 16 orthophonistes qui n'utilisent pas ou plus le PFIC citent donc majoritairement des freins extrinsèques liés à la procédure. Notre postulat est vérifié : la procédure du PFIC est considérée comme contraignante par ces orthophonistes.

Nous nous sommes ensuite demandé si les freins extrinsèques liés à la procédure du PFIC étaient toujours les plus cités si l'on distingue les deux populations suivantes : les orthophonistes qui n'ont jamais utilisé le PFIC (B8), et celles qui ne l'utilisent plus (B6).

Pour cela, nous avons analysé de façon plus détaillée les réponses de ces deux populations :

- Les 9 orthophonistes qui n'ont jamais utilisé le PFIC (B8) :

Ces neuf orthophonistes citent majoritairement des freins extrinsèques non liés à la procédure (7) et des freins classés « autres » (7). Dans une moindre mesure elles citent des freins extrinsèques liés à la procédure du PFIC (5). Elles ne citent aucun frein intrinsèque.

Si l'on s'intéresse maintenant au nombre d'orthophonistes qui ont cité au moins une fois chaque type de frein, nous observons que :

- 7 orthophonistes sur 9 ont cité au moins une fois un frein « autre ».
- 5 orthophonistes sur 9 ont cité au moins une fois un frein extrinsèque non lié à la procédure.
- 3 orthophonistes sur 9 ont cité au moins une fois un frein extrinsèque lié à la procédure.

Ainsi quel que soit le mode d'analyse (« par fréquence de freins cités » ou « par nombre d'orthophonistes ayant cité au moins une fois chaque type de freins »), nous constatons que ce ne sont pas les freins extrinsèques liés à la procédure qui prédominent puisqu'ils se situent en troisième position.

Pour cette population, il semble donc que les limitations liées à la procédure soient moins prégnantes que les freins extrinsèques non liés à la procédure et les freins « autres ».

Nous pouvons également remarquer qu'au sein des freins extrinsèques non liés à la procédure, l'item le plus cité est : « Je manque d'informations sur les modalités d'utilisation du test. »

Ces orthophonistes manquant d'informations sur les modalités d'utilisation du test, nous pouvons supposer qu'elles ne connaissent pas en détail la procédure originale du PFIC, et donc qu'elles peuvent difficilement la critiquer. Cela aura limité, de fait, la fréquence des freins liés à la procédure susceptibles d'être cochés.

- Les 7 orthophonistes qui ont utilisé le PFIC mais ne l'utilisent plus actuellement :

Ces orthophonistes citent majoritairement des freins extrinsèques liés à la procédure du PFIC (12) comme raison d'arrêt d'utilisation de cet outil. Chaque frein intrinsèque est ensuite cité une fois (3). Enfin, elles citent un frein extrinsèque non lié à la procédure et un frein « autre ».

Si l'on s'intéresse maintenant au nombre d'orthophonistes qui ont cité au moins une fois chaque type de frein, nous observons que :

- 6 orthophonistes sur 7 ont cité au moins une fois un frein extrinsèque lié à la procédure.

- 1 orthophoniste sur 7 a cité au moins une fois un frein intrinsèque.
- 1 orthophoniste sur 7 ont cité au moins une fois un frein « autre ».
- 1 orthophoniste sur 7 ont cité au moins une fois un frein extrinsèque non lié à la procédure

Ainsi, les freins extrinsèques liés à la procédure du PFIC sont cités comme la raison principale d'arrêt d'utilisation de cet outil par ces 7 orthophonistes.

Notre sous-objectif est donc vérifié pour une des deux populations (celles qui ont utilisé le PFIC) mais ne l'est pas pour l'autre (celles qui n'ont jamais utilisé le PFIC).

Nous remarquons en effet que la procédure contraignante semble être la raison d'arrêt d'utilisation du PFIC chez les orthophonistes qui ont déjà utilisé ce test.

Intéressons-nous maintenant, pour les freins extrinsèques liés à la procédure, aux items les plus fréquemment cités.

- Les 16 orthophonistes qui n'ont jamais utilisé le PFIC, et celles qui ne l'utilisent plus (B8 et B6) :
 - a. *Conditions temporelles :*
 - Je manque de temps pour la passation, la cotation et l'interprétation du test. (7)
 - b. *Conditions matérielles :*
 - Je ne dispose pas d'une caméra. (4)
 - c. *Conditions liées aux ressources humaines :*
 - Je ne trouve pas d'interlocuteur. (3)
 - Je ne trouve pas de cotateur. (2)
 - d. *Conditions administratives :*

- J'ai rencontré des difficultés administratives et institutionnelles (contact de la curatelle pour le droit à l'image, etc.) (1)

Au sein des freins extrinsèques liés à la procédure du PFIC, 7 orthophonistes sur 16 citent le manque de temps ; 5 orthophonistes sur 16 citent des conditions liées aux ressources humaines (chaque orthophoniste cite un item lié aux ressources humaines) ; 4 orthophonistes citent sur 16 citent des conditions matérielles.

- Les 7 orthophonistes qui ont utilisé le PFIC mais ne l'utilisent plus actuellement (B6) :

a. Conditions temporelles :

- Je manque de temps pour la passation, la cotation et l'interprétation du test. (5)

b. Conditions matérielles :

- Je ne dispose pas d'une caméra. (3)

c. Conditions liées aux ressources humaines :

- Je ne trouve pas d'interlocuteur. (2)
- Je ne trouve pas de cotateur. (1)

d. Conditions administratives :

- J'ai rencontré des difficultés administratives et institutionnelles (contact de la curatelle pour le droit à l'image, etc.) (1)

Au sein des freins extrinsèques liés à la procédure du PFIC, 5 orthophonistes sur 7 citent le manque de temps ; 3 orthophonistes sur 7 citent des conditions matérielles ; 3 orthophonistes sur 7 citent aussi des conditions liées aux ressources humaines.

- Les 9 orthophonistes qui n'ont jamais utilisé le PFIC (B8) :

a. Conditions temporelles :

- Je manque de temps pour la passation, la cotation et l'interprétation du test. (2)

b. Conditions matérielles :

- Je ne dispose pas d'une caméra. (1)

c. Conditions liées aux ressources humaines :

- Je ne trouve pas d'interlocuteur. (1)
- Je ne trouve pas de cotateur. (1)

d. Conditions administratives :

- J'ai rencontré des difficultés administratives et institutionnelles (contact de la curatelle pour le droit à l'image, etc.) (0)

Au sein des freins extrinsèques liés à la procédure du PFIC, 2 orthophonistes sur 9 citent le manque de temps ; 1 orthophoniste sur 9 les conditions matérielles ; 1 orthophoniste sur 9 cite aussi les conditions liées aux ressources humaines.

Au vu de ces trois résultats, nous pouvons donc supposer que le PFIC est un test dont la longueur n'est pas adaptée à la pratique clinique orthophonique auprès de patients traumatisés crâniens. En effet, le facteur temporel constitue le frein principalement cité par les orthophonistes qui n'utilisent pas ou plus le PFIC.

Les ressources humaines exigées par la procédure originale du PFIC semblent aussi être contraignantes pour ces orthophonistes.

Enfin, l'absence de caméra participe aux raisons de la non-utilisation du PFIC pour plusieurs orthophonistes.

Il faut noter que les freins extrinsèques liés et non liés à la procédure revêtent moins d'importance que ce nous envisagions pour une certaine population : les orthophonistes qui

n'ont jamais utilisé le PFIC (B8). Nous avons vu en effet qu'elles avaient privilégié des freins « autres » (notamment l'item « J'utilise un autre outil pour évaluer la pragmatique conversationnelle », cité par 5 orthophonistes sur 9).

7) Les adaptations de la procédure du PFIC :

Les orthophonistes qui ont déjà utilisé le PFIC ont modifié sa procédure.

Nous présumons que le nombre d'orthophonistes qui modifieraient la procédure originale du PFIC serait supérieur au nombre d'orthophonistes qui ne la modifieraient pas. Ici, nous prenons en compte les 10 orthophonistes qui utilisent actuellement le PFIC ou l'ont utilisé par le passé.

Parmi ces 10 orthophonistes, 7 ont apporté des modifications à la procédure du PFIC. Deux d'entre elles indiquent ne pas avoir modifié la procédure. Une autre orthophoniste signale qu'elle ne connaît pas en détail la procédure originale.

Intéressons-nous aux adaptations qu'ont apportées les orthophonistes qui utilisent actuellement le PFIC, et qui l'ont utilisé par le passé. Nous avons établi un ordre de fréquence des adaptations citées pour chaque population d'orthophonistes. Nous avons également relevé le nombre total d'orthophonistes ayant coché au moins une adaptation, pour chaque catégorie d'adaptation (cf : tableau 11 de la présentation des résultats).

- Les 10 orthophonistes qui utilisent actuellement le PFIC, et celles qui l'ont utilisé par le passé (B7 et B6) :

- 1) Elles citent majoritairement des adaptations liées aux ressources humaines (14) :
 - Vous connaissiez déjà le patient avant de coter ses performances conversationnelles. (6)
 - Vous avez assumé le rôle de cotateur et d'interlocuteur. (5)
 - Vous cotiez seul(e) ou une seule personne cotait le test. (3)

- 2) Elles effectuent ensuite des adaptations au niveau du déroulement de la conversation (6) :
- Vous avez modifié la consigne de passation initiale. (2)
 - Vous avez été observateur d'une conversation du patient avec un de ses proches. (2)
 - Vous avez proposé un thème au patient avant de commencer la conversation. (1)
 - Vous avez coté un extrait de conversation de moins de 9 minutes. (1)
- 3) Les orthophonistes apportent ensuite des adaptations matérielles (4) :
- Vous n'avez pas filmé la conversation. (3)
 - Vous avez utilisé un magnétophone. (1)
- 4) Enfin, quelques orthophonistes citent les items suivants :
- Je n'ai pas modifié la procédure. (2)
 - Je ne sais pas : je ne connais pas en détail la procédure originale. (1)

Si l'on s'intéresse maintenant au nombre d'orthophonistes qui ont cité au moins une fois chaque type d'adaptation, nous observons que :

- 7 orthophonistes sur 10 ont cité au moins une fois une adaptation des ressources humaines.
- 4 orthophonistes sur 10 ont cité au moins une fois une adaptation liée au déroulement de la conversation.
- 3 orthophonistes sur 10 ont cité au moins une fois une adaptation matérielle.
- 1 orthophoniste sur 10 a cité au moins une adaptation « autre ».

Manifestement, les orthophonistes qui utilisent ou ont utilisé le PFIC modifient en priorité les conditions relatives aux ressources humaines. Nous pouvons donc supposer que cette condition est difficile à respecter en pratique clinique orthophonique.

En revanche, lorsqu'une orthophoniste ne jouait pas le rôle d'interlocutrice, aucune d'elle n'a choisi un interlocuteur qui connaissait déjà le patient.

Observons si nous retrouvons les mêmes résultats en analysant séparément les adaptations apportées par chaque population d'orthophoniste :

- Les 3 orthophonistes qui utilisent le PFIC actuellement (B7) :

Sur ces 3 orthophonistes, une ne modifie pas la procédure du PFIC.

Ces orthophonistes apportent majoritairement des modifications au niveau des ressources humaines. (6)

Elles apportent ensuite des modifications au niveau matériel (3) et au niveau du déroulement de la conversation. (3)

Si l'on s'intéresse maintenant au nombre d'orthophonistes qui ont cité au moins une fois chaque type d'adaptation, nous observons que :

- 2 orthophonistes sur 3 ont cité au moins une fois une adaptation des ressources humaines.
- 2 orthophonistes sur 3 ont cité au moins une fois une adaptation matérielle.
- 1 orthophoniste sur 3 ont cité au moins une fois une adaptation liée au déroulement de la conversation.

- Les 7 orthophonistes qui ont utilisé le PFIC mais ne l'utilisent plus actuellement (B6) :

Une seule orthophoniste indique ne pas avoir modifié la procédure et une orthophoniste indique ne pas connaître en détail la procédure originale, et donc ne pas savoir si elle l'a appliquée sans aucune modification.

Les 5 autres orthophonistes apportent en premier lieu, des adaptations au niveau des ressources humaines (8 items cités). Elles ont ensuite effectué des adaptations au niveau du déroulement de la conversation (3 items cités).

Si l'on s'intéresse maintenant au nombre d'orthophonistes qui ont cité au moins une fois chaque type d'adaptation, nous observons que :

- 5 orthophonistes sur 7 ont cité au moins une fois une adaptation des ressources humaines.
- 3 orthophonistes sur 7 ont cité au moins une fois une adaptation liée au déroulement de la conversation.
- 1 orthophoniste sur 7 a cité au moins une fois une adaptation « autre ».
- 1 orthophoniste sur 7 a cité au moins une fois une adaptation matérielle.

Ce sous-objectif est donc atteint : les orthophonistes qui ont déjà utilisé le PFIC en pratique clinique ont modifié majoritairement sa procédure de passation. De plus, les adaptations des orthophonistes se font au même niveau dans les deux populations. Elles modifient essentiellement les conditions liées aux ressources humaines.

Sur les 3 orthophonistes qui utilisent le PFIC actuellement (B7), deux n'ont pas filmé la conversation. En revanche, sur les 7 orthophonistes qui utilisaient le PFIC par le passé, seule une ne filmait pas la conversation (B6). Les adaptations matérielles semblent moins fréquentes dans le groupe qui n'utilise plus le PFIC actuellement, que dans le groupe qui l'utilise actuellement.

Le manque de temps étant très cité comme facteur de non-utilisation du PFIC, nous aurions pu penser que les adaptations à ce niveau auraient été très fréquentes. Or, sur les 10 orthophonistes qui ont déjà utilisé le PFIC, une adapte la condition temporelle. Nous pouvons émettre l'hypothèse que pour évaluer correctement les capacités pragmatiques des patients, la durée de cotation n'est pas facilement abaissable.

Nous avons voulu aller plus loin dans notre analyse et voir si ces adaptations étaient plus fréquentes en centre ou en libéral.

Parmi les 10 orthophonistes, 3 indiquent avoir utilisé le PFIC en libéral. Les 7 autres orthophonistes l'utilisent toutes en institution. De plus, les 3 orthophonistes qui utilisent le PFIC actuellement soulignent, la difficulté d'appliquer sa procédure originale en exercice libéral.

Le PFIC n'est donc pas jugé adapté à l'exercice libéral par les orthophonistes.

3) Réponse à l'objectif général

Notre objectif général était que l'utilisation du PFIC pour évaluer les troubles de la pragmatique conversationnelle auprès de patients traumatisés crâniens, est limitée par des freins extrinsèques liés à sa procédure ainsi que par des freins extrinsèques non liés à sa procédure.

Ainsi, à la suite de cette présentation des résultats au regard de nos objectifs, nous pouvons avancer que :

- nos deux postulats de départ sont vérifiés (sous-objectifs 1 et 4) : le PFIC est un outil peu utilisé par les orthophonistes en pratique clinique auprès des patients TC. Pourtant, les orthophonistes qui l'utilisent jugent majoritairement que cet outil est pertinent ou assez pertinent.
- les freins extrinsèques liés à la procédure sont majoritairement cités par les orthophonistes qui ont déjà utilisé le PFIC (B6) et si l'on regroupe les deux populations d'orthophonistes qui ont connaissance de cet outil mais ne l'utilisent pas (B8 et B6). En revanche, si l'on prend en compte uniquement les orthophonistes qui n'ont jamais utilisé cet outil, les freins extrinsèques non liés à la procédure et les freins « autres » sont tous deux majoritaires. Les freins extrinsèques n'apparaissent qu'en troisième position (sous-objectif 6). Ce sous-objectif n'est donc que partiellement atteint. La procédure étant contraignante, les orthophonistes adaptent majoritairement sa

procédure, principalement en ce qui concerne les ressources humaines (sous-objectif 7). Ce sous-objectif est donc atteint.

- les sous-objectifs concernant les freins extrinsèques non liés à la procédure sont partiellement atteints. Le PFIC est effectivement une grille d'évaluation peu connue en pratique orthophonique (sous-objectif 2). La procédure de cette grille d'évaluation de la pragmatique conversationnelle n'est connue que partiellement des orthophonistes qui ne l'utilisent pas, mais est bien connue des orthophonistes qui l'utilisent (sous-objectif 3). En revanche, ce n'est pas un éventuel manque de familiarité avec la pragmatique du langage qui entrave l'utilisation du PFIC (sous-objectif 4).

III] Discussion, perspectives et limites

A] Discussion et perspectives

1) Discussion des résultats de la recherche

Notre postulat de départ était que le PFIC est une grille d'évaluation de la pragmatique conversationnelle peu utilisée en pratique clinique orthophonique. Partant de ce constat, nous avons formulé la problématique suivante : Quelles sont les raisons de la faible utilisation du PFIC en pratique clinique orthophonique auprès de patients TC ?

Compte tenu des travaux déjà effectués sur les qualités intrinsèques du PFIC, nous avons cherché ces raisons du côté des limites extrinsèques.

Une phase exploratoire, durant laquelle nous avons effectué des passations et coté les interactions à l'aide du PFIC, nous a amenées à identifier un certain nombre de contraintes, et à établir un objectif général. Celui-ci consistait à montrer que l'utilisation du PFIC pour évaluer les troubles de la pragmatique conversationnelle auprès de patients traumatisés crâniens était limitée par :

- des freins extrinsèques non liés à la procédure : freins en rapport avec les connaissances nécessaires pour utiliser la grille, ou en rapport avec la diffusion du PFIC.
- des freins extrinsèques liés à la procédure : difficultés en rapport avec le temps, les ressources humaines, le matériel, l'administratif, et freins d'ordre psychologique.

Pour répondre à cet objectif général, des sous-objectifs ont été émis puis étudiés par notre enquête auprès des orthophonistes françaises. Ils ont tous été atteints, à l'exception d'un. Certains sous-objectifs ont été partiellement atteints.

Nous avons postulé que, bien que le PFIC soit un outil d'évaluation de la pragmatique conversationnelle peu utilisé par les orthophonistes, il est jugé pertinent par les professionnels qui le connaissent.

Notre étude nous a permis de valider ces postulats :

Nous avons montré, d'une part, que le PFIC est une grille d'évaluation de la pragmatique conversationnelle peu utilisée en pratique clinique orthophonique auprès de patients traumatisés crâniens. D'autre part, il apparaît qu'elle est peu connue des orthophonistes français. On peut penser que cette grille n'ayant été ni commercialisée ni mise en accès gratuit sur internet comme le sont certains outils, sa sous-utilisation est avant tout due à l'absence de diffusion. Nous pouvons supposer que les orthophonistes de notre échantillon qui connaissent le PFIC étaient en lien avec l'équipe d'adaptation du PFIC en français, et n'ont donc pas eu de difficultés à se procurer le test. En effet, les orthophonistes qui connaissent le PFIC exercent majoritairement dans les régions d'adaptation de la grille. De plus, suite à l'analyse de nos résultats, nous avons recontacté par e-mail les orthophonistes qui connaissent le PFIC afin d'obtenir des précisions supplémentaires sur leur connaissance et leur utilisation de cet outil. Elles ont majoritairement répondu qu'elles avaient connu le PFIC via leurs collègues (Annexe 2). La diffusion du PFIC serait donc restée relativement locale et ne se serait pas étendue au niveau national.

Bien que les qualités du PFIC aient été démontrées par deux études princeps, nous avons profité de cette enquête pour interroger les orthophonistes sur leur avis quant à son intérêt dans l'évaluation chez les patients TC. Notre questionnaire a montré que le PFIC est un outil jugé pertinent par la majorité des orthophonistes qui le connaissent. De plus, la moitié des orthophonistes que nous avons recontactées à la fin de notre étude indique que le PFIC les aide dans leur pratique clinique quotidienne, pour évaluer la pragmatique conversationnelle de leurs patients TC.

Nous pensions également que le PFIC pouvait être méconnu des orthophonistes qui le connaissent. Ce sous-objectif a été partiellement atteint. En effet, les orthophonistes qui l'utilisent ou l'ont utilisé connaissent bien les modalités de passation du PFIC. En revanche, celles qui ne l'ont jamais utilisé déclarent manquer d'informations alors qu'elles n'ont pas eu de mal à se procurer la grille et le livret. Nous supposons qu'elles n'ont pas accès à des informations détaillées sur les modalités de passation de la grille. Nous pouvons donc supposer que le test et le livret explicatif des items (aussi appelé manuel) ne suffisent pas pour savoir comment utiliser le PFIC. En effet, les modalités de passation et de cotation ne sont décrites que dans l'étude de Linscott et al.[63], et dans celle de Jagot et al. [46].

Ces derniers expliquent que « le manuel expose la structure d'ensemble du PFIC, et fournit, pour chacun des ICS, une définition détaillée. [...] La grille de cotation permet d'attribuer une note pour chacun des ICS et de porter une appréciation pour chacune des Echelles de Synthèse. »⁵². La procédure de passation et de cotation n'est donc décrite dans aucun document original à l'exception des études princeps.

Il ressort de notre étude que les orthophonistes semblent notamment manquer d'informations concernant les patients avec lesquels cette grille peut être utilisée. En effet, après avoir répondu à notre questionnaire, de nombreux orthophonistes nous ont demandé s'il était possible d'utiliser le PFIC avec d'autres populations que les cérébro-lésés, comme par exemple, les patients avec des troubles du spectre autistique, ou les enfants dysphasiques. De plus, une orthophoniste a indiqué qu'elle travaillait avec des enfants cérébro-lésés et a présenté ce fait comme une limite à l'utilisation du PFIC. Nous pouvons émettre l'hypothèse qu'elle n'a pas eu accès à l'étude de Godfrey & al. qui a démontré l'intérêt d'utilisation du PFIC dans l'évaluation de la pragmatique conversationnelle des enfants traumatisés crâniens [43].

Nous avons remarqué que le PFIC est essentiellement utilisé avec la population pour laquelle il a été créé. Malgré la proposition des auteurs de l'utiliser avec des patients porteurs de déficience intellectuelle, les orthophonistes de notre échantillon ne l'ont jamais utilisé avec ces patients.

⁵² JAGOT, L., MARLIER, N., et al. (2001). **Discours conversationnel et procédural chez le sujet traumatisé crânien sévère : étude conjointe de deux outils d'analyse clinique**, p8.

De plus, le manque d'informations sur le PFIC n'incite pas les orthophonistes à utiliser ce test : nous émettons l'hypothèse qu'elles utilisent alors un autre outil pour évaluer la pragmatique conversationnelle. En effet, un certain nombre d'orthophonistes nous ont déclaré que bien que connaissant le PFIC, elles utilisaient un autre outil pour évaluer la pragmatique conversationnelle de leurs patients traumatisés crâniens.

Comme nous l'évoquions précédemment, un de nos sous-objectifs n'a pas été atteint. Il s'agit de l'idée que le PFIC n'est pas un outil utilisé par les orthophonistes car ceux-ci se sentiraient encore peu familiarisés avec la pragmatique du langage.

Aucune des orthophonistes qui connaissent le PFIC n'a retenu cette proposition. Nous estimons logique que la population des orthophonistes qui connaît ce type d'outil ait une connaissance approfondie du domaine qu'est la pragmatique du langage.

Nous avons vu que l'évaluation de la pragmatique du langage chez les TC n'est pas systématique en pratique clinique orthophonique. Nous pouvons supposer que l'évaluation de cette composante du langage, encore jeune, n'est pas effectuée systématiquement dans la pratique orthophonique, en comparaison d'autres composantes langagières plus formelles qui sont, nous le supposons, évaluées à 100% (phonologie, syntaxe, sémantique). Cela nous laisse penser que, malgré tout, le caractère récent de la spécialité est un facteur qui réduit le nombre d'orthophonistes susceptibles d'utiliser le PFIC.

La pragmatique du langage étant un domaine encore jeune, et donc peu évalué, les outils d'évaluation de cette composante du langage sont encore insuffisamment développés, que ce soit au niveau de leur validité, de leur normalisation ou de leur diffusion.

Bien que jeune, la pragmatique du langage est un domaine de recherche en pleine expansion. Il est à noter que, ces dernières années, des formations et des conférences sur la pragmatique du langage se sont développées. Citons par exemple :

- Le congrès scientifique de la FNO (Fédération Nationale des Orthophonistes) qui a eu lieu à Biarritz en 2008, intitulé « Pragmatiques : de l'intention ... à la réalisation [48 ; 60 ; 70 ; 24].
- Le congrès des Sixièmes Journées Internationales de Neuropsychologie des Lobes Frontaux et des Fonctions Exécutives qui a eu lieu à Angers en 2013. Le thème était « Lobe Frontal et Langage ». Au cours de ces journées, Virginie Dardier a

présenté, par exemple, une conférence intitulée « Usage du Langage et Lésions Frontales : apport de l'approche pragmatique » [32].

Ces formations répondent à un intérêt professionnel croissant pour la pragmatique du langage que nous avons constaté dans notre étude. En effet les orthophonistes qui ne connaissent pas le PFIC, y compris les orthophonistes qui n'évaluent pas la pragmatique du langage de leurs patients TC, ont manifesté leur désir d'en savoir plus sur le PFIC. Il semblerait donc que la pragmatique du langage et les outils d'évaluation de cette composante les intéressent.

Notre objectif général est également validé du point de vue des freins extrinsèques liés à la procédure présumés existants.

En effet, les orthophonistes qui n'utilisent plus le PFIC jugent sa procédure (conditions temporelles, matérielles, administratives, ressources humaines, conditions psychologiques) contraignante et inadaptée à l'exercice orthophonique. Les orthophonistes jugent le PFIC trop long, et manquent de temps pour la passation, la cotation et l'interprétation des résultats. C'est majoritairement pour cette raison qu'elles n'utilisent plus le PFIC.

En revanche, ce sous-objectif concernant les freins extrinsèques liés à la procédure n'est que partiellement atteint, puisque nous avons montré que les orthophonistes n'ayant jamais utilisé le PFIC ne citent pas en premier lieu des freins extrinsèques liés à la procédure, comme raison de non-utilisation de cet outil. Mais, cette population disant manquer d'informations sur la procédure de passation du test, nous supposons qu'elle peut plus difficilement la critiquer, ce qui peut expliquer ce résultat.

Pour contourner la procédure exigeante du PFIC, les orthophonistes en effectuent des adaptations. Elles adaptent essentiellement les conditions relatives aux ressources humaines, qu'elles jugent peu adaptées aux exigences de la pratique clinique orthophonique. Nous avons remarqué que les orthophonistes qui ont cessé d'utiliser le PFIC ont effectué moins d'adaptations matérielles que les orthophonistes qui utilisent le PFIC actuellement. Ceci vient

soutenir notre hypothèse comme quoi le PFIC serait plus facilement utilisable si on en effectue des adaptations, au niveau matériel, entre autres.

Nous pouvons soulever un certain paradoxe : les orthophonistes déclarent être surtout gênés par le facteur temporel, mais adaptent majoritairement les conditions liées aux ressources humaines. Une seule orthophoniste dit avoir coté un échantillon de conversation de moins de neuf minutes. Nous pouvons supposer que le facteur temporel est difficile à adapter sans dénaturer le test et annihiler sa validité. En effet, raccourcir le temps de conversation, et donc de cotation, serait moins contraignant. Mais coter sur un échantillon de conversation plus court risquerait d'être moins représentatif des capacités pragmatiques du patient. Le profil des déficits obtenu serait donc moins rigoureux.

Les conditions liées aux ressources humaines, quant à elles, sont telles qu'il est difficile de les respecter. En effet, il n'est pas aisé de recruter trois personnes inconnues du patient (deux cotateurs et un interlocuteur). Les orthophonistes qui utilisent ou ont utilisé le PFIC jouent donc les rôles d'interlocutrice et de cotatrice. Comme il est difficile de faire passer le PFIC en première intention, à un patient inconnu, les orthophonistes connaissent souvent le patient avant de lui faire passer ce test.

2) Perspectives de recherches et suggestions

Neuf répondants sur dix sont intéressés pour en savoir plus sur le PFIC. De plus, de très nombreux répondants nous ont demandé où il était possible de se procurer cet outil, ou nous ont demandé de le leur faire parvenir. Cette demande témoigne d'un manque d'outils d'évaluation de la pragmatique conversationnelle et de l'intérêt des orthophonistes pour ce domaine qu'ils souhaitent développer dans leur pratique clinique. Nous pensons donc qu'il serait réellement intéressant de développer la diffusion du PFIC.

Notre étude suggère que la grille elle-même, ainsi que le livret explicatif de ses items, et les études des auteurs (indispensables pour comprendre les modalités d'utilisation du test, et pour savoir à quelles populations il peut s'appliquer) sont nécessaires aux orthophonistes afin qu'ils puissent utiliser plus largement cet outil. Il serait intéressant de créer un document qui rassemblerait la procédure et les modalités de passation et de cotation du test.

De plus, nous avons remarqué que plusieurs points de la procédure n'étaient pas clairement explicités :

- La durée de cotation des vidéos : dans l'étude originale, Linscott et al. disent avoir coté « les premières minutes »⁵³ de la conversation. Jagot et al. ont coté les dix premières minutes. Il serait intéressant d'établir une durée de cotation standard, ou de donner des indications plus précises aux orthophonistes quant à la durée de cotation. Notons également qu'une recherche a souligné une question qui reste en suspens : pourquoi ne coter que les premières minutes des vidéos, et pas la conversation entière ? (soit une quinzaine de minutes) [17].
- La consigne donnée au patient et à son interlocuteur : nous nous sommes interrogées sur le contenu de la consigne adressée au patient.
 - o Linscott et al. ont demandé au patient de faire connaissance avec l'interlocutrice, « comme si vous la rencontriez pour la première fois »⁵⁴. Jagot et al., qui ont choisi des interlocuteurs inconnus du patient, ont suggéré au patient de mettre à profit le temps accordé pour faire connaissance avec l'interlocuteur. Nous avons repris cette formulation, mais avons parfois spécifié au patient qu'il pouvait poser des questions à l'interlocutrice, afin qu'il ne reste pas dans une position passive. Nous avons également pu dire à l'interlocutrice de laisser des moments de latence dans la conversation, afin que le patient puisse poser des questions.

⁵³ LINSKOTT, R.J.; KNIGHT, R.G.; GODFREY, H.P.D. (1995) **The Profile of Functional Impairment in Communication (PFIC): a measure of communication impairment for clinical use.** p.402-403

⁵⁴ LINSKOTT, R.J.; KNIGHT, R.G.; GODFREY, H.P.D. (1995) **The Profile of Functional Impairment in Communication (PFIC): a measure of communication impairment for clinical use.** p.402

- Dans la procédure de Jagot et al., les auteurs disent avoir annoncé au patient une suspension des épreuves cognitives d'une quinzaine de minutes. Lors de nos passations, nous n'avons pas précisé au patient la durée de la conversation. Nous pensons que lui fournir cette information peut influencer sur la conversation. En effet, le patient n'abordera peut-être pas l'interaction de la même manière s'il a été préalablement informé de la durée de celle-ci.
- Finalement, nous pensons qu'il serait intéressant de proposer, dans la procédure, une consigne standardisée.

Lanzone & Peylhard, dans leur mémoire, suggèrent une forme « questionnaire », adaptée du PFIC. Une des orthophonistes qui a contribué à adapter le PFIC nous indique que cette adaptation s'est concrétisée et qu'elle l'utilise (*Annexe 3*). Il serait intéressant d'étudier si cette nouvelle forme peut être une réponse à certaines des limites que les orthophonistes mettent en exergue [55].

Si on se place dans une perspective de préservation de la forme actuelle de l'outil, il pourrait être intéressant de réfléchir à des adaptations dans la procédure du PFIC à partir des freins que nous avons repérés. Cette procédure a été conçue au départ dans le cadre d'études. Les adaptations qui pourraient en être faites permettraient qu'elle corresponde mieux aux réalités de l'exercice orthophonique. Ces adaptations auraient principalement pour but de réduire le coût temporel ainsi que les besoins humains. Concernant le premier point, les adaptations pourraient concerner la grille elle-même du point de vue de sa longueur qui impose un certains temps de cotation.

Il pourrait également être intéressant de procéder à des entretiens plus personnalisés avec les orthophonistes qui connaissent le PFIC, afin de les interroger sur les adaptations de la procédure qu'elles souhaiteraient apporter.

Nous avons également relevé d'autres freins moins prégnants mais tout de même cités par certaines orthophonistes :

Plusieurs orthophonistes n'ont pas filmé la conversation. La présence d'une caméra présente en effet des inconvénients : en avoir une à disposition, gêne des interlocuteurs, réduction du caractère écologique de l'échange... Nous pourrions donc imaginer un usage du PFIC sans prise de vue préalable. Cependant, le fait de filmer la conversation permet d'analyser de façon précise et détaillée les comportements qui apparaissent lors de l'échange entre le patient et son interlocuteur. Le fait que cette adaptation (suppression de la caméra) ressorte peu dans notre étude laisse penser que les orthophonistes composent avec les inconvénients de la prise de vue et choisissent la qualité des observations qu'elle permet ou offre.

Afin de s'approcher au plus près d'une situation écologique, les auteurs précisent qu'il est préférable de ne pas informer le patient sur le but réel de la conversation. Or, cacher le vrai but de la conversation au patient pose question dans le cadre d'une relation thérapeutique basée sur la confiance entre le patient et le thérapeute. Il serait donc intéressant de réfléchir à un moyen de contourner cet inconvénient : maintenir le caractère naturel de la conversation tout en informant au maximum le patient sur le but de celle-ci.

Il peut également être difficile d'intégrer ce moment de passation, d'évaluation, dans la suite de la prise en charge. Il semble important de réfléchir à un moyen de justifier cette passation auprès du patient. Une orthophoniste ayant participé à notre étude nous a dit avoir expliqué au patient que la vidéo servirait à lui faire prendre conscience de ses progrès au fur et à mesure de la rééducation.

En outre, le PFIC n'est pas encore normé. Ceci peut gêner certains orthophonistes qui trouvent regrettable de ne pas pouvoir comparer le profil conversationnel du patient à des normes. Un travail de normalisation du PFIC serait donc intéressant à effectuer.

Au cours de notre recherche, nous nous sommes concentrées sur les freins extrinsèques qui limitent l'utilisation du PFIC. Nous avons tout de même relevé quelques freins intrinsèques qu'il nous semble important de souligner. Nous avons eu des difficultés à comprendre certains ICS, et avons procédé à une reformulation de certains d'entre eux dans le livret explicatif des items. Nous nous sommes également interrogées, tout comme certains auteurs [55] sur l'absence de liens entre les ICS et les ES dans la cotation. Nous pensons qu'un lien proportionnel entre ces deux notes laisserait moins de place à la subjectivité et permettrait au profil conversationnel obtenu d'être plus représentatif des capacités du patient.

Il serait donc intéressant de prolonger notre travail en partant des différents freins qu'il a identifiés et en étudiant comment ceux-ci peuvent être réduits. Il s'agit, pour les freins extrinsèques non liés à la procédure de trouver les moyens de faire mieux connaître le PFIC, et pour les freins liés à la procédure d'envisager des possibilités d'adaptations de la procédure. Concernant ce dernier point, nous pensons qu'il serait intéressant de procéder à une étude de la faisabilité des tests utilisés en pratique orthophonique, afin d'en retirer les critères qu'il convient de respecter pour qu'un test puisse être facilement utilisé par les orthophonistes.

Tout au long de notre recherche, nous nous sommes interrogées sur de nombreux points : méthodologie, recueil des résultats, analyse, confrontation avec nos bases théoriques... Nous avons souhaité, à chaque étape de notre travail, dresser un cadre de recherche le plus rigoureux possible. Nous avons cependant relevé plusieurs limites à notre étude, qui méritent d'être analysées.

B] Limites à notre étude

1) Limites en rapport avec la population de l'enquête

a) Population répondante totale

Notre effectif de répondants est relativement restreint par rapport à la population orthophonique (3% de la population). Comme nous l'avons vu précédemment, nous ne connaissons pas le taux de réponses à notre questionnaire, car nous ne savons pas le nombre de personnes qui l'ont reçu. De plus, notre échantillon est représentatif au niveau de la variable « sexe », mais ne l'est pas concernant les autres variables (âge, mode d'exercice, région d'exercice). Nos résultats ne peuvent donc pas être généralisés à la population française.

b) Population de la région Pays de la Loire

Nous avons reçu 142 réponses d'orthophonistes exerçant en pays de la Loire, ce qui représente un cinquième des réponses. Nous pouvons expliquer la surreprésentation de la région Pays de la Loire de deux façons :

- dans le message accompagnant notre questionnaire, nous avons mentionné que nous étions étudiantes à l'école d'orthophonie de Nantes. Nous supposons que cela ait pu encourager les orthophonistes de cette région à nous répondre.

- nous avons transmis notre questionnaire à nos anciens maîtres de stage dont la plupart exercent dans la région, ainsi qu'aux orthophonistes intervenant à l'Ecole d'Orthophonie de Nantes. Cependant, ceux-ci représentent une trentaine de personnes seulement.

c) Population qui connaît le PFIC

L'effectif de la population connaissant le PFIC étant relativement restreint (21), nous n'avons pas pu effectuer de calculs statistiques. Nous avons cependant pu décrire cette population.

2) Limites identifiées dans le contenu de notre questionnaire

a) Question du lieu de formation initiale

Cette question aurait pu être posée aux orthophonistes pour savoir dans quel centre de formation initiale ils avaient effectué leurs études. Cette question aurait sans doute été intéressante pour savoir si les orthophonistes avaient connu le PFIC par leur centre de formation initiale ou par leur lieu de stage. Avec cette question, nous aurions pu savoir s'il existait une corrélation entre lieu d'adaptation du PFIC et lieu de formation initiale.

En revanche, nous avons posé une question sur la région d'exercice des orthophonistes : celle-ci nous permettait de savoir si une diffusion locale entre collègues existait.

b) Types de questions

Pour plusieurs questions, nous avons proposé aux répondants des questions de type « cafétéria ». Les répondants pouvaient cocher dans un choix multiple, le nombre de propositions qu'ils voulaient (questions sur les freins, les adaptations, les pathologies). La limite explicitée ici concerne surtout la question sur les freins. Avec ce type de question, nous ne sommes pas certaines que la raison pour laquelle l'orthophoniste ne coche pas un item est bien qu'il ne le retient pas comme frein. Proposer un choix forcé « oui »/« non » pour chaque item aurait été sans doute plus judicieux. En effet, les orthophonistes auraient été alors obligés de se prononcer sur chaque item.

L'emploi des questions de type « cafétéria » auraient constitué un biais si nous avions effectué des calculs statistiques, ce qui n'a pas été le cas sur la question des freins. La portée de cette limite est donc faible dans notre étude.

c) Double formulation d'un item

Lorsque nous avons écrit les réponses aux questions « Pourquoi n'utilisez-vous pas le PFIC ? » et « Pourquoi n'utilisez-vous plus le PFIC ? », nous avons retranscrit un frein de la catégorie « autre » de deux manières différentes :

- « J'utilise un autre outil pour évaluer la pragmatique conversationnelle ».
- « J'ai trouvé un outil plus pertinent pour évaluer la pragmatique conversationnelle.»

Nous avons utilisé cinq fois la première formulation et une fois la deuxième, alors qu'elles n'ont pas exactement la même signification.

Néanmoins, cette erreur n'a pas eu de portée dans nos résultats, car aucun orthophoniste n'a lu la deuxième formulation. En effet, ce dernier se situait dans la partie du questionnaire consacré aux orthophonistes qui n'évaluent pas la pragmatique du langage de leurs patients TC, et qui connaissent le PFIC. Or, dans notre échantillon, aucun orthophoniste ne connaît le PFIC lorsqu'il n'évalue pas la pragmatique du langage des patients TC.

d) Mauvaise formulation d'un item

Après l'envoi de notre questionnaire, nous nous sommes aperçues qu'un item concernant l'adaptation de la procédure n'était pas correctement formulé : « Vous avez proposé un thème au patient avant de commencer la conversation. », ce qui suggère qu'initialement, la discussion est libre. Or, dans la procédure originale, Jagot et al. (2001), proposent un thème au patient (« faire connaissance »). Ainsi, dans notre questionnaire, nous aurions dû formuler cet item comme ceci : « Vous avez proposé à votre patient un autre thème que « faire connaissance » avant de commencer la conversation. »

Parmi les dix orthophonistes qui ont eu à répondre à la question sur l'adaptation du PFIC, une seule a coché cet item. Nous ne savons pas si la mauvaise formulation de cet item a eu une incidence sur les réponses de ces orthophonistes.

e) Nombre d'items par catégorie

Chaque item appartient à un type de frein (freins extrinsèques liés à la procédure ; freins extrinsèques non liés à la procédure ; freins intrinsèques ; freins « autres »). Or, l'effectif des items n'est pas le même dans ces différents types de frein. Cela apporte une limite à nos comparaisons des types de freins les plus cités. En effet, un type de frein comprenant beaucoup d'items augmente sa probabilité d'avoir un nombre important d'items cochés, par rapport à un type de frein comprenant moins d'items. Cependant les items proposés et leurs nombres non homogènes par type de freins nous ont été imposés. En effet, ils ont émergé à la fois de notre phase exploratoire, de la littérature et de notre intuition. Souhaitant nous inscrire dans une démarche rigoureuse, nous n'avons pas voulu créer artificiellement d'autres items : l'harmonisation du nombre d'items n'était donc pas possible

Consciente de cet effet et pour le minimiser, nous avons effectué systématiquement une analyse supplémentaire qui consistait à observer le nombre d'orthophonistes qui ont cité au moins une fois chaque type de freins (ou d'adaptations).

f) Définition de la pertinence

A la fin du questionnaire, nous posons la question aux orthophonistes qui connaissent le PFIC : « Trouvez-vous que le PFIC est un outil pertinent pour évaluer la pragmatique conversationnelle ? ». Nous n'avons pas précisé dans cette question le sens précis du terme « pertinence ». Dans le Petit Robert⁵⁵, au sens courant, est « pertinent » ce « qui convient exactement à l'objet donc il s'agit ». Cette définition implique essentiellement le contenu du test par rapport aux bases théoriques sur la pragmatique conversationnelle. Mais nous supposons que cette question ait pu être perçue comme concernant également les éléments extrinsèques de ce test.

Nous aurions donc dû formuler cette question ainsi « Trouvez-vous que le PFIC est un outil pertinent au niveau de son contenu pour évaluer la pragmatique conversationnelle ? ».

⁵⁵ Le Nouveau Petit Robert de la langue française (2009).

CONCLUSION

Nous pouvons donc conclure que les raisons de la faible utilisation du PFIC en pratique clinique orthophonique auprès de patients TC sont liées à la procédure du test, jugée contraignante par les orthophonistes, et à la faible diffusion des informations relatives aux modalités d'utilisation du PFIC. Cette diffusion restreinte est à mettre en lien avec le fait que le PFIC n'est pas encore normalisé, ni commercialisé.

Nous suggérons deux pistes de prolongement :

- Améliorer et réadapter la procédure du PFIC. Ceci implique de trouver un compromis entre rendre la procédure utilisable plus largement dans l'exercice clinique orthophonique, et ne pas supprimer des éléments constitutifs du test qui lui apportent sa valeur et sa finesse d'évaluation. Il serait également intéressant de réfléchir au moyen de réduire l'impact des autres freins cités par les orthophonistes (difficultés matérielles, temporelles, humaines...). De plus, il faudrait procéder à une normalisation du PFIC afin d'établir un étalonnage qui permettra aux orthophonistes de mieux situer les troubles de la pragmatique conversationnelle de leurs patients, et donc de mieux dresser des pistes de rééducation.
- Une fois la procédure du PFIC adaptée, validée, et l'étalonnage effectué, il pourra être intéressant de développer et d'élargir la diffusion du PFIC (test et livret explicatif des items) et des études princeps relatives au PFIC [43 ; 46 ; 63]. Créer un manuel détaillant la procédure, les modalités de passation, cotation et interprétation du test, et présentant des cas cliniques (il serait par exemple possible de se baser sur les études de cas présentés dans l'étude de Linscott et al. [63]) sera indispensable.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] ALLAIN, P., FORGEAU, M. et al. (1997) : **Mémoire des scripts chez des traumatisés crâniens graves**. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique, volume 40, issue 6, p. 348.
- [2] ALLAIRE, D. (1988, 3^{ème} édition). **Questionnaires : mesure verbale du comportement**. in **Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie**, p229-275, coordonné par ROBERT, M. Saint-Hyacinthe (Québec) : EDISEM.
- [3] ANGELERI, R., BOSCO, R. et al. (2008) : **Communicative impairment in traumatic brain injury : A complete pragmatic assessment**. Brain & Language, 107, p229–245.
- [4] ARMENGAUD, F. (1985). **La Pragmatique**. Paris : Presses Universitaires de France.
- [5] AUBERT, S., BARAT, M., et al. (2004). **Compétences de communication non verbale des traumatisés crâniens**. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique, 47, p135-141.
- [6] AUBERT-LOTARSKI, A. (2007). **Examiner la faisabilité et la pertinence**. [en ligne] disponible sur <http://www.esen.education.fr/conseils/commande/operations/examiner-la-faisabilite-et-la-pertinence/>. (consulté le 16/04/13).
- [7] AZOUVI, P., COUILLET, J., et al. (1998). **Troubles de l'attention après traumatisme crânien sévère : aspects théoriques et rééducation**. Revue de neuropsychologie, vol. 8, n°1, p125-124.
- [8] BARAT, M. et MAZAUX, J-M. (1986). **Rééducation et réadaptation des traumatisés crâniens**. Dijon - Quetigny : Masson.
- [9] BELMONT, A., AGAR, N. et al. (2006). **Fatigue et traumatisme crânien**. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique, 49, p283-288.
- [10] BERNICOT, J., DARDIER, V. et al. (2001). **Pragmatique et métapragmatique chez deux patientes souffrant de lésions frontales unilatérales**. Psychologie de l'interaction, 13-14, p139-182.

- [11] BERNICOT, J., TROGNON, A. (2002). **Le tournant pragmatique en psychologie** in **Pragmatique et psychologie**, ouvrage coordonné par Bernicot, J., Trognon, A. et al. (pp. 13-32). Nancy : PUN.
- [12] BERTHIER, N. (2006, 3^{ème} édition). **Les techniques d'enquête en sciences sociales : Méthode et exercices corrigés**. Paris : Armand Colin.
- [13] BISCHOF, S. (2010). **Troubles pragmatiques en situation de conversation chez les sujets traumatisés crânio-cérébraux : comparaison de deux outils d'évaluation**. *Aphasie und verwandte Gebiete*, 2, p45-58.
- [14] BISHOP, D. et ADAMS, C. (1989). **Conversational characteristics of children with semantic-pragmatic disorder : Exchanges structure, turntaking, repairs and cohesion**. *British Journal of Disorders of Communication*, 24, 3, p.211-239.
- [15] BLANCHET, A. et GOTMAN, A. (1992). **L'enquête et ses méthodes : l'entretien**. Paris : Armand Colin.
- [16] BONIN, A-L., LECUIR, M-L. et al. **Présentation du logiciel GALI**. *La boîte à outils de l'orthophoniste* . [en ligne] disponible sur [http://ec2-54-247-31-70.eu-west-1.compute.amazonaws.com/booooo/\(S\(q2s50usehnullddmhv131zz\)\)/GALI/GALI_Presentation.aspx](http://ec2-54-247-31-70.eu-west-1.compute.amazonaws.com/booooo/(S(q2s50usehnullddmhv131zz))/GALI/GALI_Presentation.aspx) (consulté le 3/01/2013)
- [17] BOONE, M-L. et CORDEL, V. (2001-2002). **Evaluation pragmatique de la communication des patients cérébro- lésés droits à l'aide de deux outils : le Dice Game et le Profile Of Functional Impairment in Communication (PFIC)**. Mémoire présenté pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie. Université de Paris.
- [18] BRIN, F., COURRIER, C., et al. (2004). **Dictionnaire d'Orthophonie**. Isbergues : Ortho Edition.
- [19] CARON, J. (1989). **Précis de psycholinguistique**. Paris : Presses Universitaires de France.
- [20] CHARUEL, M. et BERSOUX-DELMOND, N. (2012). **Elaboration et évaluation d'un protocole de rééducation de l'informativité du discours du traumatisé crânien**. Mémoire présenté pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie. Université de Nantes.

- [21] CHOKRON, S. (1997). **Implications psychologiques des lésions cérébrales chez les traumatisés crâniens : approche psychodynamique et neuropsychologique.** Glossa, 58, p38-43.
- [22] COELHO, C. A. (1991). **Discourse analysis with Closed Head Injured Adults : Evidence for Differing Patterns of Deficits.** Archives of Physical Medicine Rehabilitation, vol.72, p465-468.
- [23] COHADON, F., CASTEL, J-P et al. (1998). **Les traumatisés crâniens de l'accident à la réinsertion.** Rueil-Malmaison : Arnette.
- [24] COLUN, H. (2008). **Aphasie et communication, de l'intention... à l'intervention.** Actes du Congrès Scientifique International de la FNO : Pragmatiques de l'intention... à la réalisation, p.205-217.
- [25] CÔTE, H. (2008). **Prise en charge clinique des troubles de la pragmatique des individus cérébro-lésés droits : notions d'évaluation et de rééducation.** Actes du Congrès Scientifique International de la FNO : Pragmatiques de l'intention... à la réalisation, p. 171-181.
- [26] CREACH, L. (2010). **Contribution à l'étude du traitement des indices émotionnels chez les sujets traumatisés crâniens.** Mémoire présenté pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie. Université de Nantes.
- [27] CROTEAU, B. et LEONARD, A. (1999-2000). **Deux outils pour l'évaluation pragmatique des troubles de la communication chez des patients traumatisés crâniens sévères non aphasiques : le Dice Game et le Profile of Functional Impairment in Communication (PFIC).** Mémoire présenté pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie. Université de Paris.
- [28] CURALLUCCI, H., TCHERNIACK, V. et al. (2011). **Le traumatisme crânien léger ou modéré : un handicap négligé.** Gémenos: Solal.
- [29] DAMICO, J.S. (1985). **Clinical Discourse Analysis (CDA) : A functional approach to language assessment, in Communication skills and classroom success.** In: C. S. Simon (editor) Communication skills and classroom success (London: Taylor & Francis), pp. 165-203.

- [30] DARDIER, V., FAYADA, C. et al. (2006). **L'impact des reprises d'autrui sur le discours de patients lésés frontaux**, in **La Linguistique**. Paris : Presses Universitaires de France.
- [31] DARDIER, V. (2004). **Pragmatique et pathologies : Comment étudier les troubles de l'usage du langage ?** Paris : Bréal.
- [32] DARDIER, V. (2013). **Usage du langage et lésions frontales : apport de l'approche pragmatique**. Actes des Sixièmes Journées Internationales de Neuropsychologie des Lobes Frontaux et des Fonctions Exécutives.
- [33] DE CHAMBOST, M. et DELHOM, M. (2011). **Evaluation du discours et de la conversation de jeunes adultes victimes d'un AVC au cours de leur enfance**. Mémoire présenté pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie. Université de Lyon.
- [34] DE SINGLY, F. (2005, 2^{ème} édition). **L'enquête et ses méthodes : le questionnaire**. Paris: Armand Colin.
- [35] DOUGLAS, J., O' FLAHERTY C. et al. (2000) **Measuring perception of communication ability: The development and evaluation of the La Trobe Communication Questionnaire**. *Aphasiology* 14, 251-268.
- [36] DRECHSLER, R. (2001). **Hétérogénéité sur tous les plans : production de discours et troubles neuropsychologiques chez les patients traumatisés crânio-cérébraux**. *Psychologie de l'interaction*, n°13-14, p109-140.
- [37] EHRLICH, J.S. et BARRY, P. (1989). **Rating communication behaviours in the head-injured adults**. *Brain Injury*, vol.2, p.193-198.
- [38] EVERAERT-DESMEDT, N. (2011). **La sémiotique de Peirce**, in **Signo** [en ligne], disponible sur <http://www.signosemio.com/peirce/semiotique.asp> (consulté le 14/12/12), Rimouski (Québec).
- [39] FAYOL, F., CARRIERE, H., et al. (2004). **Version française de l'entretien structuré pour l'échelle de devenir de Glasgow (GOS) : recommandations et premières études de validation**. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 47, p142-156.

- [40] GENTIL, G. (2013). **Evaluation de la communication dans le cadre du traumatisme crânien grave : confrontation des niveaux fonctionnel et pragmatique.** Mémoire présenté pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie. Université de Bordeaux.
- [41] GIL, R. (2010). **Neuropsychologie.** Lavis (Italie) : Masson.
- [42] GODEFROY, O. (2008). **Fonctions exécutives et pathologies neurologiques et psychiatriques.** Marseille : Solal.
- [43] GODFREY, H.P.D., UNSWORTH, R., et al. (2000). **Psychometric Evaluation of the Profile of Functional Impairment in Communication with traumatically brain-injured children.** New Zealand Journal of Psychology.
- [44] GRICE, H.P., **Logic and conversation** (1975) in **Syntax and Semantics: Speech Acts**, ouvrage dirigé par P. Cole & J.L. Morgan, vol.3, p41-58. New-York: Academic Press.
- [45] HAYS, S.-J., NIVEN, B. E., et al. (2004). **Clinical assessment of pragmatic language impairment: A generalisability study of older people with Alzheimer's disease.** Aphasiology, 18, p693-714.
- [46] JAGOT, L., MARLIER, N., et al. (2001). **Discours conversationnel et procédural chez le sujet traumatisé crânien sévère : étude conjointe de deux outils d'analyse clinique.** Psychologie de l'interaction, 13-14, p75-107.
- [47] JOANETTE, Y. (2004). **Impacts d'une lésion cérébrale droite sur la communication verbale.** Rééducation Orthophonique, 219, p9-26.
- [48] JOANETTE, Y. (2008). **Impact sur les habiletés pragmatiques des lésions cérébrales chez l'adulte.** Actes du Congrès Scientifique International de la FNO : Pragmatiques de l'intention... à la réalisation, p159-169.
- [49] KEITH, D. et al. (2011). **Evidence-based cognitive rehabilitation : updated review of the literature from 2003 through 2008.** Archives of Physical Medicine and Rehabilitation vol 92.
- [50] KERBRAT, A. et DE L'EPINOIS, A. (2011). **Évaluation des troubles de compétences de communication des sujets traumatisés crâniens graves : premiers travaux de validation de la grille d'observation de la communication pragmatique (GOCP) chez 28**

sujets traumatisés crâniens graves en situation écologique. Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 54, p247.

[51] KERBRAT-ORECCHIONI, C. (1996). **La conversation.** Paris : Mémo.

[52] KERBRAT-ORECCHIONI, C. (2008). **Les actes de langage dans le discours.** Paris : Armand Colin.

[53] KERBRAT-ORECCHIONI, C. (2001). **Les actes de langage dans le discours – Théorie et fonctionnement – « Quand dire, c’est faire » : un travail de synthèse sur la pragmatique conversationnelle.** Paris : Nathan Université.

[54] KOZLOWSKI, O., POLLEZ, B. et al. (2002). **Devenir et qualité de vie à trois ans dans une cohorte de patients traumatisés crâniens graves.** Annales de Réadaptation et de Médecine Physique, 45, 466-473.

[55] LANZONE, O. et PEYLHARD, E. (2002). **Conversations avec des adolescents traumatisés crâniens: mesure et identification des troubles de la pragmatique grâce à la PFIC. Comparaison avec des adolescents contrôles.** Mémoire présenté pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie. Université de Paris.

[56] LASSERRE, J.P., BOUZIGUES, J.Y., et al. **Estimation neuropsychologique et prise en charge par l’orthophoniste de patients traumatisés crâniens graves.** Glossa, 4, 2, p12-26.

[57] LAURENT-VANNIER, A. et BRUGEL, D-G. (1998). **Mise en place d’un réseau de soins concernant l’enfant traumatisé crânien en Ile-de-France.** Annales de Réadaptation et de Médecine Physique, 41, p93-95.

[58] LAVEAULT, D. et GREGOIRE, J. (2002, 2^{ème} édition). **Introduction aux théories des tests en psychologie et en sciences de l’éducation.** Belgique : De Boeck.

[59] LECUIR, M-L. (2007). **Communication et dysfonctionnement exécutif du sujet traumatisé crânien.** Mémoire présenté en vue de l’obtention du certificat de capacité d’orthophoniste. Université de Nantes.

[60] LELOUP, G. (2008). **Enigmatique pragmatique.** Actes du Congrès Scientifique International de la FNO : Pragmatiques de l’intention... à la réalisation. p1-9.

- [61] LENFANT, M., THIBAUT, M.P. et al. (2008). **Comment évaluer et stimuler les compétences pragmatiques en réception ?** Actes du Congrès Scientifique International de la FNO : Pragmatiques de l'intention... à la réalisation, p95-120.
- [62] LE THIEC, F., JOKIC, C. et al. (1999). **Evaluation écologique des fonctions exécutives chez les traumatisés crâniens graves : pour une meilleure approche du handicap.** Annales de Réadaptation et de Médecine Physique, 42, p1-18.
- [63] LINSKOTT, R.J., KNIGHT, R.G. et al. (1995). **The Profile of Functional Impairment in Communication (PFIC) : a measure of communication impairment for clinical use.** Brain Injury, 10, p397-412.
- [64] MATHIEU, N. (2011). **Orthophonistes et troubles dyslexiques : quelles places pour les parents ?** Mémoire présenté en vue de l'obtention du certificat de capacité en orthophonie. Université de Nancy.
- [65] MAZAUX, J.M., BARAT, M., et al. (1997). **Troubles du langage, de la parole et de la communication verbale après traumatisme crânien grave.** Glossa, 58, p22-29.
- [66] MCDONALD, S. (2001). **Assessing communication disturbances after traumatic brain injury: a cognitive- pragmatic approach** in Psychologie de l'interaction, n°13-14, p47-74.
- [67] MCDONALD, S. et PEARCE, S. (1995) : **The " dice " game : a new test of pragmatic language skills after closed head injury.** Brain Injury, 3, p255-271
- [68] MCDONALD, S. (1995). **The Dice Game**, School of Psychology, University of New South Wales, 2052, New South Wales, Australia. (manuel du Dice Game)
- [69] MERCAT, B. et RENOUF, A. (2006). **Programme de prise en charge de la communication à distance d'un traumatisme crânien grave. Etude pilote.** Annales de Réadaptation et de Médecine Physique, 49, p150-154.
- [70] MOESCHLER, J. (2008). **Qu'est-ce que la pragmatique ? Signification linguistique et interprétation pragmatique.** Actes du Congrès Scientifique International de la FNO : Pragmatiques de l'intention... à la réalisation, p13-32.

- [71] MORIN L., JOANETTE Y., et al. (1986). **Grille d'analyse des aspects pragmatiques de la communication interindividuelle**. Rééducation Orthophonique, vol.24, 146, p137-149
- [72] OPPENHEIM-GLUCKMAN, H., FAYOL, P., et al.(2003). **Psychopathologie de la méconnaissance des troubles cognitifs et comportementaux des traumatisés crâniens sévères**. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique, 46, p41-48.
- [73] PETER-FAVRE, C., (2002). **Discours et conversation chez les traumatisés crâniocérébraux**, in **Pragmatique et psychologie**, p281-304. Nancy : Presse Universitaire de Nancy.
- [74] PETER-FAVRE, C. et DEWILDE, V. (1999). **Lobes Frontaux et langage in Neuropsychologie des lobes frontaux**, p203-233. Marseille : Solal.
- [75] PETER-FAVRE, C. et DRECHSLER, R. (2002). **Outils d'évaluation des troubles de la pragmatique en neuropsychologie**, in **Pragmatique et Psychologie**. Nancy : Presses Universitaires de Nancy.
- [76] PRUTTING, C. et KIRCHNER, D. (1987) : **A clinical appraisal of the pragmatic aspects of language**. Journal of Speech and Hearing Disorders, 52, p105-119.
- [77] RONDAL, J-A. et ESPERET, E. (1999) **Manuel de Psychologie de l'Enfant**. Sprimont (Belgique) : Mardaga.
- [78] SALLES, M. (2006). **Cohésion-cohérence : accords et désaccords**. CORELA - Numéros thématiques | Organisation des textes et cohérence des discours. [En ligne] Publié en ligne le 27 octobre 2006. Disponible sur : <http://corela.edel.univ-poitiers.fr/index.php?id=1426>. (Consulté le 9/04/2013).
- [79] SICART, D. (2012). **Les professions de santé au 1^{er} janvier 2012**, Séries Statistiques, 168.
- [80] TRAVERSO, V. (2007). **L'analyse des conversations**. Paris : Armand Colin.
- [81] TRUELLE, J-L., FAYADA, C., et al. (2005). **Psychopathologie et traumatisme crâniocérébral sévère de l'adulte. Troubles de l'humeur et du comportement, principal facteur de handicap**. Pratiques psychologiques, 11, p329-341.

[82] TURNER-STOKES, L. (2008). **Evidence for the effectiveness of multidisciplinary rehabilitation following acquired brain injury: a synthesis of two systematic approaches.** Journal of Rehabilitation Medicine, 40, p691-701.

COMPLEMENT

BIBLIOGRAPHIQUE

Nous présentons ici quelques références qui nous ont aidées à construire notre réflexion tout au long de notre travail de recherche, et qui pourront être utiles au lecteur.

BERNICOT, J., BAREAU, B., GIL, R. (2006). La détermination des implicatures conversationnelles par des individus cérébrolésés droits. **Revue de Neuropsychologie**, 16(2), 217-249.

BOSCO, F. M., ANGELERI, R., ZUFFRANIERI, M., BARA, B. G., & SACCO, K., (2010). Assessment Battery for Communication: Development of Two Parallel Forms, **Journal of Communication Disorders**.

BOUVARD, M. & COTTRAUX, J. (2010, 5^{ème} édition). **Protocoles et échelles d'évaluation en psychologie et psychiatrie**. Meppel (Pays-Bas) : Masson.

CARON, J. (1983). **Les régulations du discours**. Paris : Presses Universitaires de France.

CHAHRAOUI, K. & BENONY, H. (2003). **Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique**. Paris : Dunod.

CHARBONNEAU, C. (1988). Analyse et généralisation des résultats, in **Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie**, p229-275, coordonné par ROBERT, M. Saint-Hyacinthe (Québec) : EDISEM.

CONNIN, S. & TILLARD, A. (2011) **Validation d'un test de langage élaboré auprès de patients atteints de démence. Mémoire présenté pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie.** Université de Lille.

FERMANIAN, J. (2005). Validation des échelles d'évaluation en médecine physique et de réadaptation : comment apprécier correctement leurs qualités psychométriques. **Annales de Réadaptation et de Médecine Physique, 48**, 281-287.

KERBRAT-ORECCHIONI, C. (2005). **Le discours en interaction.** Paris : Armand Colin.

LAJEUNESSE, M. (2008). **Etude des relations entre troubles exécutifs et troubles de la pragmatique chez trois patients cérébrolésés droits.** Mémoire présenté en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste. Université de Nantes.

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

MENORET, S. (1997). **Théorie de l'esprit, compréhension du langage oral et compétence conversationnelle.** Mémoire présenté pour l'obtention du DEA de Psychologie, Cognition, Communication.

MONETTA, L. & CHAMPAGNE, M. (2004). Processus cognitifs sous- jacents déterminant les troubles de la communication verbale chez les cérébrolésés droits. **Rééducation Orthophonique, 219**, 27-42.

NESPOULOUS, J.L (2013) Dysfonctionnements langagiers et dissociations discursives fonctionnelles chez les cérébro-lésés frontaux, 110 ans après la naissance de Luria. **Actes des Sixièmes Journées Internationales de Neuropsychologie des Lobes Frontaux et des Fonctions Exécutives.**

RYCZYWOL, B. (2003). **Etude de la relation entre les aptitudes conversationnelles, le fonctionnement exécutif et la théorie de l'esprit chez des sujets ayant subi un TC sévère.** Mémoire présenté pour l'obtention de la maîtrise de psychologie. Université de Nantes.

SARFATI, G-E. (2002). **Précis de pragmatique.** Paris : Nathan Université.

SIMON, L. (2005). Evaluation de la sphère pragmatique chez les enfants présentant des troubles du langage oral : adaptation du Dice Game. Mémoire présenté pour l'obtention du titre de psychologue. Université de Nantes.

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Livret et manuel du PFIC

ANNEXE 2 : Tableaux en lien avec les résultats du questionnaire

ANNEXE 3 : Réponses complémentaires des orthophonistes connaissant le PFIC

ANNEXE 4 : Exemple de profil conversationnel établi à partir des résultats au PFIC

ANNEXE 5 : Exemple de fiche donnée aux étudiants venus tester notre questionnaire

ANNEXE 6 : E-mail envoyé aux présidents de région de la F.N.O pour présenter notre questionnaire

ANNEXE 7 : E-mail joint au questionnaire

ANNEXE 8 : Tableau récapitulatif des études effectuées sur le PFIC

ANNEXE 9 : Organigramme illustrant les différents « chemins » du questionnaire

Annexe 1 : Livret et Manuel du PFIC

LIVRET DU PFIC

Nom et prénom :

Date :

Rubrique I : Contenu logique (Morphologie)

- Dans l'idéal, indépendamment du contexte, des convenances sociales, de la pertinence, ou de tout autre facteur induit par le contexte, un énoncé doit être logique et compréhensible.

- Ne retenir que ce qui est dit, lexique, grammaire, syntaxe et sémantique, sans tenir compte des déductions qui pourraient être tirées du contexte de la conversation et qui pourraient ajouter du sens aux énoncés.

	Non appréciable	Pas du tout	Parfois	Souvent	(Presque) Toujours
1.01 Le flux des énoncés est brisé, rompu (diffluence)	*	0	1	2	3
1.02 Les phrases sont fragmentées	*	0	1	2	3
1.03 Utilise des structures phrastiques simples	*	0	1	2	3
1.04 Emploi des mots sans signification (néologismes)	*	0	1	2	3
1.05 Décrit des choses simples avec beaucoup de mots (circonlocutions)	*	0	1	2	3
1.06 Dit des choses curieuses et bizarres	*	0	1	2	3
1.07 Produit des mots ou des sons de façon non intentionnelle (énoncés paraphasiques)	*	0	1	2	3
1.08 A des difficultés de dénomination (manque du mot)	*	0	1	2	3
1.09 Utilise des locutions singulières	*	0	1	2	3
1.10 Omet des éléments des phrases	*	0	1	2	3

↳ Echelle de synthèse : Globalement et considérant l'importance relative de chaque déficit évoqué dans les items ci-dessus, comment évalueriez-vous l'aptitude du Sujet à utiliser un langage logique, compréhensible et cohérent ?

Normal	Déficit très discret	Déficit discret	Déficit modéré	Déficit sévère	Déficit très sévère
0	1	2	3	4	5

Rubrique II : Participation à l'interaction

- Dans l'idéal, chaque participant contribue au dialogue en vue d'atteindre un certain but conversationnel (implicitement ou explicitement) auquel chacun attache une certaine valeur.

- Tenir compte de la contribution du Sujet dans sa totalité, de la coordination de ses idées, des tentatives de prise en compte des besoins de l'Autre, et de la participation d'ensemble.

	Non appréciable	Pas du tout	Parfois	Souvent	(Presque) toujours
2.01 Les idées sont bien soudées et organisées de façon cohésive	*	3	2	1	0
2.02 N'apparaît pas intéressé par l'Autre	*	0	1	2	3
2.03 Réagit aux initiatives d'autrui	*	3	2	1	0
2.04 Pose des questions	*	3	2	1	0
2.05 Est ennuyeux à écouter	*	0	1	2	3
2.06 Réagit de façon inamicale aux initiatives sociales de l'Autre	*	0	1	2	3
2.07 Apparaît malhabile	*	0	1	2	3
2.08 Contribue spontanément à la conversation	*	3	2	1	0
2.09 Habile à prendre et à respecter les tours de parole	*	3	2	1	0
2.10 Contribue à égalité à la conversation	*	3	2	1	0
2.11 Se montre dominateur	*	0	1	2	3
2.12 Est un interlocuteur difficile à suivre	*	0	1	2	3

↳ Echelle de synthèse : Globalement et considérant l'importance relative de chaque déficit évoqué dans les items ci-dessus, comment évalueriez-vous la capacité du Sujet à participer à l'interaction sociale de façon structurée par rapport aux intérêts de l'Autre ?

Normal	Déficit très discret	Déficit discret	Déficit modéré	Déficit sévère	Déficit très sévère
0	1	2	3	4	5

Rubrique III : Quantité (adéquation)

- Dans l'idéal, les informations fournies répondent aux besoins de l'interlocuteur.
- Tenir compte de la somme d'informations fournie par le Sujet, et de la façon dont cette quantité d'informations répond ou non aux besoins de l'Autre.

	Non appréciable	Pas du tout	Parfois	Souvent	(Presque) toujours
3.01 Dépasse l'entendement de l'Autre, utilise un langage inaccessible, supérieur au niveau de l'Autre.	*	0	1	2	3
3.02 Fournit un luxe de détails	*	0	1	2	3
3.03 Perçoit les malentendus	*	3	2	1	0
3.04 Est sensible aux demandes de clarification	*	3	2	1	0
3.05 Ne donne pas suffisamment de détails	*	0	1	2	3
3.06 Utilise inopportunément un jargon spécifique	*	0	1	2	3
3.07 Se montre condescendant vis-à-vis de l'Autre	*	0	1	2	3

↳ Echelle de synthèse : Globalement et considérant l'importance relative de chaque déficit évoqué dans les items ci-dessus, comment évalueriez-vous la capacité du Sujet à fournir une quantité appropriée d'informations adaptée aux besoins ou à la compréhension de l'Autre ?

Normal	Déficit très discret	Déficit discret	Déficit modéré	Déficit sévère	Déficit très sévère
0	1	2	3	4	5

Rubrique IV : Qualité (Authenticité)

- Dans l'idéal, les contributions du Sujet à la conversation sont fidèles aux connaissances et à ses convictions.
- Tenir compte de la façon selon laquelle la contribution du Sujet apparaît sincère et factuelle. Il ne s'agit pas de formuler un jugement de personnalité, mais d'évaluer subjectivement le comportement dans la situation étudiée.

	Non appréciable	Pas du tout	Parfois	Souvent	(Presque) toujours
4.01 Invente des histoires (fabule)	*	0	1	2	3
4.02 Exagère	*	0	1	2	3
4.03 Est conséquent (ne se contredit pas)	*	3	2	1	0
4.04 Semble dire la vérité	*	3	2	1	0
4.05 Se vante	*	0	1	2	3

↳ Echelle de synthèse: Globalement et considérant l'importance relative de chaque déficit évoqué dans les items ci-dessus, comment évalueriez-vous la capacité du Sujet à donner des informations de manière honnête et factuelle ?

Normal	Déficit très discret	Déficit discret	Déficit modéré	Déficit sévère	Déficit très sévère
0	1	2	3	4	5

Rubrique V : Structuration interne des idées

- Dans l'idéal, lors de la prise de parole du sujet, le rapport entre ses idées successives doit être clair et cohésif. Les idées doivent être pertinentes et avoir un lien entre elles
- Tenir compte des prises de parole du Sujet indépendamment de celles de l'Autre
- Noter la structuration des idées évoquées par le Sujet et leur lien.

	Non appréciable	Pas du tout	Parfois	Souvent	(Presque toujours)
5.01 Complexifie abusivement	*	0	1	2	3
5.02 La suite des idées est harmonieuse	*	3	2	1	0
5.03 Place un accent exagéré sur des idées sans importance	*	0	1	2	3
5.04 Répète des informations	*	0	1	2	3
5.05 Les idées semblent embrouillées ou mal coordonnées	*	0	1	2	3
5.06 Enrichit spontanément	*	3	2	1	0
5.07 Les idées sont illogiquement connectées (la pensée est désordonnée)	*	0	1	2	3

↳ Echelle de synthèse: Globalement et considérant l'importance relative de ce déficit évoqué dans les items ci-dessus, comment évalueriez-vous la capacité du sujet à donner des informations structurées et reliées ?

Normal	Déficit très discret	Déficit discret	Déficit modéré	Déficit sévère	Déficit très sévère
0	1	2	3	4	5

Rubrique VI : Cohérence externe

- Dans l'idéal, il existe une relation de bonne qualité entre les idées présentées dans un tour de parole et celles émises par l'Autre dans le tour précédent.
- Tenir compte de l'articulation et de l'adéquation des prises de parole du Sujet par rapport à celles de l'Autre (remarque : certains items pré-supposent le fait que le Sujet a effectivement posé des questions.....voir item 2.04. Si tel n'est pas le cas, noter « non appréciable »)

	Non appréciable	Pas du tout	Parfois	Souvent	(Presque) toujours
6.01 Réagit sur le mode phatique (bon....ouais.....mmm....ah bon ?...)	*	3	2	1	0
6.02 Imite les énoncés de l'Autre (écholalie)	*	0	1	2	3
6.03 Les manifestations phatiques sont adaptées	*	3	2	1	0
6.04 Pose des questions inappropriées	*	0	1	2	3
6.05 Fait bon usage des questions	*	3	2	1	0
6.06 Intègre ses propres idées à celles de l'Autre	*	3	2	1	0

↳ Echelle de synthèse : Globalement et considérant l'importance relative de chaque déficit évoqué dans les items ci-dessus, comment évalueriez-vous la capacité du Sujet à adapter ses propres interventions à celles de l'Autre ?

Normal	Déficit très discret	Déficit discret	Déficit modéré	Déficit sévère	Déficit très sévère
0	1	2	3	4	5

Rubrique VII : Clarté de l'expression

- Dans l'idéal, les idées sont présentées clairement.
- Tenir compte de la concision avec laquelle les idées sont présentées, sans tenir compte des problèmes de diffluence ou d'articulation éventuels.

	Non appréciable	Pas du tout	Parfois	Souvent	(Presque) toujours
7.01 Est vague ou ambigu	*	0	1	2	3
7.02 L'expression est claire, nette ou succincte	*	3	2	1	0
7.03 Est nébuleux	*	0	1	2	3

↳ Echelle de synthèse : Globalement et considérant l'importance relative de chaque déficit évoqué dans les items ci-dessus, comment évalueriez-vous la capacité du Sujet à exprimer ses idées de façon claire et concise ?

Normal	Déficit très discret	Déficit discret	Déficit modéré	Déficit sévère	Déficit très sévère
0	1	2	3	4	5

Rubrique VIII : Comportement social

- Dans l'idéal, le discours devrait être adapté au contexte, à l'arrière-plan (âge, données socio-culturelles des interlocuteurs) de la conversation et au type de relation qu'entretient le Sujet avec l'Autre.

- Tenir compte du contexte de la conversation et de la façon dont le sujet s'adapte à celui-ci, indépendamment du thème de la discussion.

	Non appréciable	Pas du tout	Parfois	Souvent	(Presque) toujours
8.01 Est exagérément poli ou courtois	*	0	1	2	3
8.02 Est trop prévenant	*	0	1	2	3
8.03 Se montre excessivement respectueux ou flatteur à l'égard de l'Autre	*	0	1	2	3
8.04 Est trop familier	*	0	1	2	3
8.05 Dirige les sujets de conversation	*	0	1	2	3
8.06 Est exagérément guindé ou compassé	*	0	1	2	3
8.07 Contribue à orienter la conversation	*	3	2	1	0
8.08 Est impoli ou discourtois	*	0	1	2	3
8.09 Donne des marques d'attention non adaptées	*	0	1	2	3
8.10 Prête une attention insuffisante	*	0	1	2	3
8.11 Est irrespectueux ou irrévérencieux vis-à-vis de l'Autre	*	0	1	2	3

↳ Echelle de synthèse: Globalement et considérant l'importance relative de chaque déficit évoqué dans les items ci-dessus, comment évalueriez-vous la capacité du Sujet à utiliser un style social adéquat ?

Normal	Déficit très discret	Déficit discret	Déficit modéré	Déficit sévère	Déficit très sévère
0	1	2	3	4	5

Rubrique IX : Positionnement social du contenu

- Dans l'idéal, le contenu abordé devrait être adapté aux arrières-plans et aux valeurs morales, culturelles et sociales propres à l'Autre et au contexte.
- Tenir compte de ce que le Sujet a dit, de l'adéquation de ses dires, notamment en termes de conduites offensantes ou déviantes, étant donné le contexte socioculturel.

	Non appréciable	Pas du tout	Parfois	Souvent	(Presque) toujours
9.01 Est excessivement intime	*	0	1	2	3
9.02 Contenus inappropriés (sexe, religion, politique)	*	0	1	2	3
9.03 Parle trop de lui-même (Egocentrique)	*	0	1	2	3
9.04 Utilise des jurons	*	0	1	2	3
9.05 Est grossier ou offensant vis-à-vis de lui-même ou de l'Autre	*	0	1	2	3

↳ Echelle de synthèse : Globalement et considérant l'importance relative de chaque déficit évoqué dans les items ci-dessus, quel jugement porteriez-vous quant à la capacité du Sujet à s'en tenir, dans la conversation, à des contenus socialement, culturellement et moralement appropriés ?

Normal	Déficit très discret	Déficit discret	Déficit modéré	Déficit sévère	Déficit très sévère
0	1	2	3	4	5

Rubrique X : Aspects esthétiques (Prosodie, posture, mimiques...)

- Dans l'idéal, le jeu des paramètres esthétiques vient rehausser (ajout de sens, coloration...) la contribution apportée par les participants.

- Tenir compte de l'interaction du Sujet dans sa totalité ; quand les méthodes d'observation excluent la vérification d'un comportement particulier, le coter comme non appréciable.

	Non appréciable	Pas du tout	Parfois	Souvent	(Presque) toujours
10.01 Répond après un long délai	*	0	1	2	3
10.02 La voix est trop forte	*	0	1	2	3
10.03 Parle trop vite	*	0	1	2	3
10.04 La voix est monotone	*	0	1	2	3
10.05 Est remuant, ne tient pas en place	*	0	1	2	3
10.06 Interrompt	*	0	1	2	3
10.07 Pendant la conversation, s'occupe exagérément de son apparence physique	*	0	1	2	3
10.08 Manie l'humour mal à propos	*	0	1	2	3
10.09 Parle trop lentement	*	0	1	2	3
10.10 Utilise de façon adaptée l'expression affective	*	3	2	1	0
10.11 Parle avec une voix exagérément profonde ou exagérément haut perchée	*	0	1	2	3
10.12 Se gratte	*	0	1	2	3
10.13 Parle trop bas	*	0	1	2	3
10.14 Le discours est émaillé de pauses longues ou nombreuses	*	0	1	2	3
10.15 Articule clairement	*	3	2	1	0
10.16 La gestuelle est excessive ou inhabituelle	*	0	1	2	3
10.17 Utilise les jeux de mots de façon inadéquate	*	0	1	2	3
10.18 Emploi normal des accents toniques					

↳ Echelle de synthèse : Globalement et considérant l'importance relative de chaque déficit évoqué dans les items ci-dessus, comment évalueriez-vous la capacité du Sujet à rehausser sa contribution sur la base de caractéristiques esthétiques ?

Normal	Déficit très discret	Déficit discret	Déficit modéré	Déficit sévère	Déficit très sévère
0	1	2	3	4	5

MANUEL PFIC
Profile of Functional Impairment in Communication

Pré-requis, Passation et Cotation

1- Le PFIC a pour but de détecter les déficits fonctionnels de la communication. La grille comporte dix rubriques :

- Rubrique 1 : Contenu Logique (morphologie)
- Rubrique 2 : Participation à l'interaction
- Rubrique 3 : Quantité (adéquation)
- Rubrique 4 : Qualité (authenticité)
- Rubrique 5 : Structuration Interne des Idées
- Rubrique 6 : Cohérence Externe
- Rubrique 7 : Clarté de l'Expression
- Rubrique 8 : Comportement Social
- Rubrique 9 : Positionnement Social du contenu
- Rubrique 10 : Aspects Esthétiques (prosodie, posture, mimique...)

Chaque rubrique débute par une description de la dimension particulière du comportement communicationnel qui est visée.

On trouve ensuite un certain nombre d'Indicateurs Comportementaux Spécifiques (ICS). Il existe au total 84 ICS, qui se répartissent inégalement sur les 10 rubriques. Voir plus bas pour une définition détaillée de chacun des ICS.

Chaque rubrique inclut, outre les ICS, une Echelle de Synthèse (ES).

2- Pré-requis

Les juges devront maîtriser les définitions des ICS, et saisir les différences entre les aspects du comportement communicationnel évalués par les rubriques.

3- La personne dont on évalue la communication est désignée comme le Sujet. La personne avec qui le Sujet communique est appelée l'Autre.

4- Les déficits communicationnels sont évalués sur la base d'une interaction duelle. Dans l'idéal, l'évaluation devrait se fonder sur plusieurs interactions ayant pris place à différents moments (- à la condition que ces interactions présentent un degré de structuration identique).

5- Cotation

Les ICS sont cotés selon un différenciateur en 4 points : pas du tout (note 0), parfois (note 1), souvent (note 2), presque toujours ou toujours (note 3). Lorsque l'ICS décrit un comportement positif, la note varie de 3 à 0 ; la note 3 correspond alors à "pas du tout". Il existe également une option "non appréciable" : l'ICS, dans ce cas, n'est pas coté.

Pour les Echelles de Synthèse, on utilise un différenciateur en 6 points : normal (note 0), déficit très discret (note 1), déficit discret (note 2), déficit modéré (note 3), déficit sévère (note 4), déficit très sévère (note 5).

Les scores ES et les scores ICS sont traités de façon séparée. On utilise les indicateurs synthétiques suivants (voir tableau figurant à l'en-tête du livret de passation) :

* Décompte ICS : c'est, pour chaque rubrique, le nombre d'ICS ayant reçu une note égale ou supérieure à 1.

** Somme ICS : c'est, pour chaque rubrique, la somme des notes attribuées aux ICS.

*** ES : c'est, pour chaque rubrique, le score correspondant à l'appréciation portée sur l'Echelle de Synthèse.

Il devient possible, à partir de ces trois scores, de construire un profil (pour des exemples, voir Linscott & al., 1996). Les appréciations portées sur les Echelles de Synthèse peuvent être considérées comme l'agrégat des appréciations portées sur les ICS (sans qu'il soit nécessaire de postuler l'existence d'une relation linéaire entre les notes aux ICS et l'Echelle de Synthèse).

Annexe 2 : Tableaux en lien avec les résultats du questionnaire

Tableau 1 : Part d'orthophonistes en fonction du sexe

Sexe	Orthophonistes français	O.F. répondants	O.F.prenant en charge des TC	O.F. évaluant la pragmatique du langage des TC	Effectif d'O.F. qui connaissent le PFIC
Femme	96,3%	96,9%	96,9%	97,2%	21
Homme	3,7%	3,1%	3,1%	2,8%	0
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	21

Sources : DREES - "Les professions de santé" 2012 & Enquête 2013.

Tableau 2 : Part d'orthophonistes en fonction de l'âge

Classe d'âge	Orthophonistes français	O.F. répondants	O.F.prenant en charge des TC	O.F. évaluant la pragmatique du langage des TC	Effectif d'O.F. qui connaissent le PFIC
20-29 ans	19,4%	27,0%	22,5%	27,4%	8
30-39 ans	24,9%	37,2%	38,2%	34,6%	5
40-49 ans	21,7%	18,3%	21,6%	20,7%	7
50-59 ans	21,5%	14,9%	14,9%	13,4%	1
Plus de 60 ans	12,5%	2,5%	2,8%	3,9%	0
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	21

Sources : DREES - "Les professions de santé" 2012 & Enquête 2013.

Tableau 3 : Part d'orthophonistes en fonction du mode d'exercice

Mode d'exercice	Orthophonistes français	O.F. répondants	O.F.prenant en charge des TC	O.F. évaluant la pragmatique du langage des TC	Effectif d'O.F. qui connaissent le PFIC
Libéral et mixte	80,1%	86,7%	84,4%	84,4%	9
Institution	19,9%	13,3%	15,6%	15,6%	12
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	21

Sources : DREES - "Les professions de santé" 2012 & Enquête 2013.

Tableau 4 : Nombre de régions en fonction de la densité d'orthophonistes

Densité	Orthophonistes français	O.F. répondants
Très faible et faible	9	13
Moyenne	4	8
Forte et très forte	10	2
Total	23	23

Sources : DREES - "Les professions de santé" 2012 & Enquête 2013.

Annexe 3 : Réponses complémentaires des orthophonistes connaissant le PFIC

Orthophonistes utilisant ou ayant utilisé le PFIC

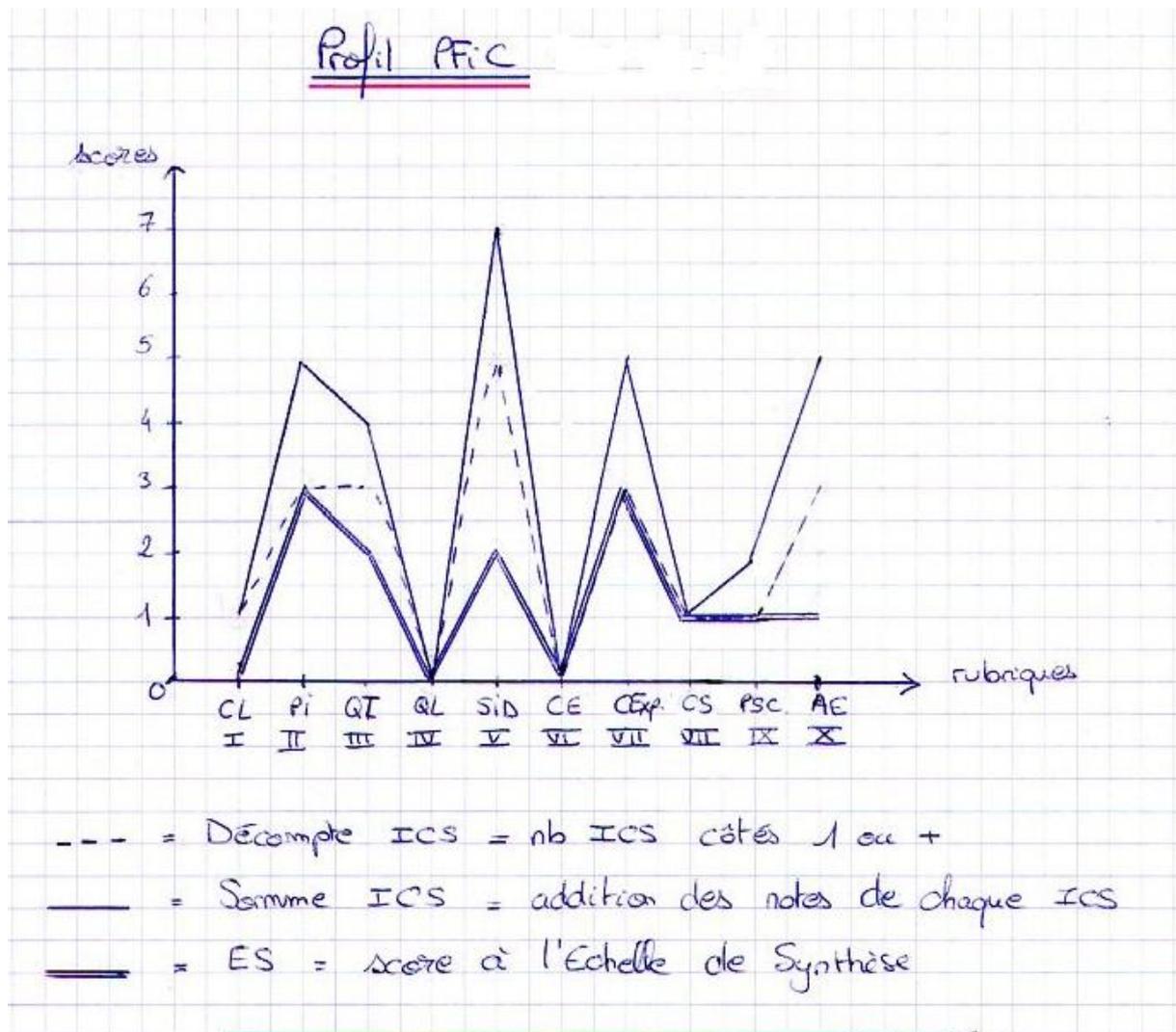
Orthophonistes	En quelle année avez-vous connu le PFIC ?	A quelle occasion avez-vous connu le PFIC ?	Comment vous êtes-vous procuré le PFIC ?	Combien de fois l'avez-vous utilisé ?	Le PFIC vous aide-t-il ou vous influence-t-il aujourd'hui dans votre approche de la pragmatique auprès de vos patients ?
N	1999	Par un neuropsychologue ; enseignant à l'université de Nantes avec qui nous avons traduit le test et fait plusieurs études via des mémoires d'orthophonie, avec l'accord des auteurs du PFIC	Via le neuropsychologue	De nombreuses fois lors des évaluations pour les mémoires d'orthophonie (sur 4 ans) Pas d'utilisation en pratique clinique courante	Oui pour notre étude : intérêt pour l'approche pragmatique. Il n'existe pas d'autre outil pour évaluer la pragmatique Mais trop lourd en pratique courante faute de temps.
F	2011	Collègues	Collègues	2	Oui : j'ai des éléments de la grille en tête lors de l'observation clinique.
M	2011	Littérature	Collègue	1	Pas particulièrement : PFIC = synthèse de ce que j'ai lu dans la

					littérature.
J	1996-1997	Via une collègue, maître de mémoire d'un travail sur le PFIC	D'autres versions du PFIC (enfants TC...) ont été évaluées dans le service	2 ou 3	Pas du tout, passation et cotation trop longues, n'apporte rien de nouveau aux épreuves existantes, ni au patient ni à l'orthophoniste.

Orthophonistes n'ayant jamais utilisé le PFIC:

Orthophonistes	En quelle année avez-vous connu ce test ?	A quelle occasion avez-vous connu le PFIC ?
K	2003	J'ai encadré un mémoire d'orthophonie (sur les troubles de communication des TC) dans lequel il était cité
T	2011	Collègues et stagiaires
C	2011	Par ses collègues

Annexe 4 : Exemple de profil conversationnel établi à partir des résultats au PFIC



**Annexe 5 : Exemple de fiche donnée aux étudiants venus tester
notre questionnaire**

③

- Vous êtes une ortho qui prend en charge des patients traumatisés crâniens. Vous évaluez la pragmatique du langage chez ces patients et vous connaissez le PFIC. Vous n'utilisez pas cet outil et vous ne l'avez jamais utilisé au cours de votre pratique.

⑦

- Vous prenez en charge des TC. Vous n'évaluez pas la pragmatique du langage chez ces patients. Vous connaissez le PFIC mais vous ne l'utilisez pas et vous ne l'avez jamais utilisé au cours de votre pratique, car vous ne souhaitez pas utiliser un outil non étalonné.

Annexe 6 : E-mail envoyé aux présidents de région de la F.N.O **pour présenter notre questionnaire**

Nantes, le 13 janvier 2013

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Nous sommes actuellement étudiantes en 4^{ème} année d'orthophonie à l'école de Nantes. Dans le cadre de notre mémoire de recherche, nous nous intéressons à l'évaluation des compétences pragmatiques dans la pratique orthophonique. Pour cela, nous avons élaboré un questionnaire destiné aux orthophonistes françaises.

Nous sollicitons donc votre aide : en effet, nous souhaiterions que vous envoyiez notre questionnaire aux orthophonistes de votre région. Vous pouvez simplement copier et coller le mail ci-dessous.

Nous vous remercions par avance pour votre aide précieuse, sans laquelle notre projet ne pourrait aboutir. Vous trouverez ci-après nos coordonnées pour toute question, demande de clarification ou autres remarques. En pièce jointe, nous vous transmettons une copie du mail de validation de notre sujet de mémoire auprès de la commission de notre école.

Cordialement,

Mlles Charlotte Rault et Laureline Saint-Pé

laureline.saintpe@gmail.com

Annexe 7 : E-mail joint au questionnaire

Nantes, le 13 janvier 2013

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Actuellement étudiantes en 4ème année d'orthophonie à l'école de Nantes, nous nous intéressons, dans le cadre de notre mémoire de recherche, à l'évaluation des compétences pragmatiques dans l'exercice orthophonique. La pragmatique peut être définie comme l'analyse du langage en contexte. Notre étude se concentre sur l'évaluation des compétences en pragmatique conversationnelle.

Afin de nous rendre compte des pratiques d'évaluation dans ce domaine, nous sollicitons votre aide. Votre participation contribuera au développement des études sur la pragmatique du langage. Répondre à ce questionnaire vous prendra quelques minutes : <https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?fromEmail=true&formkey=dDZNUG9UTjhOWGpKY2R0bURjbWVtY2c6MQ>

A la fin du questionnaire, vous trouverez nos coordonnées. N'hésitez pas à nous transmettre vos questions, intérêts et réactions.

Nous vous remercions par avance pour votre aide précieuse.

Cordialement,

Mlles Charlotte Rault et Laureline Saint-Pé

Annexe 8 : Tableau récapitulant les études effectuées sur le PFIC

(Tableaux en format A3 ci-dessous).

Annexe 9 : Organigramme illustrant les différents « chemins » du questionnaire

(Organigramme en format A3 ci-dessous).

Résumé : Le Profile of Functional Impairment in Communication (PFIC) est une grille d'évaluation de la pragmatique conversationnelle, conçue initialement pour les patients traumatisés crâniens. La littérature fait état des qualités intrinsèques de cet outil. Pourtant, il semble peu utilisé par les orthophonistes en pratique clinique. Ce mémoire a pour objectif de mettre en évidence les freins extrinsèques à l'utilisation du PFIC auprès de patients traumatisés crâniens. Une partie exploratoire, au cours de laquelle nous avons coté des vidéos de patients traumatisés crâniens à l'aide du PFIC, nous a permis d'objectiver des limites à l'utilisation de ce test. Ces limites ont servi de bases pour la construction de notre questionnaire à destination des orthophonistes français. Notre enquête montre que peu d'orthophonistes connaissent le PFIC, et qu'ils sont encore moins nombreux à utiliser cet outil. Les orthophonistes qui le connaissent attestent de la pertinence de cet outil. Trois groupes sont distingués au niveau des orthophonistes qui connaissent le PFIC : les orthophonistes qui l'utilisent actuellement, les orthophonistes qui ont déjà utilisé le PFIC mais ne l'utilisent plus actuellement, et les orthophonistes qui n'ont jamais utilisé le PFIC. Les freins extrinsèques liés à la procédure du PFIC sont la catégorie principalement citée par les orthophonistes qui ont utilisé par le passé cet outil. Ces orthophonistes modifient majoritairement la procédure, jugée contraignante. Les freins extrinsèques non liés à la procédure (diffusion, documentation) sont la catégorie principalement citée par les orthophonistes qui n'ont jamais utilisé cet outil.

Mots clés : Profile of Functional Impairment in Communication, freins, extrinsèques, évaluation, pragmatique conversationnelle, traumatisés crâniens, questionnaire.

Summary: The Profile of Functional Impairment in Communication (PFIC) is a rubric of conversational pragmatics, originally designed for traumatic brain injury (TBI) patients. The literature describes the intrinsic qualities of this tool. Yet there seems little used by speech therapists in clinical practice. This memo aims to highlight the extrinsic barriers to use of PFIC for TBI patients. An exploratory part, in which we rated videos of TBI patients with the PFIC has enabled us to objectify the limits to the use of this test. These limits were used as bases for the construction of a questionnaire sent to French speech therapists. Our survey shows that few of them know the PFIC test, and they are even less to use this tool. Speech therapists who know him attest to the relevance of this tool. Three groups are distinguished among the speech therapists in terms of experiencing the PFIC: the therapists that currently use it, those who no longer use the PFIC, and then those who have never used the PFIC. Extrinsic limitations related to the procedure of PFIC constitute the main category quoted by therapists who used this tool in the past. When using it they generally modify the procedure considered too binding. Other extrinsic limitations not related to the procedure (dissemination, documentation) are the main category cited by pathologists who have never used this tool.

Keywords: Profile of Functional Impairment in Communication, extrinsic, limitations, evaluation, conversational pragmatics, traumatic brain injury (TBI), questionnaire.