

Université de Nantes

Unité de Formation et de Recherche - “Médecine et Techniques Médicales”

Année Universitaire 2013/2014

Mémoire pour l’obtention du
Diplôme de Capacité d’Orthophoniste

présenté par

Marine CHÉREL (née le 11/03/1981)

Les troubles de la pragmatique du langage en neurologie adulte :

Une information à destination des médecins

Président du Jury : Dr Claire Boutoleau-Bretonnière, neurologue

Directeur du Mémoire : Madame Frédérique Férey, orthophoniste

Membre du Jury : Madame Jeanne Coffinières, orthophoniste

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

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement Frédérique Férey qui a accepté de diriger ce mémoire, et qui m'a apporté son éclairage à la fois professionnel et humain tout au long de l'année.

Merci au Dr Boutoleau-Bretonnière, pour son intérêt à ce travail, sa disponibilité et ses conseils.

Merci à Jeanne Coffinières pour son regard attentif, et son accompagnement au sein du service de MPR du CHU de Nantes.

Merci à toutes les maîtres de stage de cette dernière année qui ont partagé leur expérience professionnelle et leur vision du métier : Pascale Quéré, Astrid Guillon, Hélène Vidal-Giraud, sans oublier les orthophonistes qui m'ont accueillie les années précédentes. Je remercie également les enseignants qui ont su nous transmettre leur enthousiasme et leur exigence.

Merci à Martine Hincourt, si précieuse au bon fonctionnement de l'école.

Merci aux patients qui ont accepté d'être filmés pour ce travail, et un grand merci à tous les médecins et étudiants qui ont répondu au questionnaire et aux entretiens.

Merci à Maëlle Fresneau, qui a mis sa créativité et son écoute au service de ce travail, en réalisant le graphisme de la plaquette.

Merci aux futures orthophonistes qui sont devenues des amies, sur qui j'ai pu compter pour mener de front les études, et tout le reste, avec le sourire.

Merci à mes amis, à ma famille pour leur soutien indéfectible dans tous les domaines.

Merci à mes enfants, deux formidables personnes.

Enfin, merci à Laurence, évidemment, sans qui rien de ces quatre ans n'aurait été possible.

TABLE DES MATIERES

1 LA PRAGMATIQUE : DE LA PHILOSOPHIE DU LANGAGE A L'ETUDE DES HABILETES

PRAGMATIQUES 14

1.1 PENSEE DE LA PRAGMATIQUE 14

1.1.1 LA PRAGMATIQUE : L'UTILISATION DES SIGNES EN CONTEXTE 14

1.1.2 AUSTIN, SEARLE, VANDERVEKEN : LA CLASSIFICATION DES ACTES DE LANGAGE 15

1.1.3 GRICE : IMPLICATIONS, COOPERATION ET MAXIMES CONVERSATIONNELLES 17

1.1.3.1 Les implications comme clé de compréhension de l'énoncé 17

1.1.3.2 Le principe de coopération 18

1.1.3.3 Les maximes conversationnelles 19

1.1.4 SPERBER ET WILSON : LA PRAGMATIQUE COGNITIVE ET LA THEORIE DE LA PERTINENCE 20

1.1.4.1 Les étapes de traitement des énoncés selon Sperber et Wilson 20

1.1.4.2 Critique de l'analyse du traitement des tropes 21

1.1.4.3 Le Principe de pertinence 21

1.1.5 ECOLE FRANÇAISE : OSWALD DUCROT 23

1.1.6 L'ANALYSE DES INTERACTIONS CONVERSATIONNELLES, KERBRAT-ORECCHIONI 23

1.2 LES HABILETES PRAGMATIQUES 24

1.2.1 UN PREALABLE SOCIAL AU DEVELOPPEMENT LINGUISTIQUE. 25

1.2.1.1 La politesse et la cognition sociale 28

1.2.2 UN VERSANT COGNITIF DU LANGAGE 29

1.2.2.1 Les inférences 29

1.2.2.2 Les formes non littérales 30

1.2.2.3 Le Discours et le principe de cohérence 31

1.2.3 LES SITUATIONS CONVERSATIONNELLES 32

1.2.3.1 Le respect du principe de coopération dans l'interaction verbale 32

1.2.3.2 Les procédés de validation interlocutoires 33

1.2.3.3 Les tours de parole 33

1.2.3.4 La réparation des pannes conversationnelles 33

1.2.3.5 La gestion du thème 34

2 NEUROLOGIE ET PRAGMATIQUE DU LANGAGE 35

2.1 CARACTERISTIQUES ANATOMIQUES 36

2.1.1 LE LOBE FRONTAL ET PREFONTAL 36

2.1.2	HEMISPHERE DROIT ET LATERALISATION	37
2.1.2.1	De la dominance à la spécialisation hémisphérique	37
2.1.2.2	Déterminer la spécialisation hémisphérique	37
2.1.2.3	Les fonctions attribuées à l'hémisphère droit	38
2.2	ETIOLOGIE DES LESIONS CEREBRALES	39
2.2.1	ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL	39
2.2.1.1	AVC ischémique	40
2.2.1.2	Hémorragie cérébrale	40
2.2.2	TRAUMATISME CRANIEN	40
2.2.3	DEMENCES FRONTO-TEMPORALES ET AUTRES PATHOLOGIES DEGENERATIVES	41
2.2.4	SEP ET AUTRES PATHOLOGIES NEUROLOGIQUES ACQUISES	44
2.3	LES TROUBLES CONSECUTIFS AUX LESIONS DE L'HEMISPHERE DROIT	44
2.3.1	HEMINEGLIGENCE SPATIALE UNILATERALE	45
2.3.2	TROUBLES DES ASPECTS EMOTIONNELS ET DES AFFECTS	46
2.3.3	SYNDROME NEUROPSYCHIATRIQUE	46
2.3.4	ALTERATION DU LANGAGE ET DE LA COMMUNICATION	46
2.4	LE SYNDROME FRONTAL ET LE SYNDROME PSEUDO-FRONTAL	48
2.4.1	LES TROUBLES DE L'ACTIVITE	49
2.4.2	TROUBLES DU COMPORTEMENT	49
2.4.3	LE SYNDROME DYSEXECUTIF	50
2.4.4	ATTEINTES DE LA MEMOIRE	53
2.4.5	DEFICIT ATTENTIONNEL	53
2.4.6	TROUBLES DE L'HUMEUR, DES ASPECTS EMOTIONNELS ET AFFECTIFS	53
2.4.7	TROUBLES DES GNOSIES	54
2.4.8	LOBE PREFRONTAL DROIT, LOBE PREFRONTAL GAUCHE : DES SEMIOLOGIE DISTINCTES ?	54
2.4.9	LES TROUBLES DE LA PAROLE ET DU LANGAGE DANS LES ATTEINTES DES LOBES FRONTAUX	55
3	<u>LES ALTERATIONS DE LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE CHEZ LE SUJET ADULTE AVEC ATTEINTE NEUROLOGIQUE</u>	59
3.1	ALTERATION DES HABILETES PRAGMATIQUES EN COMPREHENSION	59
3.1.1	GESTION DE L'IMPLICITE	60
3.1.2	LES METAPHORES	61
3.1.3	LES DEMANDES INDIRECTES	62
3.1.4	L'HUMOUR	62
3.1.4.1	L'humour chez les patients cérébrolésés droits	63
3.1.4.2	L'ironie et le sarcasme	63

3.2 TROUBLES DES HABILETES PRAGMATIQUES MISES EN ŒUVRE EN SITUATION DISCURSIVE	63
3.2.1 DISCOURS NARRATIF	64
3.2.2 ANALYSE DU DISCOURS PROCEDURAL	65
3.2.3 DISCOURS CONVERSATIONNEL	65
3.2.3.1 Troubles du discours conversationnel au niveau verbal	66
3.2.3.2 Dimension para-verbale et non verbale	67
4 COMMENT REPERER LES TROUBLES DE LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE ?	70
4.1 DES PROCESSUS SOUS-JACENTS PEUVENT-ILS ETRE DE BONS INDICATEURS POUR REPERER DES TROUBLES DE LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE ?	70
4.1.1 FONCTIONS EXECUTIVES ET PRAGMATIQUE DU LANGAGE	72
4.1.1.1 Travaux portant sur des patients avec un syndrome dysexécutif non spécifié	73
4.1.1.2 Inhibition, flexibilité et langage non littéral	73
4.1.2 LIENS ENTRE HABILETES PRAGMATIQUES ET COGNITION SOCIALE	75
4.1.2.1 Théorie de l'esprit	75
4.1.2.2 TdE et compréhension du langage indirect.	78
4.1.2.3 TdE et pathologies dégénératives	80
4.1.3 L'HYPOTHESE DU MANQUE DE COHERENCE CENTRALE (WCC HYPOTHESESIS)	81
4.2 LES OUTILS ORTHOPHONIQUES	84
4.2.1 LE DEVELOPPEMENT DES OUTILS D'EVALUATION DES TROUBLES DE LA PRAGMATIQUE	85
4.2.1.1 L'analyse du discours conversationnel	85
4.2.1.2 Sensibilité de l'analyse conversationnelle	86
4.2.2 LA GRILLE D'OBSERVATION CLINIQUE ENTRE UNE PERSONNE CEREBROLESEE ET SON PARTENAIRE DE COMMUNICATION PRIVILEGIE (ORTOLAN & COLUN, 2012)	86
4.2.3 LE PFIC (PROFILE IN FUNCTIONAL IMPAIRMENT IN COMMUNICATION DE LUNSCOTT ET COLL., 1993)	87
4.2.4 LA GALI - GRILLE D'ANALYSE D'INTERACTIONS LIBRES (BONNIN, PROFFIT, & SAINSON, 2009; LECUIR & SAINSON, 2007; SAINSON, 2008)	89
4.2.5 LE MEC PROTOCOLE D'EVALUATION DE LA COMMUNICATION. (JOANETTE ET AL., 2004)	90
4.2.6 POUR LE REPERAGE, QUELLES EVALUATIONS SENSIBLES ET FIABLES ?	90
4.2.7 DISCUSSION SUR LES OUTILS D'EVALUATION EXISTANTS	91
4.2.7.1 MEC-P pour un repérage quelles que soient les pathologies	92
4.2.7.2 PFIC et GALI pour des évaluations précises ciblées sur les sujets TC	92
4.2.7.3 Grille d'Ortolan & al.	92
5 DU REPERAGE A LA PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE	94
5.1 LE REPERAGE MEDICAL	94

5.1.1	L'EXAMEN CLINIQUE	94
5.1.1.1	Survenue brutale des symptômes	94
5.1.1.2	Survenue progressive ou insidieuse des symptômes	95
5.1.2	REPERAGE ET IDENTIFICATION DES TROUBLES DE LA PRAGMATIQUE, UN ELEMENT DU DIAGNOSTIC ?	95
5.1.2.1	Un élément d'orientation thérapeutique	95
5.1.2.2	Les troubles de la pragmatiques dans les pathologies dégénératives et liées à l'âge	95
5.2	LA RECONNAISSANCE DES TROUBLES : UN ENJEU D'INSERTION	96
5.3	COMMENT LES MEDECINS PERÇOIVENT-ILS LE CHAMP DE COMPETENCES DES ORTHOPHONISTES ?	98
5.3.1	LE PARCOURS DE FORMATION	98
5.3.2	LE TRAVAIL DE BLOT & CORTET : UNE TYPOLOGIE DES PRESCRIPTEURS	100
5.3.3	UNE INFORMATION DEDIEE SUR LES TROUBLES NEUROLOGIQUES ET L'ORTHOPHONIE	101
5.4	LA REEDUCATION ORTHOPHONIQUE DES ATTEINTES PRAGMATIQUES	101
5.4.1	L'APPROCHE COGNITIVE	101
5.4.2	L'APPROCHE FONCTIONNELLE ET ECOLOGIQUE	102
5.4.3	UN TRAVAIL EN COURS D'ELABORATION A LILLE : PROTOCOLE DE REEDUCATION ECOLOGIQUE DE LA COMMUNICATION APRES LESIONS CEREBRALES, SOUS LA DIRECTION DE DEI CAS P. ET ROUSSEAUX M.	103
5.4.4	LA PLACE DU PARTENAIRE PRIVILEGIE DE COMMUNICATION – OU AIDANT NATUREL	103
5.4.5	L'APPROCHE PAR LE TRAVAIL EN GROUPE THERAPEUTIQUE	103
6	QUESTION DE RECHERCHE	106
7	HYPOTHESES ET OBJECTIF	107
1	ENTRETIENS SEMI-DIRIGES	108
1.1	METHODE	108
1.1.1	POPULATION	108
1.1.2	DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN	109
1.2	QUESTIONNEMENTS ET GRILLE D'ENTRETIEN	109
1.2.1	RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	109
1.2.2	FORMATION INITIALE & ORTHOPHONIE	109
1.2.3	UTILITE DE L'ORTHOPHONIE EN NEUROLOGIE	109
1.2.4	LES LIENS AVEC L'ORTHOPHONIE DANS LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE	109
1.2.5	TROUBLES DE LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE	110
1.2.6	INFORMATION ET SENSIBILISATION DES MEDECINS	110
2	RESULTATS DES ENTRETIENS ET ELABORATION DE LA GRILLE D'ENTRETIEN	110
2.1	LES CONNAISSANCES SUR L'ORTHOPHONIE	110

2.1.1	PERCEPTION DE LA FORMATION INITIALE	111
2.1.2	IMPORTANCE D'UNE APPROCHE CONCRETE	111
2.2	LES ECHANGES PROFESSIONNELS CONCRETS ENTRE MEDECINS ET ORTHOPHONISTES	112
2.2.1	LA PRESCRIPTION	112
2.2.1.1	Le bilan orthophonique	113
2.2.1.2	Les échanges directs en milieu hospitalier	114
2.3	L'UTILITE DE LA REEDUCATION ORTHOPHONIQUE	115
2.3.1	DEGLUTITION, LANGAGE, DES DOMAINES INCONTESTES	116
2.3.2	POUR CERTAINES INDICATIONS, UN ARBITRAGE PLUS DISCUTE	116
2.4	LA CONNAISSANCE DES TROUBLES DE LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE	117
2.4.1	REPERAGE DE DIFFICULTES DE COMMUNICATION	118
2.4.2	LA PRISE EN CHARGE DE TROUBLES DE LA PRAGMATIQUE EN MPR	119
2.4.3	DE L'UTILITE DE SENSIBILISER LES PRESCRIPTEURS A CES TROUBLES	120
2.5	QUELS MOYENS LES MEDECINS UTILISENT-ILS POUR S'INFORMER ?	121
3	QUESTIONNAIRES AUTO-ADMINISTRES	122
3.1.1	LA POPULATION CIBLEE PAR NOTRE ENQUETE	122
3.1.2	RECRUTEMENT POPULATION : UNE ETUDE QUALITATIVE	124
3.1.3	DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE SEMI DIRIGE	125
3.1.3.1	Contraintes de diffusion	125
3.1.3.2	Relances	125
4	ELABORATION DU QUESTIONNAIRE	126
4.1	QUESTIONNEMENTS DE BASE DE NOTRE QUESTIONNAIRE	126
4.2	QUESTIONNAIRE	126
4.2.1	INFORMATIONS SUR VOUS ET VOTRE CURSUS	127
4.2.2	LES PATIENTS AVEC DES PATHOLOGIES NEUROLOGIQUES	127
4.2.3	PATHOLOGIES NEUROLOGIQUES ET ORTHOPHONIE	129
4.2.4	LES DIFFICULTES DE COMMUNICATION	129
4.2.5	LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE	130
4.2.6	FORMATION ET INFORMATION	130
4.3	EXPLORATION ET TEST DU QUESTIONNAIRE	131
5	RESULTATS AU QUESTIONNAIRE SEMI DIRIGE	131
5.1	CARACTERISTIQUES DES PERSONNES AYANT REPONDU	131
5.2	LES MEDECINS GENERALISTES ET LES PATIENTS AVEC ATTEINTES NEUROLOGIQUES	132

5.2.1	FREQUENCE A LAQUELLE LES MEDECINS GENERALISTES REÇOIVENT DES PATIENTS AVEC DES ATTEINTES NEUROLOGIQUES	132
5.2.2	TYPLOGIE DES PATHOLOGIES SUIVIES PAR LES MEDECINS INTERROGES	132
5.3	LA PRESCRIPTION D'ORTHOPHONIE DES PATIENTS AVEC UNE ATTEINTE NEUROLOGIQUE	133
5.4	L'ORTHOPHONIE ET LES PATHOLOGIES NEUROLOGIQUES	134
5.4.1	L'EVALUATION DES DIFFICULTES DE COMMUNICATION	134
5.5	LA CONNAISSANCE DES TROUBLES DE LA PRAGMATIQUE	135
5.5.1	CONNAISSANCE DE LA TERMINOLOGIE	135
5.5.1.1	Notions citées spontanément	136
5.5.1.2	Echelles d'évaluations connues	136
5.5.2	LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE DANS LEUR PRATIQUE	136
5.5.2.1	Une sémiologie repérée par les médecins	137
5.5.2.2	Des pathologies associées aux troubles de la communication : des réponses au-delà des troubles neurologiques	138
5.6	PROPOSITION D'INFORMATION	140
6	CONCEPTION D'UN SUPPORT D'INFORMATION	141
6.1	OBJECTIFS : SENSIBILISATION PREVENTION ET INFORMATION	141
6.2	CIBLES	141
6.3	MOYEN UTILISE : UNE PLAQUETTE PAPIER ET PDF	141
6.3.1	UN SUPPORT PAPIER DISPONIBLE EN PDF.	141
6.4	DIFFUSION	142
6.4.1	ENVOI DIRECT	142
6.4.2	FORMATION CONTINUE	142
7	CONTENU DE LA PLAQUETTE	143
7.1	DEFINITION DE LA PRAGMATIQUE	143
7.2	POPULATION A RISQUE	143
7.3	SIGNES D'ALERTE A PRENDRE EN COMPTE EN SITUATION DE CONVERSATION	143
7.4	LE ROLE DE L'ORTHOPHONISTE	144
7.5	CONTACTS ET ASSOCIATIONS	144
7.5.1	LE CENTRE MEMOIRE RECHERCHE ET RESSOURCES	144
7.5.2	DES RELAIS D'AIDE ET DE SOUTIEN POUR LES FAMILLES DONT UN PROCHE EST VICTIME D'UN ACCIDENT	144
7.5.3	AU SUJET DE L'ORTHOPHONIE	144
8	DISCUSSION ET PROLONGEMENTS POSSIBLES	145

8.1	AURAIT-IL ETE PERTINENT DE CIBLER UNE PATHOLOGIE PARTICULIERE ?	145
8.2	LES LIENS AVEC LES COMPOSANTES NEUROPSYCHOLOGIQUES	146
8.3	LA METHODE D'ENQUETE	146
8.4	LA MISE EN ŒUVRE D'UNE STRATEGIE DE DIFFUSION DE L'INFORMATION CROISEE AVEC UNE REFLEXION DE	
	SANTE PUBLIQUE	146
8.4.1	UNE DIFFUSION CIBLEE	146
8.4.2	DES MOYENS ADAPTES	147
9	CONCLUSION	148
ANNEXES		155
1.	L'INTERPRETATION DES ENONCES SELON SPERBER ET WILSON – SCHEMA PROPOSE PAR BRACOPS (BRACOPS, 2010)	155
2.	GUIDE D'ENTRETIEN QUALITATIF	156
3.	ENTRETIEN AVEC LE DR A.	159
4.	RESULTATS DU QUESTIONNAIRE	165
5.	PLAQUETTE D'INFORMATION A DESTINATION DES MEDECINS SUR L'ORTHOPHONIE – ALICE MOURANCHE (2004)	170
6.	PLAQUETTE D'INFORMATION SUR LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE	171

INTRODUCTION

*« Par ma foi ! Il y a plus de quarante ans que je dis de la prose sans que je n'en susse rien ;
et je vous suis le plus obligé du monde de m'avoir appris cela. »*

Le Bourgeois Gentilhomme - Molière

Ces dernières années, la communication est devenue un thème majeur des recherches sur les troubles acquis du langage. Les altérations de la communication ont des répercussions importantes sur la qualité de vie des patients. Au-delà des aspects formels, le langage est ainsi considéré dans sa fonction de lien et d'interaction avec l'autre. Dans cette veine, les travaux menés en psychologie et en neuropsychologie ont été nourris par la pragmatique du langage. Cette dimension pragmatique, d'abord définie en philosophie et en sciences du langage, a été largement expliquée pour les enfants avec des troubles de type autistique dans les années 70 et 80. Concernant les patients adultes avec des atteintes neurologiques, la connaissance de cette dimension pragmatique du langage et de son altération est bien plus récente, et n'est pas largement diffusée.

Les troubles de la pragmatique du langage consécutifs à des lésions cérébrales sont souvent imbriqués dans des tableaux neuropsychologiques complexes, où les questions de langage n'apparaissent pas nécessairement au premier plan. Bien que les aspects phonologiques et syntaxiques du langage soient préservés, l'utilisation du langage dans son contexte peut être affectée. Cette atteinte n'est pas toujours perceptible au premier abord.

« Les troubles pragmatiques, souvent observés en l'absence de troubles du langage formel ont des répercussions importantes sur la vie des personnes concernées. Or, force est de constater que ces troubles restent finalement peu évalués et rarement pris en charge de façon spécifique. » (Allain, Aubin, & Le Gall, 2012)

Pour nous, se pose la question de savoir **comment améliorer le repérage des troubles de la pragmatique du langage chez les patients avec des atteintes neurologiques ?**

Aujourd'hui, bien que les troubles de la pragmatique du langage soient un champ de l'orthophonie à part entière, **ces troubles sont-ils correctement identifiés et sont-ils pris en charge en tant que tels ?** Pour répondre à cette question, et comprendre les

freins au repérage de ces troubles, nous considérons deux perspectives. D'une part, comment les orthophonistes peuvent évaluer facilement les troubles de la pragmatique, ce qui implique **une revue de littérature pour s'assurer que des outils rapides et fiables d'évaluation existent**. D'autre part, il nous semble intéressant **d'évaluer le niveau de sensibilisation et de connaissance des troubles de la pragmatique du langage des médecins prescripteurs**. Cette démarche nous permettra de savoir quelles sont les possibilités d'amélioration du repérage des troubles des compétences pragmatiques chez les patients avec des atteintes neurologiques.

Dans une première partie théorique, nous nous appuierons sur les travaux en pragmatique, sur les connaissances anatomiques et fonctionnelles apportées par la neurologie et sur les propositions de modèles neuropsychologiques pour rappeler les points saillants des troubles de la pragmatique. Nous chercherons à voir si l'évaluation de troubles neuropsychologiques supposés sous-jacents à la compétence pragmatique pourraient être utilisés dans une démarche de repérage. Une revue de littérature sur les évaluations existantes nous permettra de comprendre les limites et les avantages des outils déjà élaborés. Nous aborderons également les propositions de rééducation qui se développent ces dernières années. Enfin, nous préciserons les enjeux du repérage, ses modalités, et le lien entre médecins et orthophonistes d'après la littérature.

Dans une partie pratique, nous cherchons à évaluer qualitativement la perception et la connaissance qu'ont les médecins des troubles des habiletés pragmatiques du langage. Pour cela, nous procéderons à une enquête en deux temps, une première phase exploratoire et qualitative d'entretiens permet de définir les grands axes d'un questionnaire adressé à une population plus large de médecins. Les résultats seront analysés en deuxième partie. Enfin, à la lumière des résultats de cette enquête, nous proposons un support de communication et de sensibilisation destiné aux médecins prescripteurs.

THEORIE

Après avoir décrit le domaine du langage et de la communication auquel notre travail se réfère, nous décrivons les populations qui peuvent être concernées par les troubles de la pragmatique du langage considérées dans notre travail. Nous détaillons les troubles de la pragmatique. Ensuite, nous posons la question de savoir si les apports de la neuropsychologie peuvent donner lieu à la constitution d'épreuves sensibles, afin de permettre un repérage des troubles. Certains processus neuropsychologiques sous-jacents aux habiletés pragmatiques ont-ils été mis à jour ? Est-ce qu'il est possible d'en déduire des modalités d'évaluation indirecte ? Les évaluations utilisées par les orthophonistes permettent-elles d'identifier et d'évaluer les troubles de la pragmatique ? Nous nous interrogeons à la fin de cette partie théorique sur le parcours de soin : à quel moment de ce parcours le repérage des troubles de la pragmatique pourrait-il être amélioré ?

1 LA PRAGMATIQUE : DE LA PHILOSOPHIE DU LANGAGE A L'ETUDE DES HABLETES PRAGMATIQUES

Communication et pragmatique sont des domaines relativement récents de l'orthophonie. Les débuts de notre discipline ont été marqués par l'ORL, où prime le langage dans sa dimension instrumentale. En s'intéressant aux aphasies et aux procédures d'apprentissage de la langue orale et écrite, les recherches ont ensuite convergé vers une approche plus cognitive du langage formel. La voie de la pragmatique, ouverte par la linguistique, les sciences de la communication et la philosophie, permet de s'intéresser au langage dans son contexte d'utilisation. Globalement, **la question à laquelle les théoriciens de la pragmatique tentent de répondre est celle de savoir en quoi le langage est bien plus qu'un code.**

1.1 PENSEE DE LA PRAGMATIQUE

La recherche en pragmatique a été vivement sollicitée à l'heure où des ingénieurs ont tenté de mettre en place des systèmes d'intelligence artificielle de reconnaissance de parole humaine. Comment coder toutes les strates de significations qu'un énoncé comporte ? Pourquoi les seuls traitements d'encodage et de décodage du code linguistique ne peuvent suffire à remplir pleinement la fonction du langage qui serait *« un outil de représentation et de transmission de connaissances et d'informations »* ? (Reboul & Moeschler, 1998)

1.1.1 LA PRAGMATIQUE : L'UTILISATION DES SIGNES EN CONTEXTE

Morris, dans *Fondements de la théorie du signe* 1938, constate que les processus d'encodage par l'émetteur, et de décodage du côté du récepteur ne suffisent pas pour communiquer pleinement. Il considère alors que tout système de signes peut se décomposer en trois dimensions : la sémantique, la syntaxe et la pragmatique. Premièrement la sémantique se définit comme l'étude des règles de signification des signes, ensuite la syntaxe étudie la combinaison de signes entre eux, enfin, **la pragmatique étudie les règles d'utilisation des signes par les usagers.**

La pragmatique est ainsi une manière d'étudier le langage non plus comme un code, mais comme un processus, une praxis. C'est une façon d'interroger le langage dans son contexte. Ainsi Morris précise, en 1946, que « *la pragmatique est cette partie de la Sémiotique, initialement développée par Peirce, qui s'occupe de l'origine, de l'usage et des effets des signes au sein des comportements dans lesquels ils apparaissent.* » (Bernicot et al., 2002) Autrement dit, pour étudier de manière exhaustive les éléments qui contribuent à la communication, la dimension contextuelle est incontournable. Dès lors, l'étude du langage s'étend au-delà de l'étude du code linguistique, elle s'étend aux interactions entre le code, les utilisateurs et le contexte dans lequel s'effectuent les comportements langagiers.

1.1.2 AUSTIN, SEARLE, VANDERVEKEN : LA CLASSIFICATION DES ACTES DE LANGAGE

Le philosophe J.L Austin (1962) cherche à déterminer et dans quelle mesure le système de langue nous impose des contraintes intellectuelles et en quoi le langage configure notre relation à autrui. Son apport théorique majeur est de contester l'un des fondements de la philosophie de son époque qui considère que la vocation du langage est de décrire la réalité, qualifiée **d'illusion descriptive**. En considérant la langue dans une approche fonctionnelle, s'opposant à une analyse structuraliste du discours, Austin développe la notion **d'acte de langage**. C'est pour lui **l'unité minimale de la communication humaine, il s'agit d'une performance, donc une notion d'action** que la phrase ne donne pas. Cette démarche le conduit à envisager le langage comme un moyen d'agir. Il définit les actes de langage dans son ouvrage *Quand dire c'est faire* (1962)

Il distingue trois aspects de l'acte de langage :

- **L'acte locutoire**, dire est l'acte locutionnaire, c'est le fait de dire quelque chose, de prononcer une succession de mots.
- **L'acte illocutoire**, « *qui tient à ce qui est fait en disant ce qu'on dit* » (Sarfati & Mitterand, 2005) « ou acte effectué en *disant quelque chose* » (Kerbrat-Orecchioni & Mitterand, 2008) que l'on accomplit en disant quelque chose (promettre, ordonner, protester, formuler une assertion) l'acte illocutoire est l'acte qui complète l'acte locutoire, en plus de dire quelque chose, une action est amenée.

- **L'acte perlocutoire**, « est réalisé par le fait de dire ce qui est dit. » (Sarfati & Mitterand, 2005) que l'on accomplit par le fait de dire quelque chose, et notamment acte qui donne une place d'interlocuteur au destinataire du message.

Searle et Vanderveken (1979) reprennent cette classification, et distinguent cinq types d'actes locutoires. (cités par Sarfati & Mitterand, 2005)

- Les **assertifs** engagent la responsabilité du locuteur sur l'existence d'un état de choses ou sur la vérité d'une proposition. Par exemple « Les cerisiers sont en fleurs. »
- Les **directifs** sont des tentatives de faire faire quelque chose à l'auditeur, ce sont donc des demandes, des ordres, des conseils... Ici l'état psychologique du locuteur est le désir. « Peux-tu rapporter une baguette ? »
- Les **promissifs ou engagements** expriment la responsabilité du locuteur à avoir une conduite à tenir (serments, menaces, acceptations, promesses) « Je viendrai te voir tous les jours. »
- Les **expressifs** ils expriment l'état du locuteur par rapport au monde. (Félicitations, excuses, remerciements) « Merci »
- Les **déclarations** « je vous nomme Ministre. »

Dans *Le sens littéral*, 1982 ; *L'intentionnalité*, 1985, Searle poursuit en étudiant les conditions de réussite d'un acte de langage.

Il ouvre ainsi le champ de recherche et de réflexion sur **le langage non littéral**, comme les promesses, les demandes indirectes, les métaphores. Ce type d'acte pourrait se résumer ainsi, en détournant la formule d'Austin, « **quand dire c'est faire une chose sous les apparences d'une autre** » (Kerbrat-Orecchioni & Mitterand, 2008) Par exemple, dire « j'ai mal à la tête » alors qu'une personne écoute de la musique à très fort volume pour obtenir qu'elle baisse le son. Le récepteur est alors en position de comprendre ou non cette demande indirecte.

Searle s'intéresse notamment à la compréhension des actes de langage non littéral, qui nécessite selon lui trois étapes : (1) **l'interprétation littérale** de l'énoncé, (2) **l'analyse de cette interprétation par rapport au contexte** et enfin (3) **une évaluation de la**

pertinence de l'interprétation dans le contexte. Cette évaluation se fait en fonction d'assomptions contextuelles, soit des connaissances générales de certaines lois du monde pour comprendre la référence. Si la première interprétation littérale est jugée non pertinente, l'individu procède à une inférence pour accéder à une autre signification de l'énoncé.

Des travaux de psychologie sur les compétences pragmatiques ont montré que les processus convoqués sont en fait variables, et Searle les a limités à l'identification du contenu propositionnel et de la force illocutoire. Ainsi Bernicot (1999, 1992) montre que les données contextuelles sont traitées avant les données littérales par le récepteur. (Dardier, 2001).

1.1.3 GRICE : IMPLICATIONS, COOPERATION ET MAXIMES CONVERSATIONNELLES

Dans ses travaux, le philosophe P. Grice cherche à cerner les conditions de réussite de la communication. Il distingue la phrase de l'énoncé. La **phrase** est un agencement de mots qui ne varie pas en fonction des circonstances, c'est l'objet d'étude de la linguistique. En revanche, pour une même phrase, l'énoncé est différent selon qui en est l'énonciateur et le moment où il est prononcé. Bien que répertorié comme une « théorie de la conversation » le travail de Grice échafaude plutôt, selon Sperber et Wilson, une « *théorie d'interprétation des énoncés* ». Grice ne traite pas de certains aspects non-verbaux de la conversation, telle l'alternance des tours de parole. Par ailleurs, les théories Gricéennes s'appliquent aussi à des énoncés qui ne relèvent pas de la conversation, comme des articles, ou des exposés. (Sperber D., Wilson D., *Remarques sur l'interprétation des énoncés selon Paul Grice*, in Communications, 30, 1979, pp 80-94)

1.1.3.1 LES IMPLICATIONS COMME CLE DE COMPREHENSION DE L'ENONCE

Dans sa théorie, développée entre 1957 et 1969, Grice montre que la signification des énoncés tient pour une part à des conventions linguistiques, et, sur un autre plan, à des conventions liées au contexte. Ces deux plans, linguistique et contextuel, contribuent conjointement à l'élaboration du sens, comme Searle l'avait déjà montré.

Pour pouvoir les accorder, le destinataire développe **un calcul, une mise en œuvre d'une inférence, en fonction d'implications** : Grice montre que dans certains énoncés au-delà de ce qui est dit par la phrase, un autre contenu peut être amené. Ce qui est

communiqué est donc ce qui est dit, plus ce qui est implicite, ce qu'il définira comme une **implication**. Les implications sont effectuées sur la base de prémisses, d'éléments manipulés dans le calcul de l'implication :

- L'énoncé lui-même (ce qui est dit, succession de mots qui résultent de l'énonciation)
- L'énonciation (fait de produire un énoncé, processus unique en ce sens que l'énonciation ne peut être reproduite sans que soient modifiées les conditions dans lesquelles elle se réalise – alors qu'un énoncé peut être repris) Bracops (2010)
- Le savoir partagé (connaissances que les interlocuteurs ont en commun, non seulement par rapport au contexte, mais au-delà, au niveau des connaissances sémantiques)

Plusieurs types d'implications sont précisés par Grice. **L'implication conventionnelle** se base sur des connaissances fréquemment utilisées, et sur des connecteurs lexicaux

« *cher collègue et néanmoins ami* » Ici l'implication conventionnelle est « il ne va pas de soi qu'un collègue soit un ami », le connecteur est *néanmoins*.

L'implication conversationnelle est liée au contexte du discours conversationnel. On en trouve des exemples dans les actes indirects. « *Peux-tu fermer la porte* » l'implication est que le locuteur formule une demande. « *Il est midi* » si cet énoncé est celui d'un surveillant d'examen, l'implication est qu'il est temps de poser son crayon et de rendre sa copie.

Ces implications conversationnelles peuvent être conventionnelles (basées sur des connaissances partagées, ou non-conventionnelles, et la récupération des implicatures demande alors plus d'efforts).

1.1.3.2 LE PRINCIPE DE COOPERATION

L'analyse du traitement des implications en situation conversationnelle permet à Grice d'interroger les stratégies d'interprétations et d'identifier ce qui rend possible la communication du sens.

« Pour Grice, la communication n'est possible que parce que ses protagonistes adhèrent tacitement à un **principe de coopération** (...) Voici la définition de ce principe fondamental : « Que votre contribution conversationnelle corresponde à ce qui est exigé de vous, au stade atteint par celle-ci, par le but ou la direction acceptée de l'échange parlé dans lequel vous êtes engagé. » (Grice, 1970 p 60-61) » » (Sarfati & Mitterand, 2005)

Signifier quelque chose à quelqu'un consiste à instaurer **une relation intentionnelle**. Le destinataire, quand il saisit l'intention de communiquer, est engagé à interpréter cette intention. Qu'elle que soit la lisibilité ou la transparence du message, le processus de l'interprétation est engagé dès lors que l'intention de communiquer est reçue. Grice met à jour **le principe de coopération nécessaire à la dynamique d'échange et à la récupération des implications**. (Bracops, 2010) pp 70-78. Selon Sperber et Wilson, la mise à jour de cette dynamique est l'un des apports majeurs de Grice. Sperber et Wilson (1979)

Ainsi les notions invoquées par Grice dans la coopération conversationnelle sont :

- La connaissance des conventions qui règlent la conversation
- Une progression dans la conversation selon une direction ou un but, qui fait référence au discours (définition complète du discours en 1.2.2.3) sur le plan sémantique ou discursif
- Un engagement dans l'échange, donc une prise en compte de l'autre

1.1.3.3 LES MAXIMES CONVERSATIONNELLES

En affinant son analyse des implications conversationnelles, Grice définit des principes de la logique conversationnelle, souvent cités comme « **maximes de Grice** » Nous les détaillons ici, d'après (Sarfati & Mitterand, 2005)

La **quantité** se réfère au fait que la contribution doit contenir autant d'information que nécessaire (informativité), mais elle ne doit pas contenir plus d'information que nécessaire (exhaustivité).

La **qualité** est la qualité selon laquelle le locuteur n'affirme que ce qu'il croit être vrai (sincérité) et ce qu'il peut prouver.

La **relation** est liée à la pertinence des énoncés entre eux.

La **modalité** est un principe référant à la manière de formuler les propos en évitant de s'exprimer de façon obscure et/ou de manière ambiguë (intelligibilité)

Ces maximes sont très utilisées dans l'analyse conversationnelle, y compris dans les outils de repérages des troubles de la pragmatique du langage.

1.1.4 SPERBER ET WILSON : LA PRAGMATIQUE COGNITIVE ET LA THEORIE DE LA PERTINENCE

Sperber et Wilson (1979, 1989) travaillent sur une approche cognitive de la pragmatique. Au-delà d'une définition philosophique et linguistique, ils cherchent à définir ce que sont les compétences pragmatiques, et comment est traité un énoncé, notamment ses implications. Partageant l'analyse de Grice, Sperber et Wilson définissent ainsi l'implication : « *Proposition communiquée au moyen d'un énoncé sans être logiquement impliquée par la proposition énoncée.* »

1.1.4.1 LES ETAPES DE TRAITEMENT DES ENONCES SELON SPERBER ET WILSON

Pour résumer les étapes de traitement de l'énoncé selon Sperber et Wilson, nous suivrons le schéma proposé par Bracops M. (Bracops, 2010, p109- voir en annexe 1)

L'énoncé fait l'objet d'une *interprétation codique* (1) et donne une forme logique. Ensuite viennent les *explicitations* (2) ou *premiers processus pragmatiques* d'enrichissement de l'énoncé. Elles traitent ce qui est dit ou manifesté, et, via la désambiguïsation permettent d'obtenir une *PROPOSITION* (ce que dit l'énoncé).

Deux traitements contribuent alors à un gain informatif en réduisant à une information minimale et littérale : la désambiguïsation, et la détermination des référents.

La désambiguïsation, consiste, par exemple à choisir l'un des sens possible dans le cas d'un item polysémique. « Il a fait une course. » Il faut déterminer si le mot fait référence à une notion d'achat, ou de sport.

La détermination du référent est nécessaire, par exemple, pour les pronoms anaphoriques ou déictiques, ou pour des adverbes de temps (hier, demain)

Contexte situationnel ou extra-linguistique	Contexte linguistique
---	-----------------------

Pronoms déictiques	Pronoms anaphoriques
Je, tu, personne, rien	Il, elle, son

Dans un troisième temps viennent, les *implicitations* ou *seconds processus pragmatiques d'enrichissement de l'énoncé*. (3) Elles donnent ce qui est implicite. Les implicitations sont élaborées avec les concepts de la proposition obtenue en (2), les connaissances encyclopédiques, la situation de communication, l'énonciation, et les énoncés précédents ; elles aboutissent à la constitution du *CONTEXTE*. C'est à partir de la proposition, et avec le traitement du contexte qu'est effectuée *l'interprétation pragmatique inférentielle* (4) qui permet d'obtenir *LES CONCLUSIONS IMPLICITEES* et qui restaure ce que communique l'énoncé.

1.1.4.2 CRITIQUE DE L'ANALYSE DU TRAITEMENT DES TROPES

Les tropes sont des figures par lesquelles un mot prend une autre signification que ses sens propre. Les métaphores, l'ironie, les litotes et les hyperboles sont des tropes. Sperber et Wilson critiquent la démarche de Grice, qui, selon eux, ne parvient pas à expliquer la manière dont le sens est alors restitué dans de tels cas. Par exemple, la maxime de qualité est systématiquement violée dans les cas où est employée l'ironie, mais pas dans les litotes, où le locuteur en dit moins pour dire le plus. (« je ne te hais point »). Là où les maximes de Grice ne permettent pas de rendre compte de l'interprétation de ces figures, Sperber et Wilson cherchent et proposent un modèle où le traitement de ces différentes figures est unifié, en amenant le concept de pertinence.

1.1.4.3 LE PRINCIPE DE PERTINENCE

La loi de pertinence (cf La Pertinence, 1989) est définie comme « un rapport entre d'une part une proposition énoncée, et d'autre part un ensemble de propositions que l'auditeur a en mémoire » Il y a donc pertinence s'il y a **corrélation entre le dire et le vouloir dire**.

Plus un énoncé est pertinent, moins le destinataire a besoin de faire des inférences, au contraire le manque de pertinence d'un énoncé contraint à plus de prise en compte du contexte.

Selon Sperber et Wilson, la dimension du contexte est variable en ce sens que **le contexte est ajusté pour saisir le sens d'un énoncé**, faisant partie des objets d'interprétation du message.

Ce dernier principe est la base de la logique inférentielle déjà posée par Grice. Selon Sperber et Wilson les inférences sont limitées par le principe de pertinence : des hypothèses contextuelles sont émises, elles sont sélectionnées en fonction de l'effet qu'elle produise sur le sens global du propos. Le contexte est construit par les interlocuteurs, en fonctions d'éléments associés et traités selon leurs connaissances générales sur le monde et selon leurs connaissances sur les règles conversationnelles.

Si l'énoncé n'est pas pertinent, c'est que le locuteur a mal évalué les informations d'arrière plan du récepteur. Dans ce cas, et selon un principe de coopération comme l'avait énoncé Grice, soit le locuteur complète son propre énoncé avec des éléments supplémentaire, soit le récepteur supplée le manque d'information par une reconstruction du contexte. Nous parlerons ainsi d'**activité de contextualisation** dont le rôle est de « *filtrer les interprétations inadéquates pour satisfaire, quoiqu'il arrive la règle de pertinence* » (Duchêne May-Carle, 1997)

Ainsi, en considérant le principe de pertinence, Sperber et Wilson ont donné des axes de définition du contexte, et des pistes d'élaboration des compétences sous-jacentes aux habiletés pragmatiques. Les règles formelles ne suffisent pas à rendre compte du sens, il faut proposer **des stratégies d'interprétations**. Selon Sperber et Wilson, **ces stratégies sont mises en œuvre de façon involontaire et inconsciente, motivées par la nécessité de rétablir la pertinence de l'énoncé. Cette automatisatation est pour eux le signe d'une aptitude générale, relevant des capacités cognitives.**

Le principe de pertinence inclut et englobe les maxime de Grice, auxquelles il ajoute des notions nouvelles : **la notion d'effet et celle d'effort**. Sperber et Wilson conteste le principe de coopération qu'ils avaient reconnu comme étant un apport majeur de Grice, en effet, selon eux, le mécanisme relationnel corrolaire à la théorie de la pertinence relève davantage de la rhétorique : le locuteur cherche à produire un effet, et pour s'en saisir, son interlocuteur, ou son auditeur devra fournir plus ou moins d'effort.

Dans la lignée de Fodor, le positionnement théorique de Sperber et Wilson s'avère particulièrement riche lors de mise en relation avec des hypothèses plus récentes en neuropsychologie. En effet, pour ces auteurs, les compétences pragmatiques sont vues comme transversales, c'est-à-dire pouvant porter sur d'autres informations et d'autres stimuli que le langage. Cette vision est à mettre en relation avec les travaux de certains auteurs pour qui les habiletés pragmatiques sont sous-tendues par des compétences autres qu'un traitement du langage, ce qui impose alors de spécifier le domaine auquel s'appliquent les compétences pragmatiques. C'est pourquoi, dans notre travail, nous précisons qu'il s'agit des compétences ou des habiletés en pragmatique du langage.

1.1.5 ECOLE FRANÇAISE : OSWALD DUCROT

Oswald Ducrot, linguiste, considère la pragmatique comme une théorie sémantique intégrant dans le code linguistique les aspects liés à l'énonciation même sous forme de composant rhétorique. Il élabore une théorie de la **pragmatique intégrée**. (vs pragmatique cognitive de Sperber et Wilson) Bien que partageant de nombreux points avec les théories anglo-saxonnes, la pragmatique intégrée apporte un regard différent sur l'argumentation. Pour Ducrot, **la langue a pour fonction d'exprimer les rapports établis entre les interlocuteurs**, d'où, selon lui, le fait que la valeur argumentative d'un énoncé prime sur sa valeur informative. La dimension **rhétorique** est explorée sous forme d'échelles argumentatives. Concernant l'interprétation de l'énoncé, il s'agit donc de comprendre les raisons de son énonciation, et la rhétorique rejoint ici la pragmatique. (Bracops, 2010)

1.1.6 L'ANALYSE DES INTERACTIONS CONVERSATIONNELLES, KERBRAT-ORECCHIONI

Pour Kerbrat-Orecchioni, la vocation communicative du langage oral est le postulat de départ. Elle travaille ainsi sur les interactions verbales, en critiquant les limites des théories des actes de langage, qu'elle considère restreintes à une perspective « monologique » (Kerbrat-Orecchioni, 1995) Elle amène l'idée que **la conversation est une construction collective**, et elle distingue quatre compétences communicatives (1986) : **une compétence linguistique**, soit la maîtrise du code, une **compétence encyclopédique** de connaissance du monde, une **compétence logique** propre à la manipulation des concepts, **une compétence rhétorico-pragmatique** propre à utiliser le contexte de conversation dans toute son amplitude.

Le **contexte** est fondamental dans la pragmatique, puisque la pragmatique prétend étudier une pratique *en contexte*. Kerbrat-Orecchioni résume ainsi les éléments qui constituent le contexte :

- Le site, c'est-à-dire le cadre spatio-temporel
- Le but
- Les participants

En situation de production, le contexte détermine l'ensemble des choix que doit faire le locuteur : le thème, les formes d'adresse, le niveau de langue et les actes. Pour ce qui est de la compréhension, le contexte joue un rôle important pour tout ce qui a trait aux inférences, et à l'identification des significations implicites.

Kerbrat-Orecchioni montre aussi que le matériel échangé au cours d'une conversation n'est pas seulement constitué d'unités relevant de la langue. Elle qualifie de **matériel paraverbal** toutes les productions transmises par le canal auditif : ce sont les éléments prosodiques, les caractéristiques rythmiques du discours, les onomatopées. Le **matériel non-verbal** est saisi par la perception visuelle et kinesthésique, il est composé de signes statiques (comme l'apparence des locuteurs) et de signes cinétiques comme les attitudes, les postures, le regard, les mimiques ou les mouvements des mains. (Kerbrat-Orecchioni, 1996)

1.2 LES HABILETES PRAGMATIQUES

La pragmatique du langage est donc un domaine théorique d'exploration linguistique et cognitive, elle cherche à comprendre et décrire l'ensemble des processus linguistiques d'interprétation qui permettent la communication. Elle peut s'appliquer à des unités linguistiques différentes : énoncé, actes de langage, ou discours.

La compétence pragmatique est la somme des habiletés qui permettent d'utiliser le code linguistique de manière pertinente en tenant compte du contexte, dans des tâches de compréhension et d'expression. Autrement dit, pour reprendre la formulation de Gibbs (1999) reprise par Joannette et al.

« La pragmatique réfère aux habiletés langagières qui permettent à un individu de traiter – comprendre et/ou exprimer- les intentions de communication en fonction d'un contexte donné. »

Comme les dimensions formelles du langage, la pragmatique est développée à chaque étape de l'acquisition du langage. En effet, **les habiletés pragmatiques** sont des compétences nécessaires dès les premiers pas dans le langage, ce sont elles qui **permettent d'accéder à l'apprentissage du code, en phase prélinguistique**. C'est dire l'importance de ces habiletés au sein de la communication, puisqu'elles sont à l'origine-même des processus de communication et d'apprentissage du code formel. Elles sont également requises pour la compréhension de certains actes de langages, quand ils sont ambigus, indirects, ou non-littéral. Les habiletés pragmatiques comprennent aussi des facultés propres à la conversation et à des conventions sociales, telles que la politesse ou le registre de langage utilisé. Enfin, d'autres habiletés pragmatiques relèvent d'une maîtrise de la langue plus fine, acquise plus tardivement au cours du développement telles que l'humour, l'ironie et l'usage de procédés rhétoriques et stylistiques.

1.2.1 UN PREALABLE SOCIAL AU DEVELOPPEMENT LINGUISTIQUE.

La perspective développementale considère les habiletés pragmatiques comme étant **le fondement de l'acquisition du code linguistique**. L'importance de la pragmatique est telle que certains auteurs considèrent que les aspects relationnels, environnementaux et contextuels conditionnent l'entrée dans le langage. J. Bruner, cité par Dardier, (2004) montre comment l'enfant met en œuvre des capacités prélinguistiques de communication, et en cela l'enfant apprend et utilise une pragmatique de la langue avant de connaître les règles formelles d'utilisation des signes de cette langue.

« On ne peut pas comprendre le passage de la communication prélinguistique à la communication linguistique si on ne tient pas compte des utilisations de la communication en tant qu'acte de langage. J'ai, dans cette perspective, mis l'accent sur le rôle que joue la pragmatique dans ce passage, sur la fonction effectrice du langage par laquelle des locuteurs affectent le comportement des autres selon la nature de leurs intentions. »

Dardier (2004) p68

Tableau Développement des capacités pragmatiques, Adams (2002) cité par Dardier (2004)

THÈMES	AGE D'APPARITION	RÉFÉRENCES
Alternance des tours de paroles	8-9 mois	Ninio et Bruner (1978)
Intentions communicatives prélinguistiques	12 mois	Coggins et Carpenter (1981)
Développement rapide des actes de communication	Entre 14 et 32 mois	Snow, Pan et al.(1996)
Alternance des tours de parole	Stabilisé entre 2,6 et 3,6 ans	Klecan-Aker et Swank
Maintien du thème de conversation dans une interaction avec l'adulte	A partir de 2 ans	Ervin-Tripp (1979)
Clarifications	A partir de 2 ans	Gallagher (1977)
Adaptation du type de discours en fonction de l'interlocuteur	A partir de 2 ans	Dunn et Kentdrick (1982)
Usage des premières formes de politesse	A partir de 2 ans	Bates et al (1979)
Inférer l'information à partir de récits	A partir de 2 ans	Paris et Upton (1976)
Usage de divers actes de langage	Entre 3 et 4 ans	Mc Tear et Conti-Ramsden (1992)
Inférer des significations indirectes	Entre 3 et 4 ans	Eson et Shapiro
Restituer le thème central d'un récit	Entre 4 et 6 ans	Liles (1993)
Habiletés métapragmatiques	Entre 5 et 7 ans	Andersen-Wood et Smith (1997)
Maîtrise des marqueurs du discours	7 ans	Kyrtziz et Ervin-Tripp (199)
Bon usage des formes anaphoriques	Entre 6 et 7 ans	Karmiloff-Smith (1985)
Pertinence et efficacité dans la communication	À partir de 9 ans	Llyod et al (1995)
Usage complet des formes de politesse	À partir de 9 ans	McTear et Conti-Ramsden (1992)
Amélioration de la cohésion du discours	De 9 à 12 ans	Ripich et Griffith (1988), Bamberg (1987)
Explication d'expressions idiomatiques	Jusqu'à l'âge de 17 ans	Spector (1996) Nippold et Rudzinski (1993)

Ce récapitulatif des acquisitions pragmatiques sur un axe développemental montre combien les habiletés pragmatiques s'inscrivent dans le lien avec l'autre. En ce sens, nous définirons les habiletés pragmatiques comme faisant partie de la **cognition sociale** : **que l'on peut définir comme l'ensemble des activités mentales de traitement de l'information concernant le monde social**. Ce domaine regroupe des thèmes comme la compréhension des émotions, les savoirs et les jugements moraux et l'empathie. Il a été largement exploré dans le cadre de l'autisme et des troubles envahissants du développement. Nous verrons plus avant les liens entre cognition sociale et pragmatique du langage dans notre partie consacrée à l'évaluation (3.1.2).

Capitales et fondamentales pour l'entrée dans le langage, les habiletés pragmatiques ne cessent de se développer au cours de la vie. Ainsi, les aspects sociaux de l'usage du langage, l'humour, les métaphores, le sens non littéral, sont maîtrisés par les enfants bien après l'acquisition des aspects formels.

1.2.1.1 LA POLITESSE ET LA COGNITION SOCIALE

L'usage de certaines formules de politesse relève de la pragmatique en tant qu'elles sont un **signe de la prise en compte du contexte et de l'interlocuteur**. Ces formules apprises participent à l'organisation des échanges, elles montrent le niveau de la relation. La notion de politesse recouvre les aspects du discours mis en œuvre pour **ménager ou valoriser son partenaire d'interaction** et préserver le caractère harmonieux de la relation interpersonnelle.

La politesse peut se définir comme **l'expression d'une certaine cognition sociale**, au sens où il s'agit d'une part de mise en œuvre de théorie de l'esprit (capacité à se représenter les états mentaux d'autrui) et d'autre part d'une prise en compte de notions acquises sur le vivre-ensemble, de conventions sociales. Nous préciserons davantage cette notion dans la partie (4.1.2) sur les processus sous-jacents de la pragmatique.

Cette lecture de la politesse est à mettre en lien avec le contrôle du caractère approprié ou désavantageux du comportement, en fonction de lois apprises, comme la loi de modestie, exposée par Kerbrat-Orecchioni, (1996) p 61. Nous pouvons aussi rapporter les notions de rhétorique et d'influence mutuelle telles que formulées par Sperber et

Wilson, pour qui l'échange conversationnel est une transaction d'influence entre les participants.

Le fait que les compétences pragmatiques se développent tout au long de la vie est à prendre en compte dans une évaluation. L'hétérogénéité des tableaux pragmatiques rencontrés reflète en effet la variété des acquisitions qui ont pu être faites tout au long de la vie, **la prise en compte des capacités prémorbides est donc fondamentale pour définir s'il existe un trouble pragmatique.**

1.2.2 UN VERSANT COGNITIF DU LANGAGE

1.2.2.1 LES INFÉRENCES

Le lien entre les aptitudes inférentielles et la pragmatique du langage est abordé par Duchêne May-Carle, (1997). L'auteur précise que les inférences sont des déductions opérées sur du matériel verbal, alors que l'implicite émane du champ plus global du non-dit.

Les **présupposés** sont des énoncés qui amènent un contenu complémentaire, et logique, au-delà de ce qui est dit. Par exemple « Marie a accouché », l'énoncé implique l'idée qu'elle était enceinte avant. Il s'agit d'un lien lexico-sémantique, au sein d'une proposition. Le même type de lien local existe avec les connecteurs, les anaphores et les relations temporelles. « Depuis l'accident, le médecin exige que son père se repose. » Il faut ici savoir de qui est le père dont on parle pour comprendre l'énoncé.

Les sous-entendus ne sont pas liés à la vérité des énoncés, ils sont actualisés dans les actes indirects. Par exemple, un conseil sera formulé par un constat « Il fait vraiment froid ! » peut signifier que la température est basse, mais aussi être une demande de monter le chauffage, un conseil de mettre des gants...etc. Ces sous-entendus sont répartis en formulations conventionnelles et non conventionnelles.

Le **raisonnement** nécessaire à la compréhension d'inférence ou de l'implicite relève de trois mécanismes : la déduction (qui va du général au particulier), l'induction (du particulier vers la généralisation) et l'analogie qui consiste à repérer des équivalences. L'auteur distingue trois types d'inférences, selon les éléments à prendre en compte pour les effectuer. Ainsi **les inférences explicites** sont effectuées à partir du matériel verbal

directement fourni, **les inférences logiques** requièrent la manipulation de mécanismes de raisonnement opératoire. Par exemple une inclusion, ou une relation ordonnée : « Marie est plus grande que Zoé. Léa est plus petite que Marie. Qui est la plus grande des trois ? ».

Enfin, les **inférences pragmatiques** sont celles qui mettent en œuvre des capacités de théorie de l'esprit, c'est-à-dire une capacité à se représenter l'état mental d'autrui. Happé, Brownell et Winner ont comparé les difficultés rencontrées pour effectuer des inférences par des victimes d'AVC et d'autistes de haut niveau. (Happé, Brownell, & Winner, 1999) Ils ont montré que les inférences sociales, mentales et non mentales peuvent être distinguées. Les inférences mentales doivent opérer sur une représentation mentale, elles sont sociales si elles convoquent également la représentation de la pensée d'une autre personne, ce qui constitue la théorie de l'esprit, que nous verrons à plusieurs reprises au cours de ce travail. A contrario, les inférences non mentales sont mises en évidence par des tâches où les éléments desquels il faut dégager une inférence sont physiquement présents (dessins humoristiques). Nous reviendrons plus loin sur ces travaux, qui ont notamment permis de montrer que l'hémisphère droit joue un rôle important dans la théorie de l'esprit.

Pour que des inférences soient effectuées, Duchêne May-Carle (1997) rappelle également le rôle prépondérant de la **mémoire**.

1.2.2.2 LES FORMES NON LITTERALES

Comme nous l'avons vu avec les philosophes du langage, la question du sens non littéral est apparue lorsqu'il s'agissait de comprendre les limites du code.

Comment comprendre un énoncé lorsqu'il n'exprime pas directement ce qui doit être compris par l'auditeur, quand il y a un écart entre la phrase et l'énoncé ? Quelles sont les stratégies qui permettent de comprendre ? Suite aux hypothèses de Searle, qui considérait que l'appréhension littérale précède tout autre processus d'interprétation, plusieurs travaux se sont penchés sur cette question, ils ont montré que les procédés diffèrent selon que les formulations sont conventionnelles ou non conventionnelles. Bernicot (citée par Dardier 2004) étudie des processus qui permettent de comprendre

le sens du langage non littéral. Elle montre que la première étape de traitement consiste en une prise en compte des indices contextuels, avant les indices textuels.

LES METAPHORES

Conventionnelles, les métaphores sont l'objet d'apprentissage, tout comme les expressions idiomatiques et les proverbes. « Elle est dans la lune » (n'est pas rapide) « Quel pot-de-colle, ce chien ! » « Ça me casse les pieds » Leur compréhension s'acquiert comme des éléments lexicaux, ce qui convoque des aptitudes de l'hémisphère gauche. En revanche la compréhension des métaphores non conventionnelles requiert de faire des inférences lexico-sémantiques qui sont à rapprocher des aptitudes de l'hémisphère droit. (Champagne-Lavau & Joannette, 2009)

LES DEMANDES INDIRECTES

Dans la vie quotidienne, un grand nombre de messages sont formulés de façon indirecte, ou elliptique. **Les demandes indirectes conventionnelles** sont par exemple les ordres dont le caractère impératif est atténué par des formulations connues de tous : « Peux-tu me passer l'eau ? » « Est-ce que vous auriez du feu ? » Ce type de formulation est apprise, et la récupération de l'information implicite ne nécessite pas de faire une inférence. A l'inverse, **les demandes indirectes non conventionnelles** requièrent l'activation d'inférences. Plus coûteuses sur le plan cognitif, elles sollicitent une attention étendue au matériel verbal, paraverbal et non verbal, ainsi qu'une compréhension du contexte, et d'une théorie de l'esprit (capacité à penser les états mentaux d'autrui). Lorsqu'une personne dit sur une forme assertive : « Oh, comme il fait chaud ici ! » en regardant la fenêtre fermée et une personne proche de la fenêtre, l'interlocuteur pourra comprendre qu'il s'agit d'une demande d'ouvrir la fenêtre en analysant d'abord le contexte.

Ce type d'actes de langage est fréquemment utilisé dans les recherches en pragmatique développementale et pour mettre à jour des déficits d'habiletés pragmatiques et métapragmatiques.

1.2.2.3 LE DISCOURS ET LE PRINCIPE DE COHERENCE

La cohérence est la capacité de coordonner les éléments d'un énoncé entre eux via des **liens de cohésion**, autrement appelés connecteurs, qui peuvent être de nature

morphologique, lexicale, syntaxique. Ces connecteurs sont des marques qui donnent des indices décisifs pour la compréhension de l'ensemble du discours. Leur usage doit se faire en tenant compte de la connaissance des autres interlocuteurs. La cohérence locale s'applique aux unités contiguës du discours (mots, propositions, énoncé).

Qu'il soit procédural, narratif ou conversationnel, le principe de cohérence est appliqué dans chaque forme de discours puisqu'il en est même le principe définitoire. (Bracops, 2010) La cohérence permet à la suite d'énoncés d'être à la fois informative et organisée. Cette organisation répond à des principes de sélection et de hiérarchisation des informations. Le niveau d'information est supervisé en fonction de ce qui a été dit, de ce qui veut être dit.

Produire un discours cohérent correspond à la faculté de se faire succéder des informations nouvelles qui n'entrent ni en contradiction avec les précédentes, ni avec les connaissances de l'interlocuteur.

1.2.3 LES SITUATIONS CONVERSATIONNELLES

Rappelant toutes les compétences impliquées dans l'échange verbal, Duchêne May-Carle parle de la conversation comme « *un jeu de négociation coopérante entre les interactants, jeu dont les règles, moins formelles et plus souples que celles du code linguistique, génèrent la signification et fondent la pertinence* ». La conversation est un discours particulier en ce sens qu'il est élaboré simultanément et conjointement.

1.2.3.1 LE RESPECT DU PRINCIPE DE COOPERATION DANS L'INTERACTION VERBALE

Énoncé par Grice, le principe de coopération est un concept qui regroupe les efforts réalisés par les partenaires pour comprendre les signes linguistiques de son partenaire, y répondre et valider leur choix par une utilisation réciproque des mêmes signes. L'élaboration conjointe de la conversation est aussi soulignée par Kerbrat-Orecchioni. Le caractère partagé de l'interaction verbale n'est pas contesté par Sperber et Wilson qui y voient cependant une dynamique différente. Pour eux, il n'est pas question de coopération, mais d'influence, via une recherche d'effet sur l'interlocuteur.

Qu'il s'agisse d'une coopération ou d'une influence relationnelle, ces aptitudes sont acquises très tôt dans le développement linguistique, en dehors de toute maîtrise formelle.

1.2.3.2 LES PROCEDES DE VALIDATION INTERLOCUTOIRES

Le discours conversationnel est ponctué **de marques qui manifestent l'engagement des interlocuteurs dans l'échange**. Ces signaux sont à la fois non verbaux, paraverbaux et verbaux, ils émanent autant du locuteur que de l'auditeur.

	Signaux non verbaux	Signaux paraverbaux	Signaux verbaux
Locuteur Marques phatiques	Orientation du corps Direction dominante du regard	Modifications prosodiques	Marqueurs d'allocution : « hein » « tu vois » « dis »
Interlocuteur « feed back »	Orientation de l'attention visuelle vers le locuteur	Vocalisation « Hmm »	Morphèmes exclamatifs, approbation « oui »

1.2.3.3 LES TOURS DE PAROLE

Kerbrat-Orecchioni rappelle que toutes les pratiques communicatives sont des conduites ordonnées. Concernant les tours de parole, certaines règles sont acquises très précocement, comme **l'alternance des tours de parole**, c'est-à-dire le fait de ne pas parler ensemble, et de reprendre quand l'autre s'arrête ; et le fait qu'une seule personne parle à la fois. La question de savoir qui parle à quel moment est régulée par des productions verbales, telles que des locutions comme « voilà, quoi » « bon » ou « n'est-ce pas » ou par des signaux prosodiques (un ralentissement du débit, une chute de l'intensité articulatoire, puis une pause de la voix) et/ou des signes non verbaux comme le regard soutenu, l'interruption de la gesticulation en cours... L'alternance des tours de paroles n'est pas mécanique, et des ajustements sont nécessaires lorsqu'il y a un silence prolongé, ou au contraire il y a chevauchement de parole (avec interruption ou survenue d'une tierce personne dans l'interaction).

1.2.3.4 LA REPARATION DES PANNES CONVERSATIONNELLES

L'échange peut se trouver entravé par un problème linguistique, ou extérieur. Dans ce cas, la capacité à reprendre la conversation est appelée réparation. Elle nécessite une **initiation** c'est-à-dire un signalement, et une réparation, qui font l'objet d'un ou deux

tours de parole. Ce sont par exemple, les demandes de répétition, la conscience des erreurs, les autocorrections...

1.2.3.5 LA GESTION DU THEME

Le thème renvoi au sujet abordé pendant une conversation. Il est géré de manière collaborative. L'**initiation** est la proposition par un locuteur d'un sujet de conversation, elle nécessite la **ratification** par l'autre participant, afin de rééquilibrer la gestion thématique. Le **maintien** du thème est lié aux capacités des interactants à maintenir une cohérence et une cohésion. **La clôture** du thème par l'un des interlocuteurs découle d'un accord explicite ou implicite, ou d'un événement extérieur.

CONCLUSION

La pragmatique du langage a été conceptualisée par des philosophes et des linguistes cherchant à déterminer les conditions de compréhension du langage. Le langage ne peut se réduire à une codification stricte. Les sciences du langage, la philosophie et les sciences de la communication ont permis d'ouvrir la voie pour explorer ce qui complète le code linguistique et permet une communication fonctionnelle. Cette démarche a permis de préciser, au-delà des traitements du code linguistique, quels sont les processus cognitifs nécessaires à la communication.

- L'interprétation des énoncés nécessite la récupération d'implicatures
- Les dimensions non verbales et verbales participent conjointement à l'échange
- La logique conversationnelle suit des règles propres qui s'appliquent à tous les participants de l'échange.

Les habiletés pragmatiques sont des compétences acquises tout au long du développement. Dès les premiers liens, elles sont à l'origine de l'entrée dans le langage. Ensuite, les habiletés pragmatiques contribuent au langage élaboré, et font partie des compétences qui permettent de jouer avec le langage, de manier et comprendre l'humour, le second degré, ou de saisir des allusions implicites. En conversation la compétence pragmatique est particulièrement sollicitée, puisque les énoncés du discours conversationnel sont très souvent elliptiques ou référentiels.

Nous allons voir comment ces compétences de la pragmatique du langage peuvent être altérées suite à des pathologies neurologiques exposées dans notre prochaine partie.

2 NEUROLOGIE ET PRAGMATIQUE DU LANGAGE

Initiée par les travaux de Broca (1861) la méthode anatomo-clinique est encore celle qui conduit les travaux en neurologie. Aujourd'hui, les neurosciences bénéficient des apports de l'imagerie cérébrale anatomique, et de l'imagerie métabolique ou fonctionnelle. Ainsi, les connaissances sur le fonctionnement du cerveau évoluent-elles très rapidement. Associées aux travaux en neuropsychologie, elles apporteront sans doute des modélisations cognitives de plus en plus détaillées, permettant de localiser anatomiquement et physiologiquement les fonctions supérieures.

Dans ce travail, nous présentons des assises théoriques basées sur la neuropsychologie fonctionnelle, qui met en relation un comportement et une activité cérébrale, (Eustache, Faure, & Desgranges, 2013) et qui concilie « *la pertinence théorique des dissociations décrites chez certains des patients et la puissance d'analyse des techniques d'imagerie fonctionnelle cérébrale* » (Lechevalier, Eustache, & Viader, 2008) Nous allons ainsi préciser les régions du cerveau dont l'atteinte peut entraîner des troubles de la pragmatique, c'est-à-dire le lobe frontal et ses connexions avec les noyaux sous-corticaux, et l'hémisphère droit. Les étiologies de ces atteintes sont variées, avec deux modes d'apparition soit une survenue brutale des lésions, ou une apparition progressive. Dans ce travail, nous présentons seulement les pathologies du sujet adulte, et nous restons dans le domaine de la neurologie, sans explorer la neuropsychiatrie. Enfin, nous décrivons les atteintes que des lésions cérébrales peuvent entraîner sur d'autres compétences que celles du langage. Cette partie nous permet de définir, avec des arguments neuropsychologiques et médicaux, quelles sont les personnes qui risquent de présenter des troubles de la pragmatique du langage, et quels sont les déficits connexes qu'elles peuvent avoir.

2.1 CARACTERISTIQUES ANATOMIQUES

2.1.1 LE LOBE FRONTAL ET PREFONTAL

Le lobe frontal est celui dont la surface est la plus importante. Il est classiquement divisé en trois zones. **L'aire motrice primaire** borde la scissure de Rolando, c'est la zone responsable de l'ensemble des comportements moteurs. **L'aire prémotrice (ou encore aire d'association motrice)** est située en avant de l'aire motrice primaire, elle comprend également l'aire de Broca, bordant le sillon latéral. Cette deuxième zone est responsable du contrôle et de l'organisation séquentielle des mouvements, en inhibant notamment l'action de l'aire motrice primaire. La troisième zone est **le cortex préfrontal qui contrôle les comportements humains les plus élaborés**. C'est la partie la plus antérieure du cerveau, et la plus importante.

Dubois B. rappelle que « *le cortex préfrontal établit des connexions réciproques avec toutes les autres zones impliquées dans le traitement des informations sensorielles, de cette manière peut s'établir une représentation interne du monde environnant extracorporel.* » Ainsi, **le cortex préfrontal joue un rôle important dans la prise en compte du contexte par l'individu**. Il reçoit également des afférences des principales structures limbiques, il est ouvert sur le milieu intérieur, l'état affectif et motivationnel de la personne. Il est également en relation étroite avec des structures impliquées dans les phénomènes de mémorisation, comme le complexe amygdalo-hippocampique, et le thalamus.

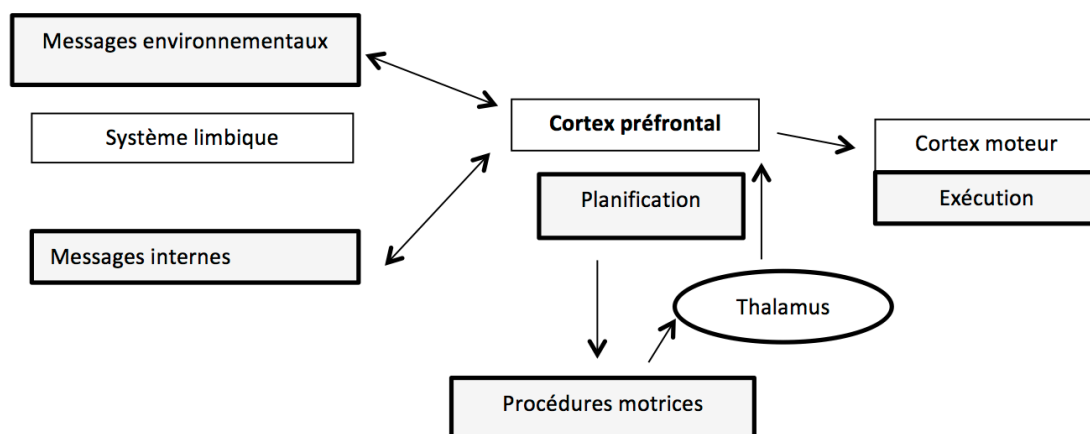


FIGURE 1 LES MULTIPLES CONNEXIONS DU LOBE FRONTAL D'APRES DUBOIS & AL, CITES PAR DARDIER (2001)

2.1.2 HEMISPHERE DROIT ET LATERALISATION

2.1.2.1 DE LA DOMINANCE A LA SPECIALISATION HEMISPHERIQUE

La spécialisation fonctionnelle a été mise à jour avec l'étude des aphasies. Broca (1865), cité par Sergent J. (1996), a été le premier à situer le langage dans l'hémisphère gauche, affirmant donc que les deux hémisphères cérébraux, bien que symétriques, ne sont pas identiques. A la suite de ces travaux, l'hémisphère gauche a longtemps été qualifié de dominant, mais actuellement, la littérature emploie le terme de spécialisation hémisphérique, étant donné que la plupart des processus cognitifs requièrent tout de même l'activation des deux hémisphères, comme c'est le cas pour le langage.

Cette spécialisation hémisphérique s'opère au cours de la maturation cérébrale, ainsi, le potentiel linguistique de l'hémisphère droit reste important durant les premières années de la vie, et la spécialisation à gauche pour le langage (chez la plupart des sujets) apparaît et se consolide entre 5 et 15 ans. De la même manière, le processus de latéralisation fonctionnelle se renforce tout au long de la vie.

2.1.2.2 DETERMINER LA SPECIALISATION HEMISPHERIQUE

La préférence manuelle est le signe le plus évident de la spécialisation hémisphérique, comme le langage, elle se développe et se renforce tout au long de la vie. L'indicateur le plus simple est la préférence manuelle pour l'écriture. La prévalence de la spécialisation hémisphérique gauche pour le contrôle moteur est de 90%, toute population confondue. (Fitzgerald, Folan-Curran, Tibbitts, & Richardson, 2003) Cette préférence est la même pour les activités motrices complexes. La latéralité peut être déterminée par des questionnaires comme celui de Humphrey (1951) qui interroge le sujet pour savoir quelle main il utilise pour 20 tâches ordinaires (dont l'écriture, l'utilisation d'outils, des couverts), quel œil est choisi pour viser et quel pied est utilisé pour taper une balle. (Gil, 2010)

La spécialisation hémisphérique variant d'un individu à l'autre, la préférence manuelle et la spécialisation hémisphérique du langage ne sont pas toujours corrélées : beaucoup de gauchers ont leurs aires du langage dans l'hémisphère gauche. La latéralisation fonctionnelle étant un élément important de la prise en charge des patients cérébrolésés,

il importe de pouvoir l'évaluer. Les technologies d'IRMf (imagerie à résonnance magnétique fonctionnelle) permettent également de préciser la latéralisation.

2.1.2.3 LES FONCTIONS ATTRIBUEES A L'HEMISPHERE DROIT

Les recherches sur la spécialisation hémisphérique sont très nombreuses, et de nombreux points font encore débat dans la littérature, notamment sur la validité des études qui prétendent établir des répartitions entre chaque hémisphère. Il est en effet plus vraisemblable que les deux hémisphères contribuent à toutes les fonctions ; la question devient alors de comprendre la nature de l'implication de chacun.

Tout en ayant en tête ces réserves, pour ce travail, nous présenterons le partage des tâches entre les hémisphères tel qu'il est classiquement admis en l'état actuel des connaissances. L'hémisphère gauche est spécialisé dans le langage dans ses aspects formels, les processus de cognition analytiques, le calcul, et la perception locale. L'hémisphère droit serait celui du visuo-spatial, de la prise en compte globale ou holistique, de la musique, des émotions... (Efron, 1990 – cité par Lechevalier et al., 2008) (Eustache et al., 2013)

LES COMPETENCES VISUO-PERCEPTIVES ET ATTENTIONNELLES

Le lobe pariétal droit, en particulier les aires associatives de celui-ci sont impliquées dans la **régulation du comportement spatial d'orientation**, de l'utilisation des mains dans un contexte spatial. (Albert, 1996)

Dans les processus de reconnaissance, l'hémisphère droit permet la **reconnaissance globale des formes, la reconnaissance des visages et du corps humain** (avec la participation du gyrus fusiforme) L'hémisphère droit joue également un rôle dans **l'agentivité**, c'est-à-dire la capacité de savoir si l'on est auteur de ses propres mouvements.

TRAITEMENT DES INDICES EMOTIONNELS ET DES AFFECTS

L'hémisphère droit est classiquement reconnu comme le siège des compétences qui permettent **la reconnaissance de l'autre**, avec **l'empathie**, et la **théorie de l'esprit** qui permet de se figurer les états mentaux et émotionnels de l'autre.

Les émotions seraient traitées préférentiellement par l'un ou l'autre des deux hémisphères selon leur type. Pour Gainotti (cité par Eustache et al., 2013) l'hémisphère

droit serait impliqué dans un **contrôle primaire et végétatif des émotions, soutenu par une analyse globale du contexte environnemental**. L'hémisphère gauche serait impliqué dans la régulation et le contrôle intentionnel de l'expression émotionnelle, donnant du sens aux émotions.

Par ailleurs, l'hémisphère gauche serait impliqué dans les émotions appartenant à un système d'approche, alors que **l'hémisphère droit serait davantage dédié à des émotions procédant d'un système de retrait**. Davidson, R.J. (2003) (in Eustache et al., 2013) L'hémisphère droit est ainsi impliqué dans le **traitement des indices émotionnels des stimuli visuels et auditifs**, comme dans la reconnaissance des mimiques, et de la prosodie émotionnelle.

2.2 ETIOLOGIE DES LÉSIONS CÉRÉBRALES

Les pathologies qui peuvent entraîner des troubles de la pragmatique du langage sont des pathologies neurologiques et psychiatriques. Dans ce travail, nous avons choisi de traiter des pathologies neurologiques acquises du sujet adulte, (TC, AVC, Sclérose en plaque, démences fronto-temporales, et autres pathologies dégénératives de Mesulam, maladie d'Alzheimer) Nous laissons donc de côté les pathologies développementales et psychiatriques pouvant entraîner des troubles de la pragmatique du langage, comme les TED (troubles envahissant du développement) l'autisme, la schizophrénie, ou le syndrome de William.

2.2.1 ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL

Les accidents neuro-vasculaires sont la **troisième cause de décès** après les maladies cardiaques et les cancers, et la **première cause de handicap acquis**. (Cambier, Masson, & Masson, 2011) Avec une incidence de 130 000 nouveaux cas en 2010, dont 110 000 AVC, ces maladies font l'objet d'une prévention et d'une communication croissante ces dernières années. Cette démarche de santé publique et d'autant plus accrue que les données épidémiologiques montrent une augmentation des cas d'AVC chez les personnes de moins de 65 ans, surtout chez les femmes (avec une augmentation de 17,7 %) – sources : Direction Générale de l'Organisation des soins.

Lors des accidents vasculaires cérébraux, les cellules du cortex sont en souffrance du fait d'une altération du débit sanguin cérébral (DSC). Deux grands types de perturbations

peuvent générer des lésions cérébrales : les ischémies et les hémorragies. La perturbation du flux sanguin cérébral ainsi que l'anoxie associée sont les deux causes majeures des déficits neurologiques centraux.

2.2.1.1 AVC ISCHEMIQUE

Les AVC de type ischémique sont beaucoup plus fréquents que les autres types d'AVC, 80% à 85% des cas, selon les sources. Dans le cas des ischémies, l'interruption longue et prolongée du flux sanguin est due à une occlusion artérielle ou veineuse qui peut être de type embolique ou thrombique. Elle touche la plupart du temps le territoire de vascularisation de l'artère carotide interne qui se prolonge par les artères cérébrales moyenne et antérieures, intéressant les territoires frontaux et périsylvien. Ainsi, l'infarctus du territoire de l'artère cérébrale moyenne, ou infarctus sylvien est le plus fréquent (80% des infarctus hémisphériques). L'artère cérébrale postérieure irrigue le lobe occipital et la partie inférieure du lobe temporal. Avec l'artère cérébrale antérieure, elles dominent l'irrigation de la face médiale du cerveau.

Les accidents vasculaires de type ischémiques dus à des thromboses ou embolies, peuvent selon certaines indications précises, faire l'objet d'une désobstruction d'urgence, un traitement thrombolytique, ce qui améliore le pronostic sur le plan neurologique.

Notons également les accidents ischémiques transitoires (A.I.T) sont des épisodes neurologiques entièrement résolutifs en moins de 24 heures, sans preuve d'infarctus aigu. Ils sont cliniquement observables avec une survenue brutale des symptômes qui régressent spontanément. Ces accidents sont à prendre en compte pour leur valeur pronostique, car ils sont synonymes d'un risque majoré de survenue d'un AVC.

2.2.1.2 HEMORRAGIE CEREbraLE

Ces accidents sont dus à un saignement localisé dans le parenchyme cérébral, isolé ou associé à d'autres saignements dans les aires sous-arachnoïdiennes et les aires ventriculaires. Bien moins fréquents, les AVC hémorragiques représentent 15% des AVC. Le taux de mortalité est important, 50%. La plupart du temps ils ont pour origine une hypertension artérielle chez le sujet âgé, et chez le sujet jeune, une malformation vasculaire.

2.2.2 TRAUMATISME CRANIEN

Le traumatisme crânien (TC) est « *Une blessure au cerveau de nature non dégénérative ou congénitale, mais causée par une force externe qui peut entraîner des troubles de la conscience* » National Head Injury Foundation, (1985) Les violents chocs de la tête dans les accidents de la voie publique (AVP) sont souvent à l'origine des TC. Par ailleurs, des lésions cérébrales graves peuvent aussi survenir dans suite à des mouvements violents de la tête sans qu'elle ne heurte un objet. Claire Peter-Favre (2002) précise que les lésions sont soit focales, multifocales ou axonales et diffuses. Les mouvements violents de la tête, provoquent un cisaillement et une élongation des axones, avec une lésion de la substance blanche. Le retentissement cérébral du traumatisme va être évalué en fonction de critères qui déterminent **le degré de gravité du traumatisme**.

- **La durée et la profondeur du coma.** La profondeur du coma est évaluée par l'échelle de Glasgow (GCS, Glasgow Coma Scale, Teasdale, et Jennet, 1974), qui mesure sur cinq points la qualité des réponses oculaires, verbales, et motrices, avec des scores allant de 0 à 15. Le traumatisme crânien est considéré comme sévère quand le GCS est inférieur ou égal à 8 ; il est moyen pour un GCS compris entre 9 et 13, et le TC est considéré comme léger lorsque le GCS est supérieur à 13.
- **La durée de l'amnésie post-traumatique (APT)**, période pendant laquelle l'acquisition et la rétention de nouvelles acquisitions est difficile, et associé à une amnésie rétrograde portant sur l'accident et au-delà. L'étendue de l'amnésie rétrograde peut diminuer dans le temps. L'APT est objectivée à l'aide du score obtenu au GOAT (Galveston Orientation and Amnesia Test), il est considéré comme pathologique si le total des points est inférieur à 75/100.

2.2.3 DEMENCES FRONTO-TEMPORALES ET AUTRES PATHOLOGIES DEGENERATIVES

Les démences fronto-temporales (DLFT) sont un regroupement de plusieurs types d'affections. Les définitions et classifications font actuellement l'objet de travaux qui visent à spécifier les aspects histologiques et/ou génétiques, notamment le mécanisme protéinopathique. Ce qui regroupe ces maladies entre elles est **la topographie lésionnelle particulière : l'atrophie corticale** concerne en premier lieu les **lobes temporaux antérieurs et les lobes frontaux**.

Les démences fronto-temporales pourraient représenter 8 à 10% des démences, elles sont caractérisées par **un âge d'apparition précoce**, une **aggravation insidieuse et progressive des troubles**, et un tableau où **les troubles mnésiques ne sont pas au premier plan**. Une histoire familiale est retrouvée dans 25 à 40% des cas. (Cambier, Masson, & Masson, 2011)

Selon les critères de Lund et Manchester, trois variantes peuvent être distinguées en fonction de la localisation lésionnelle : une variante frontale, une variante temporale dont la forme prototypique est la démence sémantique, et une forme d'aphasie primaire progressive, celle que Mesulam qualifie de non fluente. Nous laissons de côté les aphasies primaires progressives décrites par Mesulam, puisque dans ces maladies, le déficit du langage formel est au premier plan, et les atteintes de la pragmatique du langage ne sont pas pertinentes pour le repérage de ces maladies.

En revanche, il est intéressant de considérer les deux grandes variantes de la DLFT : la variante frontale et la variante temporale dont nous présentons les caractéristiques principales dans un tableau, d'après Gil, 2010.

L'évolution de la maladie peut varier selon la localisation hémisphérique de l'atrophie corticale, mais **les troubles comportementaux et le syndrome dysexécutif au premier plan** sont les signes qui précéderont d'autres atteintes cognitives. Nous mentionnons particulièrement cette pathologie au sein de l'ensemble des maladies dégénératives, car c'est celle pour laquelle **les lésions sont susceptibles d'entraîner des troubles des habiletés pragmatiques avant l'apparition des atteintes de la mémoire du code formel du langage**. Par conséquent, le repérage et l'évaluation des troubles pragmatiques prennent toute leur importance pour permettre une démarche de diagnostic différentiel avec d'autres maladies dégénératives.

TABEAU 1 LES DEUX VARIANTES DE DFT, D'APRES GIL (2010) ET CAMBIER (2011)

Type de DFT	Signes cliniques		Localisation de l'atrophie
DFT ou Vf – DFT variante frontale de la DLFT	Troubles du comportement au premier plan	Forme déshinibée (présentation maniaque sans troubles du sommeil)	Atteinte fronto-orbitaire
	Troubles du contrôle de soi, du comportement social, de la conduite personnelle, négligence de soi émoussement émotionnel	Forme apathique	Atteinte cingulaire et dorso latérale
	Troubles de l'attention et des fonctions exécutives	Forme stéréotypique	Cortex orbito frontal et temporal + noyaux gris
	Altération de la fonction pragmatique du langage Anosognosie qui contraste avec le ressenti de la famille.	Forme hallucinatoire	Atteinte du motoneurone
Démence sémantique ou Vt – DFT variante temporale de la DLFT Aphasie progressive fluente	Anomie avec fluences littérales > fluences catégorielles Discours égocentré (compensation d'un défaut de mémoire sémantique par une mémoire épisodique relativement préservée) Troubles du comportement (manifestations obsessionnelles)	Démence sémantique	Temporale antérieure gauche

2.2.4 SEP ET AUTRES PATHOLOGIES NEUROLOGIQUES ACQUISES

La sclérose en plaques (SEP) est une maladie du système nerveux central associant une composante auto-immune inflammatoire et une composante neurodégénérative. Dans les cas où l'évolution de la maladie entraîne une détérioration des fonctions cognitives, soit deux cas sur trois, on peut penser que la SEP entraîne des troubles de la pragmatique. Le travail de Carton C. et Coffinières J. montre ainsi que **l'ensemble des patients atteints de SEP et ayant des troubles cognitifs avérés a des troubles de la pragmatique du langage**. (Carton, Coffinières, & Férey, 2009)

Notons également que l'évolution de certaines maladies d'origine virale, comme celle des **patients atteints de VIH**, peut conduire à des déficits des fonctions cognitives, et donc, on peut supposer que des troubles de la pragmatique du langage peuvent se présenter, ce qu'atteste une évaluation de neuf patients sur une tâche de discours narratif. (Imbert & Boutoleau-Bretonnière, 2012)

Certaines méningo-encéphalites (notamment virales) peuvent provoquer des lésions cérébrales et donc des difficultés dans la pragmatique du langage.

2.3 LES TROUBLES CONSECUTIFS AUX LESIONS DE L'HEMISPHERE DROIT

L'hémiplégie gauche signe de manière évidente la localisation lésionnelle à droite, lorsqu'elle est postérieure aux lobes frontaux. Pour détailler les déficits *supposés* des CLD, nous citons le travail de Carota A., Annoni J-M., Piccardi L. , Bogousslavsky J. (2005) Nous ne détaillons pas toute la sémiologie que ces auteurs présentent, mais seulement les points qui nous semblent liés à la pragmatique du langage : l'héminégligence, les troubles des aspects émotionnels et des affects, les aspects neuropsychiatrique et les altérations du comportement.

TABLEAU 2 SYNTHÈSE DES DÉFICITS CONSECUTIFS À UNE LÉSION DE L'HEMISPHERE DROIT, D'APRÈS CAROTA ET AL.,(2005)

Héminégligence spatiale unilatérale
Apraxie constructive
Apraxie de l'habillage
Hypergraphie (comportement compulsif d'écriture, + souvent si lésion droite frontopariétale ou cingulaire)
Syndromes visuoperceptifs
Agnosie visuelle aperceptive
Prosopagnosie
Désorientation topographique
Déficits liés à la communication
• Dysprosodie expressive et réceptive • Diminution de l'efficacité et de la spécificité du discours • Compréhension réduite des expressions faciales
Syndromes neuropsychiatriques
• Anosognosie et somatognosie • Délires d'identification (dont le syndrome de Capgras) • Manie

2.3.1 HEMINEGLIGENCE SPATIALE UNILATERALE

La négligence se définit par une difficulté à détecter, à identifier, ou à s'orienter vers des stimuli dans la moitié de l'espace contralatérale à l'hémisphère cérébral lésé. Elle ne peut pas être rattachée à un déficit moteur ou sensoriel isolé, bien qu'elle puisse être mise en évidence sur toutes les modalités sensorielles, elle est plus sévère dans la modalité visuelle. (Carota, Annoni, Piccardi, & Bogousslavsky, 2005)

La négligence reflète sans doute l'atteinte de processus de plus haut niveau (attention, représentation spatiale, et trouble de la référence égocentrée). La NSU est souvent corrélée avec une alexie (Pérennou, Bentabet, Leblond et Royer, 1997), lors de son évaluation, il importe de dissocier l'héminégligence d'une hémianopsie, qui est un trouble sensoriel.

D'après Carota *et al.* (2005) Le réseau neuronal dont la lésion cause la NSU comprend différentes régions cérébrales (lobe frontal, pariétal, thalamus) La lésion la plus fréquente met en jeu la jonction temporopariétale (lobe pariétal inférieur et gyrus supramarginal)

La négligence et **plus fréquente chez les sujets CLD**, avec une prévalence qui varie de 40 à 50% chez les CLD contre moins de 10% chez les CLG, elle est également plus sévère et persistante en cas de lésion de l'hémisphère droit (Eustache, 2013).

2.3.2 TROUBLES DES ASPECTS EMOTIONNELS ET DES AFFECTS

La littérature décrit chez les patients CLD des perturbations de la reconnaissance des émotions dans les expressions faciales et prosodiques, ainsi que des difficultés pour produire un contenu émotionnel. (cf partie 2.1.2.3) Nous reviendrons sur ces aspects dans la partie consacrée à la sémiologie en pragmatique du langage, car le traitement des émotions est une part du contexte qui est pris en compte par les habiletés pragmatiques.

2.3.3 SYNDROME NEUROPSYCHIATRIQUE

L'anosognosie est la conscience altérée de certains déficits ou de la maladie. Le sujet peut ainsi ne pas avoir conscience de son hémiparésie ou de son hémianopsie. Il semblerait que les CLD présentent des anosognosies plus sévères que les CLG. Morin C. remarque « *Ces troubles de la représentation du corps perturbent la conscience de soi* » (Azouvi, Mazaux, Pradat-Diehl, & Fondation Garches. Entretiens, 2006)

Dès lors, dans le domaine de la conscience de soi, des autres, et de l'environnement, le patient CLD peut présenter un tableau pseudo-psychiatrique avec un Syndrome de Capgras (où le sujet est convaincu que des personnes intimes ont été remplacée par un sosie, un traître) Ces manifestations psychiatriques peuvent conduire à des diagnostics erronés, et des pathologies vasculaires se trouvent soignées en psychiatrie.

2.3.4 ALTERATION DU LANGAGE ET DE LA COMMUNICATION

DYSPROSODIE EXPRESSIVE ET RECEPTIVE

La prosodie, couramment désignée comme l'intonation, est un ensemble de modulations mélodiques, rythmiques et d'accentuations toniques qui permet de colorer le discours

de dimensions **émotionnelles** (joie, peur, colère, tristesse) et de donner des informations **linguistiques** sur le type d'acte de langage dont il s'agit (interrogatif, assertif, impératif,)

Une altération de ces variations, qualifiée de **dysprosodie** peut impacter la compréhension et/ou l'intelligibilité des propos. Les sujets CLD, du fait de difficultés dans le traitement de la prosodie peuvent être gênés dans la confiance en leur interlocuteur, et dans l'appréciation de la politesse. (Pell, 2007)

La dysprosodie expressive est un trouble de l'intonation, de la cadence, de l'accentuation et de la durée des mots dont la conséquence est un discours monocorde parfois « robotique » (Carota, Annoni, Piccardi, & Bogousslavsky, 2005)

A l'aide d'étude en IRMf (Imagerie à résonnance magnétique fonctionnelle) chez des sujets normaux, la dominance de l'hémisphère droit pour la prosodie affective a pu être mise en avant, en particulier au niveau des régions pariétales et frontales dorsolatérales (Wildgruber, 2002, cité par Carota *et al.* 2005)

La prosodie linguistique serait, quant à elle, ancrée davantage du côté gauche.

DIMINUTION DE L'EFFICIENCE ET DE LA SPECIFICITE DU DISCOURS

Sur le plan linguistique, il faut rappeler que dans la plupart des cas, les patients CLD n'ont pas de déficit de la compréhension détecté par les batteries d'évaluation des aphasies, et l'élaboration phonologique est intacte.

Difficultés sémantiques. Les patients CLD ont souvent des difficultés pour identifier la catégorie sur-ordonnée d'une série de stimuli, comme par exemple trouver que *félin* est la catégorie qui regroupe *lion, tigre et panthère*. Réciproquement, ils sont gênés sur des fluences catégorielles, alors que les fluences orthographiques sont moins difficiles que pour les sujets CLG.

Déficits du discours. De manière transversale, les sujets CLD ont une réduction de sensibilité qui peut toucher :

- Les informations nouvelles
- Les contenus émotionnels
- Les informations paralinguistiques (gestes, expressions faciales)

- Les échanges d'idées et règles sociales de la communication `

Les patients peuvent aussi être en difficulté pour restaurer la cohérence globale d'un discours, qui se caractérise par l'impossibilité de résumer un texte, ou de générer un titre.

Ces aspects du discours du patient CLD seront développés dans le chapitre sur les altérations de la pragmatique du langage. Nous verrons que les altérations, grâce aux outils d'analyse du discours conversationnel, notamment, peuvent être répertoriées et évaluées.

COMPREHENSION REDUITE DES EXPRESSIONS FACIALES

La mimique d'un patient et la compréhension qu'il peut avoir de la mimique peuvent être perturbée. Cette habileté relève de la cognition sociale (cf partie 4.1.2). L'imagerie fonctionnelle sur des sujets sains montre une **activation majeure des régions frontales de l'hémisphère droit à la vision des visages émotionnels** (Morris JS, Frith CD *et al.*, 1996, cités par Carota *et al.*, 2005) (cf infra sur le rôle de l'HD dans le traitement des émotions)

2.4 LE SYNDROME FRONTAL ET LE SYNDROME PSEUDO-FRONTAL

Des troubles de l'activité, des fonctions cognitives et du comportement, sont classiquement regroupés au sein du syndrome frontal. (Cambier & al, 2011) Cette dénomination est apparue du fait de la corrélation anatomique observée entre les signes cliniques et les lésions frontales. Cependant, il faut préciser que le syndrome frontal n'est pas corrélé qu'aux seules lésions des lobes frontaux. En effet, il faut souligner *« l'existence d'un tableau comportemental et neuropsychologique de type frontal en l'absence d'une lésion frontale mais **en présence d'une lésion d'une ou des structures sous-corticales** qui ont des afférences et des efférences avec le lobe préfrontal »* (Albert, 1996) La littérature décrit ainsi des tableaux sous-corticaux frontaux. Du point de vue neuropsychologique, le diagnostic différentiel entre syndrome frontal et syndrome pseudo frontal reste difficile à établir, et ce sont des éléments médicaux d'histoire de la maladie, d'imagerie qui permettent de confirmer la nature du syndrome.

Dubois B. (2002) regroupe les perturbations dues à une atteinte du lobe frontal en quatre secteurs : la programmation comportementale, la saisie des informations, le maintien en mémoire de travail, et l'expression affective.

2.4.1 LES TROUBLES DE L'ACTIVITE

Selon le siège exact de la lésion frontale, l'activité motrice peut se trouver exagérée ou inhibée. Dans les cas de lésions situées sur la face externe du cortex préfrontal, il y a une réduction de l'activité motrice (akinésie) parfois des phénomènes de négligence motrice, un trouble de l'équilibre et de la marche (astisie-abasie). L'atteinte des régions paramédianes se manifeste par une inertie motrice, un trouble parfois massif de l'initiation. L'atteinte des régions orbito-basales se traduit par une hyperactivité motrice exagérée, fragmentée, avec des réactions impulsives inadaptées (stéréotypie gestuelle, collectionnisme), un grasping reflex, une dépendance accrue vis à vis du monde extérieur avec de nombreuses conduites stéréotypiques.

2.4.2 TROUBLES DU COMPORTEMENT

La programmation comportementale est faite d'une régulation entre l'incitation et l'inhibition. Les troubles du comportement signent le syndrome frontal de manière prégnante, ils sont schématiquement répartis en deux groupes : des comportements altérés par un ralentissement général, une apathie qui va jusqu'à la bradyphrénie ; et au contraire, des comportements mal ajustés du fait d'une désinhibition et d'une hyperactivité avec une présentation qui peut aller jusqu'à un tableau pseudo psychiatrique maniaque. Eslinger et Damasio (1985) ont montré, avec leur étude du patient EVR, qu'il peut y avoir une dissociation nette entre les résultats d'épreuves cognitives, qui montrent des scores normaux, un comportement complètement inadapté. (cité par Godefroy & Groupe de réflexion pour l'évaluation des fonctions exécutives, 2008)

Pour les **lésions de la partie dorsolatérale**, on observe l'impossibilité pour le patient d'élaborer de nouveaux programmes et le caractère persévératif et stéréotypé de ses réponses face aux situations nouvelles.

Les **lésions du cortex orbitofrontal** peuvent entraîner, par l'altération des fonctions d'inhibition et de contrôle social, une perte de la sélectivité des processus mentaux qui

se manifeste par des **troubles du comportement, du raisonnement et du jugement, pouvant conduire à des attitudes provocantes**, irrévérencieuses, antisociales, avec une familiarité et une irritabilité ne correspondant pas aux comportements de la personne avant la lésion. Sont également observés une hyper oralité, et parfois un comportement d'urination.

Les patients, quel que soit le versant de leurs troubles, ont tendance à minimiser leur importance, présentant souvent une **anosognosie**.

2.4.3 LE SYNDROME DYSEXECUTIF

Avec leur modèle de mémoire de travail, Baddeley et Hitch (1974) mettent en avant le rôle de **l'administrateur central**, dont les fonctions sont de sélectionner, coordonner et contrôler les traitements cognitifs. Les auteurs soulignent les composantes attentionnelles de ce « central executive ». Ainsi, sont posés les contours des fonctions exécutives. Baddeley (1996) – cité par (Bonjean, Scouarnec, Tissier, & Travers, 2013) suggère que l'administrateur central est composé de plusieurs processus :

- L'allocation de ressources durant la réalisation simultanée de deux tâches
- Les stratégies de récupération de l'information
- L'attention sélective dont les processus d'inhibition
- Le maintien et la manipulation de l'information en mémoire à long terme
- La mise à jour, qui permet de modifier le contenu de la mémoire de travail avec des informations récentes

Pour Norman et Shallice, (puis Shallice et Burgess, puis Burgess et al.) **les fonctions exécutives sont des outils dont le sujet dispose pour s'adapter à des situations nouvelles**, par opposition à des habitudes motrices et cognitives mémorisées qui sont réalisées de façon automatique. Les fonctions exécutives sont supervisées par le contrôle attentionnel ou SAS (système de supervision attentionnelle) elles sont liées à d'autres aptitudes cognitives, en particulier la mémoire.

Par ailleurs, notons que Damasio a montré que les fonctions exécutives sont totalement interdépendantes de composantes émotionnelles, de la notion de *self*, et de la cognition sociale. (Damasio 1994, cité par Godefroy & Groupe de réflexion pour l'évaluation des fonctions exécutives, 2008)

La terminologie « fonctions exécutives » revêt ainsi différentes acceptations, selon que les auteurs y incluent les processus mnésiques « stratégiques », les troubles comportementaux, ou la cognition sociale. (O. Godefroy, Jeannerod, Allain, & Le Gall, 2008) Les auteurs du GREFEX (groupe de réflexion pour l'évaluation des fonctions exécutives) ont privilégié une approche incluant au syndrome dysexécutif les composantes comportementales. Le GREFEX met en perspectives certaines manifestations comportementales et des expressions plus cognitives

Il existe un débat pour tenter de déterminer si les fonctions exécutives sont un système unitaire ou si elles peuvent, au contraire, être complètement dissociées et évaluée spécifiquement. Miyake *et al.*, (2000) ont montré que la mise à jour, la flexibilité, et l'inhibition sont des fonctions modérément corrélées, et pourtant séparables, donc évaluables les unes indépendamment des autres.

Les processus des fonctions exécutives

La littérature prenant le S.A.S comme modèle s'accorde sur six fonctions exécutives qui permettent de mettre en œuvre une **stratégie**, et qui peuvent être évaluées spécifiquement afin : **l'inhibition, la flexibilité mentale, la récupération d'information en mémoire, l'attention divisée, la mise à jour, la planification.**

TABEAU 3 SYNTHÈSE DES FONCTIONS EXECUTIVES (OLIVIER GODEFROY & GROUPE DE REFLEXION POUR L'EVALUATION DES FONCTIONS EXECUTIVES, 2008)

Processus	Evaluations neuropsychologiques
Inhibition - Résistance aux interférences de distracteurs - Résistance aux interférences proactives (ce qui a été présenté avant) - Capacité à s'empêcher de produire une réponse automatique ou dominante	Test de Stroop (Stroop 1935) Epreuves de GO-NO-GO chronométrées évaluant la capacité à réagir à des stimuli cibles en inhibant ses réponses aux stimuli distracteurs Hayling test
Mise à jour Capacité à rafraîchir les informations en mémoire de travail	PASAT (Gronwall 1977) suite de chiffres non connue du sujet, qui doit additionner les deux derniers entendus
Flexibilité mentale <u>Flexibilité réactive</u> : déplacement du focus attentionnel, capacité de passer d'un comportement à un autre <u>Flexibilité spontanée</u> : production d'un flux d'idées ou de réponses variées	Trail making test TMT version A & B (Reitan 1958) Fluences verbales (Cardebat 1990) ou graphiques
Récupération active d'informations en mémoire Rechercher et trouver de manière active et efficace des informations contenues en mémoire à long terme	RL/RI 16 Grober & Buchke avec mise en évidence de la récupération sur stockage forcé
Attention divisée Capacité à mener deux tâches en même temps	TMT version B Double tâche de Baddeley
Planification Capacité à organiser une série d'actions	<i>Tour de Londres</i> Shallice (1982) Test du zoo

Certaines batteries visent une évaluation globale et rapide des fonctions exécutives, la plus connue étant la BREF (batterie brève d'évaluation frontale, Dubois, 1995). Pour une évaluation plus écologique des fonctions exécutives, les épreuves les plus proches de la vie quotidienne se sont multipliées, afin d'éviter l'artefact des situations « papier-crayon » c'est le cas du test des six éléments. (Shallice & Burgess, 1991) inclus dans la BADS (The Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrom ; Wilson B, Alderman N, Burgess P.W, Emslie H, Evans J 1996) et publié en version française (Le Gall, 2000)

2.4.4 ATTEINTES DE LA MEMOIRE

Suite à un traumatisme crânien sévère, les troubles de la mémoire sont systématiques. L'amnésie post-traumatique (APT) correspond à la période où le patient est confus, désorienté, avec une amnésie antérograde et une amnésie rétrograde. La durée de cette amnésie a une valeur pronostique importante. Les déficits persistants de la mémoire ont un impact péjoratif sur la réinsertion des patients. Ils concernent la mémoire à long terme, dans toutes ses modalités, en rappel et en reconnaissance. (Azouvi, 2009)

2.4.5 DEFICIT ATTENTIONNEL

Dans les cas de TC sévères, les différents types d'attention sont touchés, (attention focalisée, soutenue, divisée, et alerte phasique) en particulier l'attention divisée. Le déficit attentionnel varie en fonction de la difficulté de la tâche sur le plan exécutif et sans doute de son coût cognitif. (Azouvi, 2009)

2.4.6 TROUBLES DE L'HUMEUR, DES ASPECTS EMOTIONNELS ET AFFECTIFS

Les émotions, l'humeur et les affects sont parfois altérés dans les cas de lésions frontales, que ce soit au plan de l'expression ou de la réception de ces aspects psycho-affectifs et thymiques. Deux grands versants sont distingués : l'un en retrait, présente des aspects dépressif, l'autre très désinhibé pourrait s'apparenter à un état maniaque, comme nous l'avons vu au sujet des troubles du comportement.

Un **tableau en retrait** peut se présenter lors d'atteinte du lobe préfrontal, particulièrement lors d'atteinte de **l'aire dorsolatérale, et/ou de l'aire cingulaire antérieure**. L'une et l'autre de ces aires comportent des capacités d'initiative de l'élan psychique, qualifiée de *drive* par les auteurs anglo-saxons. (Gil, 2010) En conséquence, des lésions de ces aires peuvent entraîner **une altération de l'humeur, une apathie émotionnelle, pouvant être dépressive ou pseudo-dépressive** (un ralentissement psychomoteur généralisé, avec indifférence, mais sans affectation de tristesse ou de désespoir). Une lésion du cortex frontal en partie médiane, ou **gyrus cingulaire antérieur**, peut **altérer massivement l'énergie, la motivation et l'élan vital**, le patient pouvant ainsi présenter un ralentissement massif. Dans sa forme extrême, le syndrome cingulaire va jusqu'au *mutisme akinétique*, avec, lorsque la lésion est bilatérale un patient dans un état d'immobilité et silencieuse.

Les structures du système limbique rostral (gyrus cingulaire antérieur, cortex préfrontal médian, insula antérieure, le striatum ventral, l'amygdale) sont impliquées dans **la reconnaissance des émotions des visages** et tout particulièrement des émotions négatives (colère, peur, dégoût, tristesse)

A contrario, les patients atteints d'une **lésion de la région orbito-frontale**, comme nous l'avons vu concernant les comportements, se présentent avec une désinhibition ayant des répercussions sur l'expression des émotions.

2.4.7 TROUBLES DES GNOSIES

Les patients avec des lésions au niveau du lobe frontal et/ou du lobe temporal sont souvent peu conscients de leurs troubles et présentent une **anosognosie fréquente**. Cette absence de reconnaissance des troubles peut s'atténuer avec la récupération, notamment la sortie de l'amnésie post-traumatique dans les cas de traumatismes crâniens.

Dans les cas de lésions gauches, la connaissance de son corps est relativement préservé, elle concerne certains aspects élaborés (connaissances des doigts, indistinction droite et gauche) L'autotopoagnosie peut aussi se présenter, c'est-à-dire une incapacité à désigner sur demande des parties de son propre corps.

2.4.8 LOBE PREFRONTAL DROIT, LOBE PREFRONTAL GAUCHE : DES SEMIOLOGIE DISTINCTES ?

Lorsque l'atteinte est très antérieure, la clinique ne renseignera pas forcément sur la latéralisation lésionnelle, puisqu'il n'y a pas d'hémiplégie. Dès lors, la classification entre des atteintes frontales gauches ou des atteintes frontales de l'hémisphère droit n'est pas évidente.

Elle est même remise en cause par certains auteurs, ainsi Peter-Favre de remarquer : *« L'étiologie vasculaire est fréquemment située sur le territoire de l'artère cérébrale moyenne, qui irrigue aussi bien la convexité du lobe frontal que les lobes temporal et pariétal. Dans ces conditions, quand il s'agit de savoir si les pathologies sont liées à des lésions frontales ou de l'hémisphère droit, la classification lésionnelle est malaisée (Van der Linden, Seron, & Le Gall, 1999, p229)*

Les fluences verbales peuvent par exemple donner des indications en faveur de l'un ou l'autre des deux hémisphères. Globalement les fluences verbales sont plus altérées en cas de lésion frontale gauche. La fluence verbale catégorielle est meilleure que la fluence littérale chez les cérébrolésés gauches. Par ailleurs, on note que les propositions des CLD sur les tâches de fluence sont beaucoup moins prototypiques, c'est-à-dire que les mots proposés par le sujet CLD sont moins fréquents et semblent plus « particuliers, ou spécifiques ». (Joanette, 2004)

2.4.9 LES TROUBLES DE LA PAROLE ET DU LANGAGE DANS LES ATTEINTES DES LOBES FRONTAUX

Les troubles liés à la parole sont les troubles **dysarthriques**, troubles de l'exécution motrice de la parole, dû à une atteinte du système nerveux et ou périphérique. Ils ne se limitent pas à un trouble de l'articulation, et concerne aussi les difficultés de phonation, respiration, résonance, et prosodie.

Les troubles **dysphoniques** sont ceux qui regroupent les atteintes de la voix

Les **troubles du langage** recouvrent les dimensions phonologiques, syntaxiques et sémantiques. Un **manque du mot** peut s'exprimer, avec des stratégies pour définir le mot, des circonlocutions ou des paraphasies phonémiques et/ou sémantiques, et souvent une amélioration avec une ébauche orale. Une **réduction de la fluence verbale spontanée**, avec un déficit plus marqué dans les lésions frontales gauches que dans les atteintes de l'hémisphère droit (cf point précédent 2.4.6)

Le **débit verbal** est perturbé lorsqu'il est excessivement ralenti, ou trop important. La réduction du langage oral spontané peut aller jusqu'au **mutisme akinétique** lors de lésions sur le gyrus cingulaire antérieur. A contrario, une présentation **logorrhéique** est possible sur des lésions du cortex orbitofrontal.

Un défaut d'inhibition peut être corrélé avec des **phénomènes de répétition : écholalie, stéréotypies, palilalies**. Des **persévérations** peuvent envahir les propos

Les troubles de la **communication** sont des troubles au niveau du discours, qui incluent les troubles de la pragmatique du langage, dont nous précisons plus loin la sémiologie.

Le niveau de compréhension du patient est sans nul doute le plus difficile à appréhender. Le niveau linguistique composé du décodage phonétique, sémantique et syntaxique est évalué sur des items assez courts, hors contexte, qui ne dépassent pas le mot et la phrase complexe. Au-delà de ces niveaux linguistiques, il s'agit d'analyser le traitement de l'énoncé et du discours (procédural, argumentatif, narratif, conversationnel) Il s'agit alors d'un niveau de langage qui requiert des habiletés inférentielles et pragmatiques.

Tableau 4 Synthèse des atteintes des fonctions supérieures en fonction de la localisation lésionnelle

Localisation	Comportements	Fonctions exécutives atteintes	Emotion et plan affectif	Activité motrice et praxies
Cortex dorsolatéral	Anosognosie Ralentissement Persévérations	Planification Organisation, Flexibilité Mémoire de travail, mémoire prospective Flexibilité mentale et résolution de problèmes Attention automatique	Apathie Expression anormale des affects	Trouble de l'organisation dynamique des actes moteurs Apraxie mélokinétique Echopraxies Apraxie visuospatiale liée aux déficits de programmation
Cortex orbito-frontal	Distractibilité Désinhibition Hyper oralité Comportement antisocial Etat maniaque Impulsivité Familiarité Dépendance à l'environnement	Attention dirigée (sensibilité aux interférences)	Irritabilité Déficit de théorie de l'esprit générant une altération de l'empathie	Comportement de <i>préhension</i> Grasping, <i>Imitation</i> Echopraxie Comportement <i>d'utilisation</i>
Cortex frontal interne Gyrus cingulaire	Apathie parfois intense	Sensibilité accrue aux interférences	Dépression ou pseudo dépression Vide mental Situations de danger qui ne sont pas reconnues	Akinésie
Hémisphère droit	Sociopathie acquise (en cas de lésion ventro médiane)		Altération de la reconnaissance des émotions (notamment négatives) déficit de TDE	Impersistance motrice (incapacité à maintenir une activité simple)

CONCLUSION

Dans notre démarche d'amélioration du repérage des troubles de la pragmatique, nous voulions recenser les populations à risque. Les connaissances en neurologie permettent de montrer que les troubles de la pragmatique du langage peuvent être présents dans les cas de lésions frontales, sous-cortico frontales, et des lésions de l'hémisphère droit. Les pathologies qui entraînent des lésions de ces aires sont nombreuses : AVC, TC, maladies dégénératives, infections virale, SEP. Il n'y a donc pas de lien direct entre la pathologie ou l'étiologie et les troubles de la pragmatique. En revanche, il faut souligner les liens entre les troubles de la pragmatique et certaines localisations lésionnelles comme facteurs de risque.

Les patients présentent des atteintes variées avec des tableaux neuropsychologiques complexes. Fonctions exécutives, gnosies, langage formel, capacités visuo-constructives, cognition sociale, sont autant d'aptitudes qui peuvent être altérées. Il est fondamental de comparer les résultats des évaluations à l'état prémorbide du patient, afin d'éviter une banalisation des troubles. Par ailleurs, pour comprendre les atteintes de la pragmatique du langage d'un patient, il nous semble important de considérer la globalité des fonctions cognitives.

Parallèlement, il peut être pertinent d'interroger l'influence de ces compétences cognitives sur les aspects pragmatique du langage. Comme le soulignent Togher, McDonald et Code (1999) cités par Bischof (2010) : « *Il ne fait aucun doute que l'intégrité de nombreuses habiletés cognitives et psychosociales est nécessaire à une compétence communicative efficace et que cette intégrité est rompue chez les personnes ayant subi un TCC (traumatisme cranio cérébral) sévère* » Ajoutons que cette remarque s'applique à d'autres pathologies que nous avons citées.

3 LES ALTERATIONS DE LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE CHEZ LE SUJET ADULTE AVEC ATTEINTE NEUROLOGIQUE

Les difficultés pragmatiques se rencontrent dans plusieurs pathologies neurologiques adultes, avec des éléments communs sur le versant de la compréhension, sur le volet expressif, et conversationnel. Dans la littérature, **les termes de troubles supralinguistiques, de désordres langagiers cognitifs, ou de troubles cognitifs de la communication peuvent qualifier des troubles de la pragmatique du langage** (Bischof, 2010) Ces troubles sont parfois décrits au sein d'études non spécifiques de la pragmatique, recouvrant la communication de manière plus vaste.

Penn C., (1999) cite trois types de connaissances requises pour mettre en œuvre les habiletés pragmatiques : **le langage formel, les connaissances sur le monde et les connaissances sur les règles de conversations, les conventions comportementales sociales**. Ces préalables aux habiletés pragmatiques sont souvent altérés chez les patients cérébrolésés, comme nous l'avons vu précédemment.

Les troubles de la pragmatique peuvent être répartis en **troubles pragmatiques du langage sur le volet de la compréhension** d'une part, que l'on peut mettre en avant avec des tâches standardisées portant sur des énoncés courts. D'autre part, les **troubles de la pragmatique du discours, discours narratif, procédural et conversationnel**, explorent à la fois un volet réceptif et de production. Ils nécessitent la passation de protocoles souvent plus longs de pour être évalués. Ceux-ci sont considérés comme particulièrement sensibles dans les troubles des patients victimes de TC et d'AVC. (Penn, 1999)

3.1 ALTERATION DES HABILETES PRAGMATIQUES EN COMPREHENSION

Nous avons choisi de regrouper ici les troubles qui peuvent s'exprimer sur des tâches isolées et relativement, par opposition aux troubles rencontrés dans les seules situations d'interactions discursives et/ou conversationnelles. Les habiletés alors évaluées relèvent de **processus réceptifs et d'un traitement inférentiel**.

3.1.1 GESTION DE L'IMPLICITE

Duchêne May-Carle a élaboré un matériel spécifiquement dédié à l'évaluation des difficultés de gestion de l'implicite. (Duchêne May-Carle, 1997) « (...) *le sens communiqué est très souvent implicite, (...) les procédures nécessaires à la récupération de ce sens s'apparentent à un véritable calcul et font vraisemblablement appel à des ressources cognitives multiplexes.* » Duchêne May-Carle, à la suite de sa thèse, fait paraître *Gestion de l'Implicite* en 2000.

Ce protocole d'évaluation cible « une population d'adultes présentant des désordres acquis au cours d'une lésion neurologique », et l'auteur précise qu'il s'agit :

- « des sujets cérébrolésés gauches avec des troubles minimes sur le versant de la compréhension ;
- des sujets présentant **un syndrome dégénératif** (Alzheimer ou Mesulam) surtout afin de déterminer le type de trouble de communication en phase initiale de la maladie
- des sujets **cérébrolésés droits** dont on sait que leur compétence communicative est souvent remise en question, particulièrement dans le domaine de la gestion inférentielle
- des sujets présentant **un syndrome frontal**, dans la mesure où celui-ci n'est pas majeur est permet au sujet de respecter les consignes du protocole
- des sujets qui ne présentent aucun syndrome neurologique répertorié mais qui ont une plainte concernant leurs capacités cognitives et/ou de communication. »

La tâche de base utilisée est **une tâche de compréhension en lecture**. La présentation écrite a été choisie afin de contrôler les facteurs para-verbaux qui peuvent intervenir dans la communication orale. En revanche, le protocole présente l'inconvénient de ne pas être adapté aux patients pour lesquels la lecture est impossible, dans le cas d'atteinte sensorielle ou gnosique.

Pour soulager la mémoire de travail, le texte peut rester sous les yeux du patient autant qu'il le souhaite. Deux séries d'items sont présentées, la série A et la série B. La première

série est une épreuve préliminaire, elle vise à vérifier que la passation de la série B est envisageable, et permet de préparer les sujets à la tâche cible sur des items plus simples.

Duchêne May-Carle a distingué quatre catégories de questions afin de préciser la nature des difficultés :

- **questions explicites** : il n'y a pas d'inférences à faire
- **questions de logique** : elles font appel au raisonnement formel
- **distracteurs** : ces questions ne peuvent pas être résolues, donc la réponse attendue est « je ne sais pas, je ne peux pas répondre »
- **questions pragmatiques** : les réponses à ces questions sont déterminées par connaissances portant sur les scripts habituels, les schémas d'action logiques et cohérents, une contextualisation et le respect des règles discursives

Cette batterie a été normalisée sur 180 sujets, en fonction de l'âge et du niveau d'étude. Cette normalisation met en évidence que le niveau d'erreur des sujets sains est très variable. Les questions de type pragmatique sont celles qui donnent la répartition de résultats la plus étendue avec un taux d'erreur qui peut s'élever à 8 erreurs sur 18 items pour des sujets sains. Ceci rappelle que **les compétences pragmatiques en réception sont extrêmement variables d'un individu à un autre en dehors de toute pathologie.**

Ce protocole a permis, de compléter les batteries d'évaluation du langage issues de l'aphasiologie. Cependant, l'une des limites est que la tâche demandée n'est pas écologique, par ailleurs, il faut souligner que les questions de type « distracteur » posent problème à des patients qui ne veulent pas répondre « *je ne sais pas répondre* » notamment dans les cas d'anosognosies, où ils adoptent alors une attitude défensive.

3.1.2 LES METAPHORES

Dès 1977, Winner et Gardner montrent que les lésions hémisphériques droites peuvent être à l'origine de problèmes de compréhension des métaphores. (Cités par Champagne M. (2002)) Les travaux des dix dernières années sur les tâches de compréhension de métaphores ont cherché à isoler un **problème de sélection du sens littéral vs sens non littéral**. Ceci afin de comprendre ce qui distingue un trouble de compréhension des

métaphores d'un déficit de compréhension, de nature sémantique. (Gagnon, Goulet, et Joannette (2003).

Plusieurs batteries incluent des tâches de compréhension et d'interprétation de métaphores, comme le TLE (Test de langage élaboré, (Barbaut-Lapiere, Level, Dei Cas, & Rousseaux, 2007) ou le MEC. (*Protocole MEC Protocole Montréal d'Evaluation de la communication Livret introductif*, 2004).

3.1.3 LES DEMANDES INDIRECTES

Les demandes indirectes sont des tâches plus fréquemment utilisées pour mettre à jour des troubles de la pragmatiques du langage, quelle que soit l'étiologie des troubles.

Dardier (2004) présente une synthèse des travaux qu'elle a mené sur la compréhension des demandes chez les patients cérébrolésés. Ses travaux ont porté sur des adultes, des enfants et des adolescents. Elle présente des évaluations de la compréhension et des capacités métapragmatiques. Dans ces deux domaines, pragmatique et métapragmatique, les résultats de la population cible sont moins bons que ceux des sujets contrôle. Dardier note aussi que les difficultés sont plus marquées dans les situations non prototypiques (ou non conventionnelles selon les auteurs).

Les patients cérébrolésés ont tendance à sous-estimer la complexité des demandes. De ce fait, les demandes indirectes non-conventionnelles sont difficiles d'accès pour les patients cérébrolésés. Les demandes indirectes conventionnelles ne présentent pas cette même sensibilité (cf les travaux de Bara, Tissara et Zettin (1997) cités par Dardier (2004).

3.1.4 L'HUMOUR

L'humour est, selon le Petit Robert, une « *forme d'esprit qui consiste à présenter la réalité de manière à en dégager les aspects plaisants et insolites* »

L'humour est un usage du langage – ou des situations – dont la palette d'expression est très étendue. Les compétences requises pour comprendre l'humour sont nombreuses. La compréhension de l'humour, lorsqu'elle est altérée, peut donc être le signe d'atteintes très diverses. Pour que l'incongruité soit mise à jour, interprétée, il faut mettre en place assez de distance pour oublier la logique commune et adopter un raisonnement

humoristique. Au niveau des **fonctions exécutives**, **l'inhibition** du sens logique habituel, la **flexibilité** pour envisager un autre registre sont donc sollicitées. Ce changement de posture nécessite également une connivence avec l'interlocuteur, faisant appel aux aptitudes de **théorie de l'esprit**. Par ailleurs, il faut pouvoir mettre en œuvre des **inférences logiques** afin de « *reconstituer une séquence discursive sans pour autant que toutes les informations préalables ne soient exhaustivement exprimées, et ce, grâce à un processus cognitif de logique formelle* » Duchêne (1997). Enfin, afin de maintenir les éléments pour obtenir un traitement de l'information adéquat, il faut des capacités satisfaisantes en **mémoire de travail**.

3.1.4.1 L'HUMOUR CHEZ LES PATIENTS CEREBROLESES DROITS

Dès les années 1980, Brownell & al, 1983, cités par (Champagne, 2006 in Longin, 2006) ont pu étudier les difficultés de compréhension de l'humour chez des patients CLD. Plus récemment, un mémoire d'orthophonie confirme que **les patients CLD ont plus de difficultés à comprendre l'humour que les autres sujets**. (Le Saëc, Thoumin, & Martin, 2011) Les auteurs ont mené une étude comparative entre 15 patients CLD et 28 sujets contrôle, elles ont utilisé des tâches de compréhension sur plusieurs genre d'humour (humour noir, humour grivois) et avec différents supports (texte et vidéos).

3.1.4.2 L'IRONIE ET LE SARCASME

Dans les études de Mac Donald et Pearce (1996) et McDonald, 1999 (cités par Peter-Favre, 2002) 15 sujet TCC avec surtout des lésions frontales lisent 12 échanges composés de deux tours de paroles d'actes directs, dont 6 sont ironiques. Les intentions conversationnelles sont jugées par 4 questions à réponses oui ou non. **La compréhension des échanges ironiques est significativement moins bonne par les sujets TCC**, alors que la compréhension du sens littéral est la même que pour les sujets contrôles. Par ailleurs, ces travaux montrent, avec la présentation vidéo des mêmes échanges **que la prosodie n'améliore pas la compréhension de l'ironie**. Peter Favre conclut que pour elle, la compétence essentielle à l'origine de la compréhension de l'ironie et du sarcasme est la reconnaissance des états mentaux, ou théorie de l'esprit.

3.2 TROUBLES DES HABILETES PRAGMATIQUES MISES EN ŒUVRE EN SITUATION DISCURSIVE

Au plan linguistique, le **discours** est une combinaison cohérente d'énoncés. La **cohérence** est ce qui caractérise le lien entre les énoncés du discours, les énoncés ont des lien entre eux de façon **locale** (de l'un à l'autre) et de façon plus **globale**.

Nous rappelons ici qu'un **énoncé** fait référence au contexte de production et de réception, à la différence de la phrase qui est une suite de mots correcte sur le plan formel, mais considérée hors contexte de production, d'énonciation.

Les situations discursives sont les mieux à même de représenter les capacités pragmatiques des sujets. Elles **sollicitent conjointement l'expression et la compréhension**. Par ailleurs, elles portent sur un contenu qui dépasse la dimension linguistique du mot ou de la phrase. Les habiletés discursives sont très sensibles aux fonctions exécutives : la production de discours est plus coûteuse cognitivement qu'une production linguistique dirigée sur une tâche spécifique et restreinte à l'unité d'un énoncé. (Penn, 1999)

3.2.1 DISCOURS NARRATIF

Le récit est une capacité à rendre compte d'une expérience, et à formuler des énoncés de manière à produire un texte global. Les discours narratif et procédural sont très formalisés, et ne sollicitent pas les mêmes aptitudes que la situation conversationnelle. Ils permettent de relever les difficultés de cohérence, de cohésion, de synthèse.

La **cohésion textuelle**, constituée par des marques morphologiques, lexicales et syntaxiques, qui permettent d'articuler entre eux les différents éléments du récit et de leur donner sens par rapport à l'ensemble est altérée. La revue de littérature sur **les troubles du discours chez les patients TC** menée par Peter Favre (2002) montre que **les liens de cohésion sont qualitativement et quantitativement moins importants que chez les sujets contrôle**. Les liens elliptiques sont plus fréquents. La série d'images est une épreuve qui pose moins de difficultés aux patients que la description à partir d'un tableau – ce qui pourrait poser la question d'un déficit exécutif de type planification.

Il peut y avoir une dissociation entre cohérence et cohésion, en effet, certains travaux ont montré que la cohérence pouvait être altérée alors même que la cohésion est préservée. La cohérence caractérise l'organisation conceptuelle du discours au-delà de

la phrase, est assurée par les articulations logiques, qui clarifient la chronologie et les relations causales entre les éléments thématiques du texte. (Bracops, 2010) Elle est locale ou globale.

La restitution d'un récit ou d'une expérience, comme nous l'avons vu dans la partie sémiologie, présente un intérêt pour étudier la planification discursive. On demandera par exemple au patient de raconter un conte connu, et la cotation de son récit est faite sur des critères de syntaxe, d'expression des idées, de cohérence, de la progression dans l'information, de la fluence.

Dans le cas de patients avec TC, un travail de comparaison de leur discours à celui de sujets normaux a mis en avant « le discours est moins informatif, fragmenté par des pauses nombreuses et longues. Il est confus, comporte des phrases vides de sens, moins de connecteurs grammaticaux, plus d'interjections, des intrusions d'éléments sans rapport avec le contexte, contient plus de mots incomplets, de manques du mots, d'ambiguïtés lexicales, de propositions incomplètes. (...) » (Plantier et al., 1997)

3.2.2 ANALYSE DU DISCOURS PROCEDURAL

Le discours procédural n'est de même nature que le discours narratif ou conversationnel, en tant qu'il vise la description d'une procédure stockée en mémoire sémantique sous forme de script. Dès lors, il met en avant les capacités de planification du sujet, dans sa capacité à retransmettre les connaissances du script.

Le Dice Game est la tâche proposée par McDonald (1993) Le patient apprend, en mode implicite un jeu de dé inédit, puis doit ensuite expliquer les règles de ce jeu à une autre personne. Ce procédé permet d'évaluer la qualité du discours sur des éléments appris, comme le sont les scripts. Avec des patients TC cette épreuve a mis en avant que les patients ne mentionnent pas certaines informations essentielles (maxime de quantité de Grice n'est pas respectée) et parallèlement d'autres informations inutiles ou erronées sont données (ce qui viole la maxime de qualité) Cette épreuve est reconnue par certains auteurs comme étant un bon outil de repérage des troubles de la pragmatique. (Peter-Favre, 2002) Elle occulte toutefois toutes les dimensions personnelles de l'échange, notamment les dimensions émotionnelles et motivationnelles.

3.2.3 DISCOURS CONVERSATIONNEL

Les situations conversationnelles sollicitent, comme nous l'avons vu en 1.2.3 à plusieurs compétences, avec un coût cognitif important, notamment du fait d'un ajustement permanent et « on line » aux propos de l'autre. Les altérations de la pragmatique en situation conversationnelle peuvent concerner ces différents domaines simultanément ou séparément. Ils donnent à l'échange une forme étrange. Ainsi Mazaux, Barat, Joseph, Grigoire et al. (1997) cités par Bischof (2010) notent une **impression diffuse de malaise dans la conversation** avec les patients TC. Ils relèvent « *une **expression orale hésitante**, comportant beaucoup de **lieux communs** et de phrases toutes faites, des **bavardages excessifs**, des digressions, des détails superflus, des difficultés à rester sur le sujet de conversation (**discours tangentiel**) **difficultés à trouver les thèmes** et les arguments **pour initier et relancer la conversation** ; difficultés à **organiser le discours de façon logique et cohérente**, ruptures de sens, ambiguïtés, enchaînement illogique des phrases ; réduction de la prosodie dans les énoncés à caractère interrogatif ou à caractère émotionnel ; difficultés à suivre une conversation à plusieurs personnes, et dans une ambiance bruyante ; difficultés à comprendre l'humour, l'implicite, les sarcasmes, les métaphores »*

Cette longue description montre combien la sémiologie des troubles de la pragmatique en situation de conversation est foisonnante. Pour faciliter le repérage des troubles, nous allons distinguer les dimensions verbale d'une part, et non verbale de l'autre

3.2.3.1 TROUBLES DU DISCOURS CONVERSATIONNEL AU NIVEAU VERBAL

Nous ne revenons pas ici sur les difficultés rencontrées en modalité réceptive décrites précédemment mais il est évident que des troubles de la compréhension vont majorer les difficultés de chaque participant. (qu'il soit ou non atteint d'un trouble de la pragmatique du langage)

COHERENCE LOCALE ET COHERENCE GLOBALE

Comme le mentionne Mazaux *et al.* le discours du sujet traumatisé crânien est remarquable par la « *difficulté à organiser le discours de manière logique et cohérente* » Ce sont les liens sémantiques et/ou logiques qui permettent cette logique et cette cohérence, et comme le mentionne Peter-Favre, ils sont moins nombreux dans le discours du sujet TC.

Les études de Glosser et Dever (1990), et de Bidle, McCabe & Bliss (1996) citées par Peter-Favre (2002), montrent que **les patients TCG, font plus de propositions implicites, omettent des informations, voire des pans entiers de la narration, ou bien ils répètent des propositions.** Les corrections, les mots de remplissages, les pauses, les hésitations et les formules familières comme « vous savez », « vous voyez » sont des marques que les auteurs attribuent au manque du mot et à d'éventuels troubles mnésiques.

Les patients CLD ont aussi des troubles de la cohérence du discours. Les patients CLD ont des difficultés à se représenter le thème d'un discours en lui même, et ne peuvent pas facilement synthétiser l'idée générale d'un texte ou donner un titre par exemple. (Joanette, 2004)

MAINTIEN DU THEME DE L'ECHANGE

Le thème de la conversation est ce qui en détermine la cohérence sémantique, si bien que son maintien est tout à fait nécessaire à la cohérence. Les sujets TC produisent des discours avec des ruptures de thème très franches (passent du coq à l'âne)

Un trouble dysexécutif, chez des sujets TC est sans doute à mettre en lien avec des difficultés pour maintenir le thème.

INFORMATIVITE

Par répétition, ambiguïté, ou par omission, le discours des sujet TC est moins informatif que celui des sujets contrôles. ((Peter-Favre, 2002) (Lecuir & Sainson, 2007)

PARTICIPATION A L'ECHANGE

Le sujet atteint de troubles de la pragmatique ne sait plus trouver la juste place au sein d'un échange conversationnel. Défaut d'initiative, ou au contraire manque d'inhibition, la parole n'est pas répartie équitablement, ni selon les usages sociaux. En effet, la prise en compte de l'interlocuteur est difficile. (déficit de cognition sociale cf partie 4.1.2) (Lecuir & Sainson, 2007)

3.2.3.2 DIMENSION PARA-VERBALE ET NON VERBALE

Les indices paraverbaux et non verbaux font partie du contexte d'énonciation, comme nous l'avons déjà vu (cf 1.1) Difficile à identifier si on n'y prête attention, il font sans

doute partie de stimuli traités par des processus de bas niveau. (Frith, 1989, cité par Martin & MacDonald (2003)

PROSODIE

Les sujets CLD sont particulièrement gênés sur les aspects émotionnels de la prosodie. (Carota et al., 2005; Pell, 2007) Les sujets avec des atteintes à dominante gauche seront moins sensibles à la prosodie linguistique. Cette dysprosodie à la fois expressive et réceptive prive l'interlocuteur d'indications importantes sur le contenu de l'échange.

EXPRESSION FACIALE

Une atteinte des capacités de traitement émotionnel limite de le traitement des expressions faciales, en réception et en production. Or il s'agit, là encore d'une dimension non verbale importante dans les échanges conversationnel. (Carota et al., 2005)

JEU DE REGARDS

Le regard a un rôle régulateur dans les échanges, le contact visuel maintient la dynamique et permet, par exemple, de clore un énoncé. Or chez les patients lésés fronto ou lésés droits, la distractibilité ne permet pas d'accrocher le regard, ou au contraire, il est trop fixe.

En conclusion, quelques soient les pathologies et les lésions à l'origine d'un déficit en pragmatique du langage, **les troubles observés peuvent concerner le discours conversationnel, le récit narratif ou procédural.** Ils se traduisent par des **altérations dans le domaine de la compréhension, de l'expression, et impliquent une adaptation de l'interlocuteur.** En résumé, nous présentons dans le tableau ci-après l'ensemble des atteintes qui peuvent signer un trouble de la pragmatique du langage.

Tableau récapitulatif des troubles de la pragmatique du langage

TABLEAU 5 RECAPITULATIF DES TROUBLES DE LA PRAGMATIQUE

Compréhension	Difficultés pour comprendre le langage non littéral et ce qui requiert des inférences : • Humour, sarcasme, ironie • Métaphores • Demandes indirectes Troubles lexico-sémantiques (difficultés de jugement sur des caractéristiques communes) Perd le fil de la conversation Manque d'intégration de la cohérence du discours de l'autre
Expression	Manque d'initiative verbale Parle trop Se répète Expression tangentielle, digressions Manque de précision dans les idées (emploi de mots génériques) Cherche ses mots ou se trompe de mots Difficultés de cohésion (liens entre les propositions) Difficultés de cohérence (appréhension globale du propos) Commentaires socialement inadaptés et désinhibés Difficulté d'adaptation du registre de langage à l'interlocuteur Difficulté à prendre en compte le savoir partagé avec l'interlocuteur
Prosodie	Difficultés d'expression et de compréhension de la prosodie émotionnelle et linguistique
Comportements non verbaux	Contact visuel absent ou inconstant Expression faciale figée Mauvaise adaptation au changement de thème Absence de réparation des pannes conversationnelles par des expressions faciales, des phatiques

4 COMMENT REPERER LES TROUBLES DE LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE ?

La question du repérage de troubles ne se pose pas en terme d'évaluation exhaustive: il ne peut s'agir de proposer un bilan complet, dont la passation serait trop longue. Les critères d'un repérage sont d'abord cliniques, ils sont perçus au contact du patient, et hors d'un protocole standardisé. Mais, comme nous l'avons décrit, les troubles de la pragmatique du langage peuvent rester assez discrets à première vue, et se résumer à une impression diffuse d'étrangeté, ou être considérés comme l'expression d'une personnalité particulière. Dans cette partie, nous voulons comprendre **comment, en l'état actuel des connaissances, un repérage rapide des troubles de la pragmatique est possible ?** Comment distinguer une impression étrange d'un trouble caractérisé ? Dans notre réflexion, la distinction entre le repérage et l'évaluation doit se poser : entre les deux approches, quelle est la frontière? Dans quelle mesure le repérage implique-t-il de **quantifier les troubles** ? Nous cherchons donc, à travers une revue de littérature, à voir quelles sont les évaluations psychométriques qui pourraient fournir des critères fiables de repérage des troubles de la pragmatique du langage. Il doit s'agir d'épreuves particulièrement sensibles et discriminantes. Il faut donc utiliser des outils ayant des qualités psychométriques avérées, notamment la normalisation qui permettra de définir le seuil d'erreur pathologique.

4.1 DES PROCESSUS SOUS-JACENTS PEUVENT-ILS ETRE DE BONS INDICATEURS POUR REPERER DES TROUBLES DE LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE ?

En soulignant l'importance du contexte dans la réalisation des processus cognitifs, les travaux menés dans le domaine de la pragmatique ont influencé la définition même de la cognition « *aussi la cognition ne constitue-t-elle plus après le « tournant pragmatique » un évènement mental abstrait mais un phénomène situé dans l'ici et maintenant de la situation* » (Bernicot, Trognon et al. 2002) Ce hic et nunc des processus mentaux permet d'affirmer que **la cognition** (ensemble des processus mentaux qui permettent de traiter, de stocker, de manipuler et d'échanger des informations avec le monde extérieur) **n'est pas un phénomène indépendant, c'est un mélange de communication et de cognition pure.**

Se pose alors la question de comprendre quelles sont les compétences mises en jeu pour mener à bien conjointement ces tâches de prise en compte du contexte et de cognition. **Les habiletés pragmatiques sont-elles le résultat de la mise en œuvre de plusieurs processus que l'on pourrait isoler par ailleurs ?** Selon Penn C., (1999) « *les compétences pragmatiques comprennent un certain nombre de capacités qui se manifestent dans des comportements adaptatifs variés. Ces comportements sont activés par des processus cognitifs sous-jacents qui semblent altérés par les lésions cérébrales.* »

Cette question nous intéresse particulièrement, puisque dans notre objectif de faciliter le repérage des troubles pragmatiques, **il nous semble important de comprendre si des résultats obtenus sur des tâches cognitives pourraient être utilisés à des fins de repérage.** En effet on peut penser que si des compétences identifiées comme étant sous-jacentes aux habiletés pragmatiques sont altérées, les habiletés pragmatiques elles-mêmes seront systématiquement déficitaires.

Dans une revue de littérature parue en 2003, Martin & McDonald précisent :

*“La notion de pragmatique du langage recouvre un large spectre d’influences contextuelles sur la signification du langage (...) Reflétant cela, la base sur laquelle se fonde la pragmatique du langage est difficile à définir, et n’est sans doute pas unitaire. De ce fait, on peut mieux la définir, comme cela a souvent été fait, comme **l’interaction complexe de multiples habiletés cognitives** »* (Martin & McDonald, 2003)

Ces auteurs ont comparé les hypothèses qui prétendent expliquer les troubles de la pragmatique du langage par d’autres altérations cognitives. Voici les trois processus hypothétiquement sous-jacents aux habiletés pragmatiques pour lesquels Martin & Mac Donald (2003) ont proposé une revue de littérature à partir de travaux menés dans les années 80 et 90 sur l’autisme, les cérébrolésés droit (CLD), et les traumatisés crâniens grave (TCG).:

- Un problème au niveau des fonctions exécutives
- Un déficit de théorie de l’esprit
- Le manque de cohérence globale

4.1.1 FONCTIONS EXECUTIVES ET PRAGMATIQUE DU LANGAGE

Les fonctions exécutives, comme nous l'avons précisé en 2.3.2, permettent la gestion de toutes les activités mentales et comportementales. Dans les situations conversationnelles, les compétences exécutives sont fortement sollicitées. Les habiletés pragmatiques peuvent être supposées corrélées aux fonctions exécutives. En effet, il semble assez pertinent d'explorer le lien entre les habiletés pragmatiques et les fonctions exécutives, et de nombreuses recherches vont dans ce sens. En suivant l'hypothèse développée par Alexander, Stuss et Benson (Alexander et al (1989), cités par Dardier (2001) les lésions frontales sont susceptibles d'altérer le langage sur quatre axes, présentés comme des sous-systèmes fonctionnels :

- Le sous-système moteur avec les troubles arthriques de la prosodie,
- Le sous-système cognitif avec les aphasies de type aphasie transcorticale motrice
- L'activation avec les troubles de l'incitation
- La formulation avec les troubles de la pragmatique ou du métalangage.

S'ils aboutissaient à des conclusions stables, les travaux pourraient fournir des indications ciblées pour des points de vigilance particuliers. Par exemple, une atteinte de l'inhibition évaluée sur le plan des fonctions exécutives serait à elle seule un élément de pronostic de troubles dans le respect des tours de parole. Auquel cas, le repérage des troubles pragmatiques pourrait se faire via des évaluations neuropsychologiques non spécifiques aux troubles pragmatiques.

Mais, méthodologiquement, cette piste de recherche n'est pas sans poser de nombreuses difficultés. Ainsi, les processus des fonctions exécutives sont-ils tellement interdépendants que le fait de les isoler pour les évaluer de manière spécifique rend souvent caduque la portée de leur évaluation. Comme le signalent Kimberg et Farah (1993) cités par X. Seron, M. Van der Linden ; P. Andrès (1999) :

« Les processus exécutifs entrent seulement en jeu lorsque les activités de différentes composantes de l'architecture cognitive doivent être coordonnées. En conséquence, si on adopte une méthodologie qui décompose une tâche en ses différentes composantes, on se met dans une condition qui ne fera apparaître aucun déficit chez des patients présentant un syndrome dysexécutif. »

4.1.1.1 TRAVAUX PORTANT SUR DES PATIENTS AVEC UN SYNDROME DYSEXECUTIF NON SPECIFIE

CROTEAU et LEONARD (2000) cités par Rault et Saint-Pé (2013) présentent une comparaison des résultats à des épreuves d'évaluation des fonctions exécutives et des troubles de la communication en discours procédural (DICE GAME) ; sur 21 patients. Ils font l'hypothèse d'une corrélation entre les deux épreuves. Pourtant, leurs résultats invalideront cette hypothèse, et ils **ne peuvent pas conclure à un lien de corrélation entre les résultats aux épreuves des fonctions exécutives et les résultats d'évaluation des compétences pragmatiques à l'épreuve de discours procédural.**

LECUIR, ML (2007) étudie 17 personnes avec TCG (traumatisme crânien grave), et syndrome dysexécutif, elle montre qu'il existe des troubles de la communication verbale et non verbale, ces troubles sont sélectifs ou globaux, ce qui inciterait à penser une corrélation entre le syndrome dysexécutif et les troubles de la communication, mais son travail ne formule pas d'hypothèse sur des liens détaillés entre certaines compétences pragmatiques et les fonctions exécutives qui en seraient à l'origine.

4.1.1.2 INHIBITION, FLEXIBILITE ET LANGAGE NON LITTERAL

D'après Champagne-Lavau (2002) le manque d'inhibition pourrait être l'un des facteurs expliquant les difficultés de compréhension du langage non-littéral chez les patient CLD. En effet, les patients ne sauraient inhiber le sens littéral d'une part, et d'autre part, le manque de flexibilité entraverait l'accès à une autre signification que la signification saillante. Cette lecture renvoie à la conception des processus nécessaires à la mise en œuvre de la TdE (cf Samson, 2012, en 4.1.2)

Les travaux plus récents de Champagne-Lavau & Joanette, se sont orientés vers une spécification de profils de troubles pragmatiques chez des sujets CLD. (Champagne-Lavau & Joanette, 2009) Leur étude inclut 15 participants CLD et un groupe contrôle apparié, elle consiste en une évaluation de fonctions exécutives, des tâches pragmatiques issues du MEC (compréhension de métaphores et compréhension de demandes indirectes), et une tâche de théorie de l'esprit. Ce protocole amène les auteurs à distinguer trois profils :

- RHD- U (CLD sans déficit pragmatique) Six patients sur quinze ont un déficit de l'inhibition et de la flexibilité sur le plan des fonctions exécutives. Ils ne présentent pas de difficultés sur des questions avec des inférences pragmatiques de 1^{er} et 2d ordre.
- RHD-INL (CLD avec difficultés pour comprendre le sens non littéral) regroupe **trois sujets** pour lesquels des **difficultés de compréhension du sens non littéral** pour des demandes indirectes et des métaphores sont co-occurentes avec un **manque d'inhibition et des difficultés d'attribution d'état mental (TdE)**.
- RHD-IL (CLD, interprétation du sens littéral) cinq sujets CLD ont des difficultés d'interprétation du sens littéral dans les demandes indirectes, corroboré avec un manque de flexibilité et un déficit de TdE.

En conclusion sur cette étude, il importe de retenir que **42% des sujets CLD étudiés n'ont pas d'atteinte pragmatique, alors qu'ils ont un déficit de certaines fonctions exécutives.**

Les deux groupes avec des difficultés pragmatiques n'ont pas les mêmes difficultés sur les fonctions exécutives : le groupe RHD-IL manque de flexibilité, alors que le groupe RHD-INL manque d'inhibition. Ces deux groupes diffèrent également au plan de leurs difficultés en pragmatique : RHD-IL

TABLEAU 6 PRAGMATIQUE, FONCTIONS EXECUTIVES ET THEORIE DE L'ESPRIT APRES UNE LESION DE L'HD, DIFFERENTS MODELES (D'APRES CHAMPAGNE-LAVAU ET JOANNETTE, 2009)

	RHD-U (n=6)	RHD-INL (n=3)	RHD-L (n=5)
Caractéristiques du déficit des fonctions exécutives	Manque de flexibilité et d'inhibition	Manque d'inhibition	Manque de flexibilité
Caractéristiques du déficit pragmatique du langage	Pas de déficit Performances identiques à celles du groupe contrôle	Difficultés de compréhension des nouvelles métaphores et des demandes indirectes	Moins bonne interprétation du sens littéral dans des demandes indirectes

L'équipe suggère, dans la ligne d'hypothèses déjà avancées par ailleurs, que **le manque d'inhibition du sens littéral peut contribuer à l'incapacité de certains sujets pour saisir le sens figuré.**

Les auteurs insistent également sur **l'hétérogénéité des profils neuropsychologiques après une lésion droite.**

Ainsi, les fonctions exécutives et les troubles de la pragmatique du langage ne sont pas corrélés de manière systématique.

4.1.2 LIENS ENTRE HABILETES PRAGMATIQUES ET COGNITION SOCIALE

La cognition sociale peut s'opposer, dans la littérature, à la cognition générale ou formelle (au sens où Piaget l'entendait) en ce sens qu'elle traite des informations liées aux autres, et à l'interaction avec les autres.

«La notion de cognition sociale renvoie à l'ensemble des aptitudes et expériences émotionnelles et sociales régulant les relations entre les individus et permettant d'expliquer les comportements humains individuels ou en groupe. Elle implique aussi l'acquisition de savoirs sociaux, la perception et le traitement des signaux sociaux ainsi que la représentation des états mentaux d'autrui » (Allain et al., 2012)

Fliss et Besnard (Allain et al., 2012) complètent cette définition en citant celle de Frith (2008) : *« la cognition sociale renvoie aux nombreux processus psychologiques qui permettent aux humains de tirer avantage de leur appartenance à un groupe social. »*

Emotion, empathie, politesse et conventions, les facettes de la cognition sociale sont nombreuses. Citons la reconnaissance des émotions faciales, l'alexithymie (l'incapacité à identifier ses propres émotions), la conscience émotionnelle, la théorie de l'esprit. Ces dimensions de la cognition sociale sont aujourd'hui évaluables en langue française chez l'adulte (Merceron & Prouteau, 2013) Parmi ces composantes de la cognition sociale, la théorie de l'esprit a été particulièrement étudiée, elle est aussi appelée TOM (theory Of Mind).

4.1.2.1 THEORIE DE L'ESPRIT

La théorie de l'esprit (TdE) est un terme introduit dans la littérature par Premack et Woodruff (1978) –cité par (Lechevalier, Eustache, & Viader, 2008). Il décrit une

capacité humaine universelle à interpréter son propre comportement et celui des autres en faisant des inférences sur des états mentaux tels que les désirs, les croyances ou les intentions. Les auteurs de ce concept défendent le terme de « théorie » car il s'agit d'une construction théorique sur des phénomènes inobservables. La composante inférentielle de la TdE peut s'appliquer à des états mentaux cognitifs, ou des états mentaux affectifs (Shamay-Tsoory, cités par Samson, 2012)

Sont également distingués les processus inférentiels de **premier ordre**, c'est-à-dire des aptitudes permettant de se représenter de l'état mental d'une autre personne sur la réalité du monde. *A pense que B pense quelque chose* Alors qu'un processus inférentiel de **second ordre** permet de se figurer ce qu'une personne pense de l'état mental d'une tierce personne. *A pense que B pense que C pense quelque chose* »

Samson, (in Allain et al., 2012) précise les processus impliqués dans l'inférence d'un état mental :

- **L'inhibition de sa propre perspective** est nécessaire, comme elle a pu le montrer dans son étude du patient WBA dont le déficit n'était pas généralisé à toutes les tâches de fausse croyance qui lui ont été proposées. (Samson et al, 2005)
- **L'orientation de l'attention vers les indices pertinents de l'environnement.** Avec son étude de la patiente PF, atteinte d'une lésion de la jonction temporopariétale gauche suite à un AVC, Samson a montré que les difficultés rencontrées par la patiente n'avaient aucun lien avec un déficit d'inhibition de sa propre croyance, mais bien avec un problème de localisation de l'indice utile pour l'inférence. (Samson *et al*, 2004, 2007)
- Représentation temporaire de l'état mental en **mémoire de travail**
- Connaissances liées à la théorie de l'esprit en **mémoire à long terme.**

Ainsi, Samson rappelle que la TdE est un processus de haut niveau qui requiert de nombreuses habiletés, notamment l'intégrité des fonctions exécutives. L'auteur relate également des travaux comme ceux de Frith & Frith (2008) qui montrent que nous disposons de processus de bas niveau qui nous rendent sensibles à la perspective des autres. Son analyse nuance une approche unitaire de la TdE.

Happé, Brownell et Winner (1999) ont suggéré que l'hémisphère droit joue un rôle important dans la TdE, en effet, leur expérience montre que les sujets CLD ont des scores significativement moins bons que la population contrôle sur des tâches requérant des inférences sociales, alors que sur les tâches d'inférences mentales non sociales les scores entre le groupe contrôle et les patients CLD sont plus proches.

Selon Samson, une évaluation de la TeD de « première ligne » peut comporter, chez le sujet adulte cérébrolésé, quatre types d'épreuves :

(1) Des **questionnaires d'empathie** (IRI, Davis, 1983) ; ce qui peut en soi interroger sur la spécificité de l'empathie et de la TdE

(2) **Tâche de fausse croyance** comme la tâche princeps de Wimmer et Pernerp proposée en 1983, où dans une histoire, un changement est présenté au sujet, à l'insu d'un protagoniste, et on interroge le sujet à propos de ce que va penser le protagoniste. Le scénario le plus célèbre est celui de Baron-Cohen *et al.* 1985

« Sally met sa bille dans son panier et sort se promener. Pendant ce temps, Anne prend la bille et la met dans son sac. Sally revient sur les lieux et veut jouer avec sa bille. La tâche du participant est de répondre à la question « Où Sally va-t-elle chercher sa bille ? »

(3) **Tâche de faux pas.** Pour évaluer la détection d'un faux pas, on présente au sujet une histoire où une personne commet une maladresse. On demande si quelqu'un a dit quelque chose qu'il n'aurait pas dû dire, ou quelque chose de maladroit.

(4) **Test d'attribution d'états mentaux affectifs** (MIE) Mind in the eyes, de Baron-Cohen, 2001) consiste à choisir parmi 4 adjectifs celui qui décrit le mieux ce que la personne pense.

Samson souligne l'importance de l'identification exacte du déficit observé dans l'évaluation de la TdE. Ainsi, les tâches de fausse croyance comparées à des tâches d'interprétation du regard permettent de comprendre s'il s'agit d'un problème pour générer des inférences ou pour se représenter l'état mental d'autrui. La distinction entre des inférences cognitives et affectives peut être pertinente à relever, ainsi que la possible dissociation entre les épreuves de premier ordre ou de second ordre.

Dans le cadre de notre travail, nous nous intéressons surtout aux processus de TdE de type cognitif. En effet, les processus de TdE affective ne sont pas sous-tendus par des habiletés pragmatiques du langage, même s'ils contribuent de façon non négligeable à la communication. En revanche, nous considérons de plus près les dissociations entre tâches de premier ordre et de second ordre, au sens où, comme nous le verrons, elles peuvent accroître la sensibilité d'une tâche, de la même manière qu'une distinction a été mise à jour entre des tâches pragmatiques et métapragmatiques.

4.1.2.2 TdE ET COMPREHENSION DU LANGAGE INDIRECT.

Comment comprendre l'intention de l'autre quand elle est en partie discordante avec le message exprimé ? Cet écart, ou discordance est identifié dès lors que **l'intention du locuteur** est comprise par son interlocuteur. La compréhension de l'intention du locuteur est bien une certaine représentation de son état mental, en cela nous pouvons interroger le lien entre TdE et compréhension du langage non littéral, ou indirect.

Les patients qui ont des déficits de compréhension du langage indirect (comme les patients CLD) ont-ils des difficultés en TdE et réciproquement ? Peut-on faire des rapprochements entre ces deux déficits, au point d'envisager un lien de causalité entre eux ?

Champagne-Lavau et Joannette, (2009) avec des sujets CLD montrent que les déficits de TdE lorsqu'ils sont associés à des déficits des fonctions exécutives précises (inhibition et flexibilité) sont des prédicteurs fiables des troubles pragmatiques et permettraient même de préciser des profils de troubles pragmatiques.

Le travail de Dardier (2011) montre que **les habiletés pragmatiques liées à des capacités en TdE sont à graduer entre capacités pragmatiques et capacités métapragmatiques**. L'auteur cite une étude de Channon et al. (2005) exposant que les patients cérébrolésés comprennent le sarcasme, mais maîtrisent moins les usages de ce type d'énoncé. Elle fait l'hypothèse que les troubles de compréhension des demandes indirectes sont présents chez les 11 sujets TC grave et que ces troubles sont associés à des difficultés métapragmatiques.

Exemple de tâche utilisée par Dardier

Matériel : 24 histoires, représentées chacune par trois photographies. Ce matériel a déjà été validé par d'autres études développementales sur la pragmatique (Bernicot et Legros, 1987) et pré-testé sur des sujets contrôles. Une légende figure sous chaque image, elle est lue à voix haute pour éviter les problèmes de compréhension en lecture.

La première photo montre la demande du locuteur, il y a trois types de demandes :

- Demande directe (8 histoires)

Un couple assis à une table et la femme dit « Mets tes lunettes quand tu lis »

- Demande indirecte conventionnelle (8 histoires)

Un couple dans son séjour, la femme demande « Peux-tu me passer la télécommande ? »

- Demande indirecte non conventionnelle (8 histoires)

Un couple dans son séjour, l'homme joue de la batterie, la femme dit « J'ai une terrible migraine »

La deuxième photo montre ce que le destinataire fait après avoir entendu la demande. Pour chaque type de demande le destinataire répond favorablement dans la moitié des 8 histoires, et n'y répond pas de façon appropriée pour l'autre moitié.

La troisième photo montre l'état d'esprit du locuteur demandeur : content (avec un grand sourire), ou pas content (sourcils froncés). L'examineur pose une question pour savoir si la fin va bien avec le début de l'histoire.

Avec ce protocole, Dardier montre qu'avec la troisième question, celle du jugement, il est possible de mettre à jour les capacités métapragmatiques. Elles sont plus souvent altérées et relèvent de l'utilisation adéquate de TdE de second ordre.

Ces recherches ne semblent pas permettre de dissocier la Tde de la pragmatique du langage. En effet, la question qui se pose est de savoir s'il existe des cas de patients avec TdE sans troubles de la pragmatique du langage. Autrement dit, est-ce qu'il existe un déficit de TdE qui serait seulement non verbal ? Auquel cas la TdE ne suffirait pas à présager des difficultés en pragmatique du langage.

4.1.2.3 TdE ET PATHOLOGIES DEGENERATIVES

Initialement explorée dans les cas d'autisme, la TdE a été évaluée chez les sujets sains, et semblerait évoluer avec l'âge. Dans un travail mené en 1998, Happé *et al.*, notaient de meilleures performances de Tde chez des sujets âgés que chez des sujets plus jeunes.(Happé et al., 1999)

Aujourd'hui, la TdE, élément important de la cognition sociale se révèle pertinente pour l'évaluation neuropsychologique des pathologies dégénératives. (Kemp, Després, Sellal, & Dufour, 2012) La notion de cognition sociale est en passe de compléter les tableaux cliniques de désordres neurocognitifs majeurs - Major Neurocognitive Disorders (i.e démences) dans le DSM V.

Cette nouvelle voie de la cognition sociale est approfondie au plan de la pragmatique du langage par les équipes de Dardier V., et Bernicot J., qui travaillent conjointement à l'élaboration d'un nouvel outil de test des compétences pragmatiques (*PRAGMA Test*) (Dardier, Bernicot, Goumi, A., & Ornon, C., 2012) cf supra, partie sur le repérage 5.1 .2.

4.1.3 L'HYPOTHESE DU MANQUE DE COHERENCE CENTRALE (WCC HYPOTHESIS)

La cohérence centrale, **capacité de perception et d'analyse d'un ensemble**, a été abordée dans le cadre de l'autisme. En effet, le **manque de cohérence centrale** (weak central coherence, WCC) serait à l'origine de nombreux déficits, selon l'hypothèse formulée par Frith (1989) Il montre que les enfants avec autisme porteraient leur attention sur les parties plutôt que sur l'ensemble. Le manque de cohérence centrale influencerait sur des tâches perceptives de bas niveau et sur des processus de plus haut niveau, comme le langage.

Pour les tâches de type perceptif, la cohérence centrale permet de voir une lettre Z même si elle est formée de plusieurs petits 4. (tâche de Rinehart E., citée par Martin & McDonald, 2003) Ceci a permis de montrer que les enfants autistes et les enfants atteints d'un syndrome d'Asperger ont un processus plus local qu'holistique, ils ne sont sensibles qu'aux petits 4, mais ne reconnaissent pas le Z. On retrouve une même difficulté de traitement des stimuli visuels chez les sujets CLD. (Delis, Kiefner ant Friedland, 1988)

La cohérence centrale est également à l'œuvre dans des **fonctions cognitives de haut niveau**. Ainsi, par exemple, pour comprendre et apprécier la chute d'une blague, le traitement du discours nécessite la restauration de la cohérence globale. Nous mettons en lien ce déficit de cohérence centrale avec la notion linguistique de cohérence globale du discours, qui est un élément saillant des troubles de la pragmatique du langage. La cohérence centrale peut-elle être dissociée selon les stimuli considérés, entre stimulus

verbal et non verbal ou entre bas et haut niveau de traitement ? Ou est-elle unitaire, et relève-t-elle d'un seul mécanisme ?

Dressler formule une hypothèse radicale, selon laquelle il serait plus juste de considérer les déficits des patients CLD comme relevant tous d'un trouble de la distinction entre ce qui est de premier plan et de second plan (figure and ground distinction) (Dressler et al., 2004) Cette indifférenciation peut s'apparenter à ce qui est décrit par Frith comme WCC. Selon cet auteur, les troubles de la pragmatique du langage et de la communication ne sont pas des atteintes spécifiques, et elles relèvent de cette difficulté à distinguer le local du global, ou le détail et l'ensemble.

A contrario, pour Martin & Mc Donald (2003) selon leur revue de littérature, ce serait une erreur de lire le WCC (manque de cohérence globale) comme étant à l'origine des troubles pragmatiques. En effet, les auteurs suggèrent que ces notions sont parfois confondues dans certains travaux, ce que l'on pourrait reprocher à Dressler. **L'hypothèse qu'un déficit de cohérence globale serait à la base des difficultés pragmatiques n'est pas assez spécifique** pour être retenue.

A ces hypothèses, (fonctions exécutives, TdE, WCC) il faut ajouter l'hypothèse sur les corrélations entre troubles de la pragmatique et ressources cognitives, telle que celle émise par McNeil (1991), cité par (Monetta & Champagne, 2004) **Trois dimensions des ressources cognitives peuvent être distinguées : l'énergie ou attention, la vitesse de traitement, et l'espace ou la mémoire de travail.** Par ailleurs, des épreuves réputées pour leur spécificité, comme l'interprétation de métaphores auprès de patients CLD sont aujourd'hui relues comme des tâches qui montrent surtout la disponibilité des ressources cognitives.

CONCLUSION

Aujourd'hui, les travaux de neuropsychologie n'ont pas abouti à un consensus qui permette de modéliser les processus sous-jacents des habiletés pragmatiques. Les fonctions exécutives, les habiletés sociales, la cohérence sont très étroitement liées aux compétences pragmatiques, et pour l'heure, l'entrelacs est trop dense pour que les liens de causalité entre ces compétences soient spécifiés. Par ailleurs, comme nous l'avons vu, la littérature fait état d'une grande hétérogénéité des résultats, sur des axes inter et intra individuels. **Ainsi, il n'est pas suffisant de se baser sur les résultats d'épreuves neuropsychologiques évaluant des processus cognitifs tels que les fonctions exécutives, la théorie de l'esprit, ou la cohérence globale pour présupposer des difficultés dans l'usage du langage.** Toutefois, l'évaluation de ces processus doit être faite pour permettre d'établir des objectifs de rééducation ciblée. (Dardier et al., 2011)

Cela conforte notre axe de travail, en effet, les troubles de la pragmatiques peuvent (et doivent) être évalués, et faire l'objet de soin en tant que tels, comme domaine de plein droit dans le champ de la communication. Il importe d'y associer une analyse des compétences et processus sous-jacents, telles que les fonctions exécutives, ou la cognition sociale, afin de préciser le profil des troubles pragmatiques, et d'orienter la rééducation. Mais de ces travaux, nous retenons que **la lecture neuropsychologique et cognitive des troubles de la pragmatique n'est pas suffisante. Il s'agit bien de troubles liés au langage, à des niveaux que l'on pourrait qualifier d'infra-linguistique et de supra-linguistique.** En effet, les compétences pragmatiques sont sollicitées pour participer à l'interaction verbale, tenir compte de l'autre et vouloir être avec l'autre dans l'échange, ce que l'on peut qualifier d'infra-linguistique. Et d'autre part, les habiletés pragmatiques sont mise en œuvre pour des usages plus élaborés et fins du code, comme l'emploi et la compréhension de l'humour, ou des formulations indirectes et inférentielles. Ces dimensions élaborées ne sont pas accessoires, elles sont une part importante de tout échange conversationnel, et en ce sens, leur atteinte peut-être à l'origine de réelles difficultés pour le patient. **Il importe donc de se doter d'outils précis et rigoureux, issus de la linguistique, pour cerner les troubles de la pragmatique du langage, tout en tenant compte des processus sous-jacents qui peuvent être altérés.**

4.2 LES OUTILS ORTHOPHONIQUES

Alors que les recherches des trente dernières années ont montré que le langage ne peut se résumer à un code oral ou écrit, la pragmatique garde une place « à part » dans l'évaluation des troubles acquis du langage. Yves Joanette fait remarquer en 2004, dans son éditorial de la revue *Rééducation Orthophonique* consacrée aux patients cérébrolésés droits :

« Si la pragmatique fait partie intégrante du langage et si l'aphasie constitue un trouble acquis du langage faisant suite à une lésion du cerveau, il en découle logiquement que les troubles des patients cérébrolésés droits devraient être considérés à l'intérieur du concept d'aphasie » (p 24)

De la même manière, certains orthophonistes en France, comme Françoise Coquet, qui a travaillé sur la pragmatique auprès des enfants et sur le versant développemental, défendent l'intérêt de la prise en compte des troubles pragmatiques en proposant de les intégrer à la nomenclature. Quelles sont les grilles de lecture, les outils utilisés par les orthophonistes ? Pouvons-nous en dégager des grandes lignes susceptibles d'être partagées avec les médecins si besoin ?

Dans une perspective de repérage des troubles nous avons privilégié les évaluations du discours conversationnel, rejoignant en cela le point de vue de Penn C. (Penn, 1999) D'après elle, l'analyse conversationnelle est celle qui présente le plus de sensibilité – au moins pour les sujets victimes de TC ou d'AVC.

Toutefois, pour les pathologies dégénératives, d'autres tâches pourraient être plus pertinentes. Ainsi, l'étude de Dutang C. porte sur 12 patients atteints de **maladie d'Alzheimer à un stade léger**, avec un groupe contrôle apparié. (Dutang, 2012) Elle a étudié les troubles de la communication à partir du MEC -P (cf supra) et montre que *« L'analyse statistique révèle une atteinte effectivement précoce au niveau du discours narratif, de l'évocation lexicale, du jugement sémantique, de l'interprétation de métaphores et de l'écriture. Pour toutes ces épreuves, les résultats montrent des différences significatives par rapport à la population témoin. »* En revanche, au niveau de la conscience des troubles, de la lecture, du discours conversationnel et de l'interprétation des actes de langage, les résultats ne montrent pas

de différence significative, ce qui semble signifier une atteinte plus tardive dans ces domaines.

Dans cette partie, nous essayons de discerner **quelles batteries, quels protocoles pourraient permettre d'aider au repérage des troubles de la pragmatique pour plusieurs types d'atteintes neurologiques du sujet adulte ?** Pour cela, nous gardons en tête les objectifs d'une évaluation des troubles pragmatiques précisés par De Weck (2005)

« Mettre en évidence les liens entre les emplois du code de la langue, l'intention du locuteur et le contexte de communication »

4.2.1 LE DEVELOPPEMENT DES OUTILS D'EVALUATION DES TROUBLES DE LA PRAGMATIQUE

Les premières adaptations pratiques des travaux des linguistes et philosophes du langage tels que Grice et les maximes conversationnelles apparaissent dans les années 1980. (Pour une revue de la littérature, voir Bischof, 2010 ; Peter-Favre et Dreschler, 2002) Damico, en 1985, fournit une liste des comportements considérés comme enfreignant les maximes de Grice. Snow, Douglas et Ponsford, en 1995, élaborent un questionnaire basé sur les critères de Damico.

Le protocole de prutting et Kirchner (1983,1987) permet de prendre en compte des éléments non langagiers parmi les 30 paramètres liés à la situation de conversation.

Depuis les années 1980, « Le champ de l'évaluation pragmatique semble avoir souffert en même temps de trop de simplification et d'une complexification inutile » (Penn, 1999)

4.2.1.1 L'ANALYSE DU DISCOURS CONVERSATIONNEL

L'analyse conversationnelle se veut autant un outil d'évaluation qu'un support thérapeutique. Avant tout qualitative, la démarche de l'analyse conversationnelle est d'identifier les phénomènes fonctionnels et dysfonctionnels, afin de comprendre les contributions et stratégies développées par la personne cérébrolésée et ses partenaires conversationnels. L'objectif est d'*« obtenir une description précise de la manière dont les interlocuteurs, patients et proches, collaborent à la réussite de la conversation »*

De Partz (2001) cité par (Ortolan & Colun, 2012) L'un des atouts de l'analyse conversationnelle est aussi **qu'elle ne gomme pas artificiellement des aspects émotionnels et motivationnels** (Peter-Favre, 2002)

4.2.1.2 SENSIBILITE DE L'ANALYSE CONVERSATIONNELLE

Comme l'a montré Bischof (2010) dans son travail, **l'investigation clinique de la pragmatique se limite parfois aux épreuves qui ciblent des traitements pragmatiques isolés** tels que la gestion d'inférence et de métaphores, d'actes de langage indirects. (...) **des performances optimales dans ces domaines ne permettent pas d'écarter la présence de déficits pragmatiques au niveau discursif et plus précisément conversationnel** » Dans le même sens, Peter Favre C., 2002, fait remarquer que la compréhension des demandes est plus altérée en situation de conversation qu'en situation expérimentale. Ainsi, l'auteur émet des doutes à propos des tests qui se focaliseraient trop sur les compétences mesurables, au détriment d'aperçus cliniques fonctionnels plus utiles à la prise en charge.

Par ailleurs, un consensus porte sur le fait qu'**une évaluation efficace** et précieuse pour la prise en charge à venir **doit prendre en compte les processus supposés sous-tendre les habiletés pragmatiques**. Cela permet, le cas échéant d'adapter une stratégie de rééducation. (Dardier et al., 2011b; Martin & McDonald, 2003; Penn, 1999)

4.2.2 LA GRILLE D'OBSERVATION CLINIQUE ENTRE UNE PERSONNE CEREBROLESEE ET SON PARTENAIRE DE COMMUNICATION PRIVILEGIE (ORTOLAN & COLUN, 2012)

Cet outil s'inscrit dans une approche qualitative, il s'attache à repérer les **stratégies de réparation**, il est voulu comme un support fiable clair et exhaustif. La grille d'observation clinique d'Ortolan est voulue comme un outil qui ne nécessite pas l'utilisation d'une caméra, utilisable par les orthophonistes dans un environnement écologique.

La population ciblée est très large, les auteurs souhaitent que le support soit utilisable pour « *toute personne cérébro-lésée touchée dans sa capacité à communiquer* » ce qui correspond tout à fait à l'objectif de notre recherche. Toutefois, cet outil peut être utilisé pour des patients souffrant d'atteintes formelles du langage, ce qui n'est pas directement l'objectif de notre travail.

L'architecture de la grille d'observation est répartie en trois grandes rubriques : la mise en relief de l'impression générale, la description précise des comportements communicationnels des partenaires, l'identification des stratégies compensatoires réparatrices. Cette grille est très complète, et ses 8 pages sont accompagnées d'un glossaire qui montre que son appropriation n'est pas intuitive.

Nous considérons donc que cet **outil, très précis et exhaustif, non seulement dépasse l'évaluation pragmatique, mais ne peut pas convenir pour un repérage initial des troubles.** Par ailleurs **l'absence de normalisation et d'étalonnage** nous semble une limite conséquente pour un usage à vocation de repérage initial.

En revanche, nous y reviendrons dans une partie consacrée à la rééducation, il s'agit d'une grille qui fournit des clés de compréhension de la situation de communication vécue par le patient et s'avère très précis pour définir des axes de travail rééducatif et d'aménagement.

4.2.3 LE PFIC (PROFILE IN FUNCTIONAL IMPAIRMENT IN COMMUNICATION DE LUNSCOTT ET COLL., 1993)

D'abord ciblé pour des patients traumatisés crâniens, le PFIC peut être proposé à tout type de population, selon ses auteurs. Le PFIC s'inspire du principe de coopération et des maximes conversationnelles de Grice. Cette base théorique est tout à fait consensuelle dans le monde de la recherche et de l'analyse conversationnelle permet une analyse exhaustive des comportements en communication et en pragmatique du langage. L'échelle évaluative des comportements pragmatiques en conversation se répartit sur 84 indicateurs de comportements spécifiques, inégalement répartis sur 10 rubriques.

1. Contenu logique (morphologie)
2. Participation à l'interaction
3. Adéquation de la quantité
4. Qualité (authenticité)
5. Structuration interne des idées
6. Cohérence externe
7. Clarté de l'expression

8. Comportement social
9. Positionnement social du contenu
10. Aspects esthétiques (prosodie, posture, mimique)

Pour chacune de ces 10 rubriques, une échelle de synthèse est proposée. Le recueil des données se fait avec un enregistrement vidéo d'une vingtaine de minutes, et nécessite la participation d'un interlocuteur extérieur. La cotation se fait en dehors du temps de passation ce qui allonge la durée globale de l'évaluation.

LE TRAVAIL D'ANALYSE DE RULT ET SAINT-PE AU SUJET DU PFIC

L'analyse des freins à l'utilisation du PFIC par les orthophonistes montre que le protocole est jugé **pertinent** par les orthophonistes qui l'utilisent. (Rault, Saint-Pé, & Gasselin, 2013) Cependant, les auteurs font remarquer que « *sa procédure est contraignante et inadaptée à l'exercice orthophonique* » notamment car la passation et la cotation sont trop longues. L'utilisation de la caméra est aussi pointée comme un frein.

Le manque de normalisation, et de standardisation est un reproche que l'on peut faire à cet outil qui n'a pas des qualités psychométriques rigoureuses.

Par ailleurs, les auteurs soulignent que **la diffusion du PFIC serait restée relativement locale, et ne se serait pas étendue au niveau national**. Les modalités de passation, notamment, ne figurent que dans les études princeps du PFIC, mais pas dans un manuel édité. Les auteurs suggèrent ainsi de « *créer un document qui rassemblerait la procédure et les modalités de passation et de cotation du test* »

Ainsi, le mémoire de Rault et Saint-Pé présente de nombreuses pistes d'amélioration du PFIC : une précision des qualités intrinsèques, avec des reformulations de certains items, des adaptations des caractéristiques extrinsèques du PFIC, une validation et un étalonnage ... après ces modifications et ces travaux, il faudrait alors entreprendre un travail sur la **diffusion du PFIC**. Nous concernant, et à la lecture de cette étude, nous avons cherché si des outils plus aboutis, notamment au plan de la validation et de la normalisation, existaient déjà.

4.2.4 LA GALI - GRILLE D'ANALYSE D'INTERACTIONS LIBRES (BONNIN, PROFFIT, & SAINSON, 2009; LECUIR & SAINSON, 2007; SAINSON, 2008)

La GALI, grille d'analyse des libres interactions a fait l'objet de plusieurs travaux dirigés par Sainson. Il s'agit d'un outil aux qualités psychométriques fiables, il a été normé et étalonné pour des patients victimes d'un traumatisme crânien grave.

La GALI se compose de deux grilles, l'une permet, d'après les auteurs, une analyse globale de l'atteinte de la communication, et l'autre permet une analyse plus fine des troubles.

L'analyse détaillée est répartie en cinq rubriques :

1. Énoncé :
 - intonation, intensité vocale
 - articulation, débit
 - gestes de la tête et expression faciale
 2. Énonciation
 - structuration interne des idées
 - posture
 - regard
 - gestes co-verbaux
 3. Pragmatique interactionnelle
 - structure des tours de paroles (intonation pauses, chevauchements)
 - quantité d'informations utiles
 - cohérence externe (demandes de clarification, questions)
 - participation du sujet à l'interaction
 - phatiques
 - éléments de la communication non verbale
 4. Gestes extra-communicatifs, associés au sentiment ressenti par le sujet pendant la conversation
 5. Ajustements de l'interlocuteur
- L'ensemble de ces items est coté de 0 à 5 ; 0 représentant l'absence de troubles, et 5 correspond à un déficit très sévère.

Avec la GALI, le fait de prendre en compte les éléments du langage **verbal et non verbal**, le fait de tenir compte des **ajustements de l'interlocuteur** permet une qualité d'investigation approfondie. Mais là encore, la contrepartie est que l'outil est peu accessible à une personne non formée, et que l'appropriation nécessite de bien connaître certaines notions linguistiques pointues. En conséquence, l'outil n'est pas adapté pour donner des indications rapides et simples de repérage des troubles.

4.2.5 LE MEC PROTOCOLE D'ÉVALUATION DE LA COMMUNICATION. (JOANETTE ET AL., 2004)

Comme nous l'avons vu précédemment la pragmatique du langage est l'un des aspects de la communication. Ainsi le MEC va au-delà des atteintes pragmatiques. Le profil de communication qui est établi par cette batterie détaille les **dimensions prosodique, lexico-sémantique, et évalue les compétences en discours conversationnel et narratif**; le tout à travers 14 tâches. Le MEC est conçu pour des patients CLD mais les auteurs précisent bien *que « les troubles du langage que présentent certains patients cérébrolésés droits ne leur sont pas exclusifs. (...) Ainsi par extension, le protocole MEC peut s'avérer fort utile lors de l'évaluation des composantes discursive, prosodique, lexico-sémantique et pragmatique du langage chez des individus porteurs d'une pathologie neurologique autre qu'une seule lésion cérébrale droite. »*

Cet outil, élaboré par une équipe pluridisciplinaire québécoise, a de très bonnes qualités psychométriques. Il associe des épreuves dédiées et une analyse conversationnelle. Ainsi, son défaut réside dans ses qualités d'exhaustivité : sa passation est assez longue (deux fois trente minutes) et ne se prête pas facilement à des conditions de première intention.

4.2.6 POUR LE REPERAGE, QUELLES ÉVALUATIONS SENSIBLES ET FIABLES ?

Les outils de repérage sont peu nombreux. Le travail de Ferré et Lamelin (2006) a montré que **les équipes ont besoin d'outils qui ne visent pas l'exhaustivité mais la sensibilité**. Dans ce sens, les auteurs ont élaboré le **MEC version de poche**, destinée aux patients CLD hospitalisés dans des unités de soins aigus. Ce travail a été conçu à partir d'un matériel existant, évalué par les orthophonistes. Ainsi les freins, les critiques et les commentaires ont permis d'optimiser les qualités extrinsèques du MEC, et de réorganiser la batterie d'évaluation. Certaines tâches ont été supprimées, notamment tout ce qui concerne la prosodie. Le discours conversationnel, tâche qui est la plus

écologique pour l'évaluation des troubles de la pragmatique, a été conservé. En effet, 75,6% des orthophonistes interrogées au sujet du MEC pensent qu'il faut garder cette tâche, mais la réduire. C'est ce qu'on fait les auteurs, l'analyse conversationnelle est réduite de moitié.

Bien que les qualités psychométriques aient été mesurées de manière spécifique sur des patients CLD, les auteurs insistent sur le fait que leur outil peut tout à fait être utilisé dans le cas d'autres atteintes neurologiques susceptibles d'altérer les compétences pragmatiques.

Cet outil est structuré de la même manière que le MEC initial, il permet donc de s'intéresser à de nombreuses composantes de la communication qui dépassent le domaine de la pragmatique. La passation de l'ensemble des subtests permet de dessiner les contours d'un profil assez complet.

Selon nous l'avantage du MEC version poche est de permettre une évaluation rapide des troubles de la pragmatique. L'épreuve d'analyse conversationnelle demande moins de 15 minutes d'évaluation, avec des conditions matérielles facile à mettre en œuvre. La conversation est cotée par l'examineur en direct, à l'aide d'une grille simple, et le médecin ou l'orthophoniste peuvent être les cotateurs. Il n'y a besoin ni d'intervenant extérieur ni d'une caméra.

4.2.7 DISCUSSION SUR LES OUTILS D'ÉVALUATION EXISTANTS

Les outils d'évaluation des troubles pragmatiques évoluent vers une spécificité et une précision psychométriques conséquentes. Des outils non étalonnés comme le PFIC sont complétés, et aujourd'hui il existe des échelles d'analyse conversationnelles étalonnées (MEC, GALI)

Face à cette multiplication des épreuves, comment choisir un outil d'évaluation des troubles de la pragmatique sur lequel s'appuyer pour le repérage des troubles? Les outils sont nés de constats cliniques et selon un axe étiologique, or aujourd'hui, la sémiologie des troubles de la sémantique concernent de nombreuses pathologies neurologiques acquises. Il n'est donc pas nécessaire de spécifier la maladie en cause pour choisir un outil de repérage. Nous voulons envisager un outil transversal.

4.2.7.1 MEC-P POUR UN REPERAGE QUELLES QUE SOIENT LES PATHOLOGIES

Bien que conçu pour les cérébrolésés droits, le MEC-P est, comme l'indiquent les auteurs, tout à fait adapté à des troubles dont l'étiologies n'est pas une lésion droite. De récents travaux ont même montré la pertinence de certaines épreuves pour dépister les premiers signes d'atteintes d'une maladie d'Alzheimer (Dutang, 2012)

4.2.7.2 PFIC ET GALI POUR DES EVALUATIONS PRECISES CIBLEES SUR LES SUJETS TC

Bischof S., (Bischof, 2010) compare deux outils, le PFIC et le MEC. Elle met en avant le caractère plus complet du PFIC, avec un nombre plus important d'items, l'auteur relève deux rubriques qui n'ont pas d'équivalent dans le MEC : transmission des informations de manière authentique et capacité d'adaptation aux propos de l'interlocuteur. A contrario, **le MEC permet, selon Bischof, une meilleure analyse de la compréhension du sujet.** En conclusion, l'auteur pense que **le MEC est plus propice à une évaluation de repérage, permettant moins facilement de définir des objectifs d'intervention.** **Le PFIC permet une investigation plus détaillée.** Toutefois, les qualités de cotation et de précision peuvent générer **une forme de lourdeur d'utilisation**, qui peut constituer un frein à leur utilisation, comme nous l'avons vu plus haut. (Rault & al, 2013)

La GALI est également un outil très détaillé, qui permet de mettre en avant des composants non-verbaux de la conversation et les efforts d'adaptation mis en place par l'interlocuteur. Pour l'heure, sa diffusion reste extrêmement confidentielle, et comme nous l'avons précisé sa qualité d'exhaustivité et de précision devient un défaut pour un repérage rapide des troubles.

4.2.7.3 GRILLE D'ORTOLAN & AL.

Dans une perspective plus globale de remédiation de la communication, pour toutes les pathologies neurologiques acquises, la grille d'analyse d'Ortolan et Colun ne cesse d'être améliorée et actualisées par des travaux universitaires ; son utilisation est pertinente dans la perspective d'une amélioration des échanges entre le patient et son partenaire de communication privilégié. La grille est compatible avec des troubles aphasiques, ce qui élargit considérablement les usages de l'outil, tout en diminuant la spécificité. C'est une grille avant tout inscrite dans une préoccupation clinique de remédiation.

Dans une première phase de ce travail, constatant que les analyses conversationnelles sont trop complexes pour pouvoir être utilisées à des fins de repérage, nous supposons

le besoin d'élaborer un support d'évaluation plus rapide et simple. Mais l'édition du MEC version poche, (Ferré & Lamelin, 2006) répond complètement à ces objectifs. **Il existe donc un matériel francophone, aux bonnes qualités psychométriques, facile à utiliser, pour mettre en évidence des troubles de la pragmatique du langage quelque soit leur étiologie. Il nous semble donc qu'aujourd'hui les troubles pragmatiques ne souffrent pas d'un manque d'outils fiables, rapides et simples pour être identifiés**, contrairement à ce que nous pensions au départ.

Enfin, il est important de noter que les améliorations dans le domaine de l'évaluation permettent de développer de nouveaux axes de remédiations des troubles de la pragmatique.

5 DU REPERAGE A LA PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE

Nous avons donc vu que les troubles de la pragmatique sont évaluables, que des outils rapides et fiables existent. Cependant, en préalable à cette évaluation orthophonique, un cheminement de soin doit se faire. En premier lieu, un médecin doit repérer des troubles et, sans forcément les évaluer, il doit pouvoir déterminer si ces troubles constituent une indication de bilan orthophonique – avec rééducation si nécessaire. Ainsi, la prise en charge orthophonique découle de l'initiative d'un médecin.

5.1 LE REPERAGE MEDICAL

Repérage ou dépistage?

Dans notre démarche, nous ne pouvons pas parler de dépistage des troubles de la pragmatique. En effet le dépistage se définit comme la recherche de détection de maladies asymptomatiques, d'anomalies ou de facteurs de risque par simples tests, examens ou autres procédures, rapidement appliqués sur une grande échelle. Le test de dépistage détecte les personnes apparemment en bonne santé qui sont probablement atteintes par la maladie visée, ou qui présentent un facteur de risque. Le repérage ne constitue pas un diagnostic. Les personnes avec un résultat positif ou douteux doivent bénéficier d'un examen de santé pour déterminer le diagnostic et le traitement. (source : BDSP, glossaire européen en santé publique) Cette définition nous permet de situer notre travail dans le champ du **repérage**

5.1.1 L'EXAMEN CLINIQUE

Selon le type de pathologie, l'examen ne se fait avec les mêmes intentions, ni la même démarche. Nous distinguons en effet deux modes de survenue des troubles, une manière insidieuse dans les maladie dégénératives, et une modalité brutale avec les TC et les AVC. Cette différence a un impact sur la prise en charge et sur le repérage.

5.1.1.1 SURVENUE BRUTALE DES SYMPTOMES

Dans les cas des pathologies vasculaires cérébrales et des traumatismes crâniens, la modalité d'apparition des symptômes amène à consulter directement en milieu hospitalier. Dans les cas de lésions cérébrales, les médecins, neurologues ou médecins de MPR vont supposer un impact de ces lésions sur les fonctions cognitives. Ils auront

besoin de soumettre au patient et à ses proches des questionnaires pour évaluer l'écart entre le tableau prémorbide et le tableau consécutif à l'accident.

5.1.1.2 SURVENUE PROGRESSIVE OU INSIDIEUSE DES SYMPTOMES

Dans les cas de pathologies dégénératives, les troubles ne sont pas nécessairement suspectés, et leur repérage est plus délicat. Le lien affectif avec le médecin de famille peut biaiser le regard, avec une minimisation des difficultés qui peuvent être lues comme le fait d'un vieillissement non pathologique. Pourtant les difficultés en pragmatique du langage sont une part de la sémiologie de certaines pathologies, comme nous l'avons vu, et à ce titre, elles peuvent constituer un élément important dans la réflexion diagnostique.

5.1.2 REPERAGE ET IDENTIFICATION DES TROUBLES DE LA PRAGMATIQUE, UN ELEMENT DU DIAGNOSTIC ?

Le fait de prendre en compte des signes cliniques entre dans le cadre d'une démarche diagnostique, c'est-à-dire une manière de définir une maladie, en réunissant un faisceau de signes cliniques constituant un symptôme.

5.1.2.1 UN ELEMENT D'ORIENTATION THERAPEUTIQUE

La composante comportementale et émotionnelle résultant de certaines lésions peut donner des tableaux cliniques psychiatriques. La frontière entre neurologie et psychiatrie semble alors difficile à déterminer. Ainsi, une étude de cas présenté en cours relatait le parcours d'une patiente victime d'un AVC droit adressée en psychiatrie adulte. Nous ne pouvons pas évaluer les conséquences exactes de cet étonnant parcours de soin, mais il est exemplaire de ce que des repérages et des connaissances précises pourraient apporter dans ce domaine.

5.1.2.2 LES TROUBLES DE LA PRAGMATIQUES DANS LES PATHOLOGIES DEGENERATIVES ET LIEES A L'AGE

Nous pouvons affirmer que le repérage des troubles de la pragmatique du langage peut être un élément de diagnostic important, voire un élément de repérage dans les cas de maladies dégénératives. En effet, l'APA (association américaine de psychiatrie, dans le DSM V, fait ainsi figurer les troubles de la cognition sociale comme l'un des aspects du tableau des « désordres neurocognitifs majeurs » (Major neurocognitive disorder) –

anciennement démences, dans le DSM IV. *« les outils d'évaluation de la cognition sociale pourraient être particulièrement sensibles dans le diagnostic des maladie de l'âge, et pourraient être précieux pour guider vers le diagnostic de telle ou telle maladie. »* (Dardier et al., 2012; Kemp et al., 2012)

Parallèlement, la recherche française s'emploie à développer une étude longitudinale sur trente ans afin de mettre à jour l'évolution des habiletés pragmatiques avec l'âge. Dardier, Bernicot (Dardier et al., 2012) soulignent l'importance des stéréotypes sur les habiletés conversationnelles des personnes âgées, et leurs aptitudes sous estimées. Les difficultés à participer à une conversation sont-elles réelles ? Sont-elles de nature purement cognitive, sont –elles pathologiques ? Autant de question auxquelles cette longue étude pourra répondre, dans quelques années.

Le protocole proposé pour cette étude, PRAGMA test, regroupe un **entretien biographique et une épreuve de complètement d'histoire**. Lors de l'entretien biographique sont évaluées la compréhension des allusions, la compréhension des expressions idiomatiques, la capacité à maintenir un thème pendant entretien. L'épreuve de complètement et de jugement d'histoire permet d'évaluer les capacités inférentielles, de cohérence.

Ce contexte de vif intérêt pour la pragmatique et la cognition sociale dans le monde de la recherche nous paraît important à souligner. La sensibilisation auprès des médecins n'est-elle d'autant plus nécessaire que des progrès considérables voient le jour ?

5.2 LA RECONNAISSANCE DES TROUBLES : UN ENJEU D'INSERTION

Impactant les relations sociales, les difficultés rencontrées en communication et plus spécifiquement en pragmatique du langage ont des répercussions sur la vie quotidienne, elles représentent un obstacle à la réinsertion professionnelle des patients, et majorent les risques d'isolement. (Bernicot, Trognon, & Guidetti, 2002 ; Bony, Rouyres, Dei Cas, & Rousseaux, 2012)

Après la période d'arrêt de travail ou d'hospitalisation, dans des circonstances plus exigeantes et/ou dans l'univers professionnel, les déficits se manifesteront de façon invalidante. Ainsi, **la reconnaissance de l'invalidité consécutive aux troubles de la communication et des troubles de la pragmatique est l'un des éléments qui**

permet au patient une réadaptation plus favorable, avec des liens directs sur sa qualité de vie. (Le Gall, Wittmann-Stephann, Dei Cas, & Kozlowski, 2013)

Par ailleurs, certains troubles fins (notamment dans les cas de TC légers ou modérés) sont peu mis en évidence durant la période d'arrêt de travail ou de convalescence. Le patient et son entourage ressentent un malaise général, souvent imputé à une forme de stress post-traumatique. L'entourage, ne sachant pas à quoi attribuer une attitude de communication inadaptée, pourra en faire reproche au patient. Cette incompréhension renforce les affects négatifs d'une personne qui n'a pourtant pas le choix de ses comportements. La notion de handicap est souvent controversée pour le patient, puisque d'une part elle signe les difficultés et la perte. Mais d'autre part, elle est aussi un vecteur d'aide et de soutien qui ne doit pas être négligé. Les conceptions du handicap sont récentes, et évoluent vite. La loi du 11 février 2005 a marqué une étape importante. Aujourd'hui, le handicap désigne les déficiences (atteintes des fonctions et/ou des structures corporelles), les limitations d'activité et les restrictions de la participation. Ces deux derniers domaines ont l'intérêt de permettre une distinction entre les capacités d'une personne dans un environnement standard, comme le bureau du thérapeute, où la personne a des repères et les capacités de la même personne dans un environnement réel. Cet écart entre les deux situations mérite d'être interrogé au moment de l'évaluation du patient en particulier pour ce qui concerne les habiletés pragmatiques.

Ainsi, qu'il s'agisse de prendre en compte de nouveaux critères diagnostics pour certaines pathologies dégénératives, ou bien qu'il s'agisse de considérer de manière spécifique des patients dont l'altération cérébrale est survenue de façon brutale, la connaissance des troubles de la pragmatique du langage est utile aux prescripteurs. Elle leur permet de repérer ces troubles, et d'adresser les patients à un/une orthophoniste pour en prendre la mesure et déclencher, si besoin, une prise en charge adaptée.

5.3 COMMENT LES MEDECINS PERÇOIVENT-ILS LE CHAMP DE COMPETENCES DES ORTHOPHONISTES ?

Entre la connaissance théorique d'un signe d'alerte, le repérage clinique chez un patient, et la prescription d'un bilan chez une orthophoniste, suivie d'une réelle évaluation, le parcours de soin n'est pas forcément fluide. L'un des écueils sont les représentations faussées ou incomplètes de l'orthophonie que peuvent avoir les médecins.

Plusieurs travaux ont montré que les médecins généralistes connaissent peu le métier d'orthophoniste, et qu'ils n'identifient pas leur champ de compétences. Ainsi, des mémoires d'orthophonie ont visé une information à destination des médecins, citons Baussart (2011) qui a travaillé plus spécifiquement sur la prise en charge des pathologies neurologiques, Chappé (2012) a repris sa proposition pour l'améliorer. Mouranche (2004) qui a réalisé une plaquette à l'attention des futurs médecins.

5.3.1 LE PARCOURS DE FORMATION

UNE FORMATION INITIALE SOMMAIRE ET INEGALE SELON LES TERRITOIRES

Dans sa présentation, Baussart recense tous les éléments de formation initiale qui contribuent aux connaissances des médecins au sujet de l'orthophonie : leur formation théorique et l'approche pratique. (Baussart, 2011)

Officiellement, lors de la formation initiale, les médecins sont tous formés pour pouvoir prescrire des actes en orthophonie, au même titre que les autres actes des professionnels paramédicaux. Cet enseignement est délivré en 4^{ème} année, en 2^{ème} cycle, lors d'un module consacré au handicap, le module 4. Ce module aborde officiellement **le champ de compétences des orthophonistes** ainsi que **les modalités de prescription**. Il prend aussi en compte l'enseignement concernant les autres professionnels paramédicaux comme les masseurs-kinésithérapeutes et les ergothérapeutes. Dans toutes les facultés françaises, l'enseignement de ce module est **sous la responsabilité des médecins MPR** (médecine physique et réadaptation). Son contenu est national et disponible sur internet, sur le site « COFEMER »

Dans les cours de l'Université de Marseille, nous n'avons pas trouvé d'exemple de matériel utilisé, ou de situation de rééducation qui soit détaillée. Dans cette veine, citons

Mouranche qui propose un « *cours idéal* » destiné aux futurs médecins, et d'après l'enquête menée par l'auteur auprès d'étudiants en médecine, devrait y figurer *le champ d'intervention de l'orthophoniste dans son ensemble*, c'est-à-dire évoquer le rôle de l'orthophoniste pour les troubles du langage oral et écrit chez l'enfant mais aussi auprès des pathologies neurologiques. Par ailleurs, cet enseignement devrait transmettre :

- « des «signes d'appels » pour chaque pathologie plutôt qu'une définition «orthophonique» hermétique aux étudiants et se référer au développement «normal» psychomoteur et langagier de l'enfant
- Une présentation détaillée et active des outils de repérage des troubles du langage (proposer aux étudiants les références du matériel qui existe).
- Proposer une mise en situation en insistant sur l'importance d'un bon échange d'informations sur le patient entre le médecin prescripteur et l'orthophoniste.
- Des exemples d'épreuves et de comptes-rendus de bilans pour éclairer les étudiants sur le type de diagnostics faits par l'orthophoniste »

Mouranche, (2004) en conclusion de son travail d'enquête, constate que **78% des médecins interrogés reconnaissent que leurs connaissances au sujet de l'orthophonie sont insuffisantes**. Elle a élaboré une plaquette d'information à destination des étudiants en médecine. (cf annexes)

Par ailleurs, une **inégalité territoriale** demeure, puisque les cursus diffèrent sensiblement d'une Université à une autre. D'après l'enquête de Biasetto (2006), citée par Baussart (2011) aucun enseignement sur l'orthophonie n'est dispensé dans le cadre du D.E.S de médecine générale pour 6 facultés (Paris Ouest, Nice, Grenoble, Paris Sud, Rennes et Bordeaux). D'autres facultés comme Rouen, Limoges, Dijon et Lille ne dispensent aucun enseignement spécifique mais abordent l'orthophonie dans différents modules tels que « l'enfant et le milieu scolaire », « prescriptions non médicamenteuses » ou « pédiatrie ». (Baussart, 2011) Biasetto (2006) précise également que certaines facultés comme celles d'Angers et Nancy proposent un stage chez un orthophoniste dans le cadre du stage chez un praticien. Ce stage ne présente pas un caractère obligatoire.

5.3.2 LE TRAVAIL DE BLOT & CORTET : UNE TYPOLOGIE DES PRESCRIPTEURS

Les principaux prescripteurs d'orthophonie sont les médecins généralistes. Le travail de Blot et Cortet (2012) renseigne sur les liens entre les médecins généralistes et les orthophonistes. Cette étude porte sur des entretiens qualitatifs, elle nous a intéressée pour qualifier et mieux préciser la population concernée par notre travail.

Dans leur travail, Blot et Cortet aboutissent à une répartition des médecins en deux types, selon le rapport qu'ils ont avec l'acte de prescription. Cette typologie nous amène à considérer qu'une certaine partie des médecins ne sera pas intéressée par notre travail. Les médecins ici qualifiés de « *prescripteurs « passifs »* » sont peu susceptibles de s'intéresser aux troubles de la pragmatique. D'une part car leur connaissance au sujet de la profession est restreinte, et d'autre part car ils n'envisagent pas tout un pan du champ de compétence des orthophoniste, la prise en charge des adultes.

« (...) Certains médecins généralistes situeraient le métier d'orthophoniste dans le domaine social plutôt que médical. La prescription serait donc, selon eux, principalement destinée à une population enfantine et pourrait même être parfois synonyme de soutien scolaire. Toutefois, lorsque la prescription orthophonique s'adresserait à une patientèle adulte, les médecins généralistes s'investiraient en amont de cette prescription en orientant les patients vers des médecins spécialistes.

En revanche, une part des médecins prescripteurs « actifs » est sans doute plus disponible pour recevoir une information au sujet de l'orthophonie. Mais il semble qu'entre les deux professions, un langage commun puisse faire défaut : *« De par le manque de connaissances communes entre orthophonistes et médecins généralistes, les relations entre ces deux professions seraient donc assez restreintes. Les contacts se limiteraient aux comptes-rendus de bilan orthophonique, qui seraient perçus par les médecins comme hermétiques et abondants... »* (Blot et Al. 2012) Le travail de Blot et Cortet nous donne un aperçu de la distance qui peut séparer le corps médical du métier d'orthophoniste.

5.3.3 UNE INFORMATION DEDIEE SUR LES TROUBLES NEUROLOGIQUES ET

L'ORTHOPHONIE

Les médecins ne connaissent pas précisément les compétences des orthophonistes, en particulier les interventions qui peuvent être faites auprès des patients avec des atteintes neurologiques. Afin de remédier à ce défaut d'information, une plaquette a été conçue dans le cadre de deux mémoires d'orthophonie. (Baussart, 2011)(Chappé, 2012)

Ce travail nous interpelle aussi sur les moyens alloués à la diffusion des outils de sensibilisation et de prévention. Si ces outils font l'objet de plusieurs travaux universitaires, qu'en est-il de leur impact, comment s'assurer d'une diffusion pertinente des supports ainsi conçus ? La représentation qu'ont les médecins de l'orthophonie constitue-t-elle un frein réel à la prise en charge de certains patients ? Impacte-t-elle le repérage de certains troubles orthophoniques ?

5.4 LA REEDUCATION ORTHOPHONIQUE DES ATTEINTES PRAGMATIQUES

Pour améliorer la prise en charge des patients atteints de troubles pragmatiques suite à des lésions cérébrales, il nous semble important de mentionner quelles sont **les rééducations qui existent. En effet, au-delà du repérage et de l'évaluation, le soin vise surtout l'amélioration de la qualité de vie du patient.**

L'objectif du travail de l'orthophoniste est **d'améliorer la communication dans l'environnement naturel de la personne.** Les déficiences, qui peuvent être améliorée avec une récupération des fonctions sont abordées par un travail analytique, les limitations et restrictions des compétences consécutives à la maladie sont travaillées selon un axe fonctionnel, pragmatique et écologique. (Bony et al., 2012)

5.4.1 L'APPROCHE COGNITIVE

En identifiant des troubles cognitifs spécifiques et en les travaillant de manière isolée, le thérapeute mise sur le transfert des acquis lors des situations d'entraînement dans un contexte de vie quotidienne. Cette manière de travailler repose sur une évaluation analytique des déficits. Dans les tableaux neuropsychologiques complexes, la question sera de savoir comment hiérarchiser les rééducations.

La prise de conscience des troubles peut également être abordée de manière analytique avec le patient. Familiarité, digressions, propos inappropriés peuvent ainsi être envisagés par un travail analytique.

5.4.2 L'APPROCHE FONCTIONNELLE ET ECOLOGIQUE

La proximité avec les situations de la vie réelle et quotidienne est nécessaire à un travail qui permette un réel transfert de la rééducation.

L'APPROCHE R.E.A.L

L'approche R.E.A.L (rehabilitation for everyday adaptative living) a été développée en Australie (Snow et Ponsford, 1995 ; cité par Bony et al., (2012)). Les principes directeurs de cette méthode sont de travailler dans le cadre d'une interdisciplinarité forte, avec des tâches effectuées par le patient dans sa vie quotidienne. Cela implique de bien connaître les goûts de la personne, son entourage, sa vie professionnelle et sa place dans la société. L'adaptation doit être aussi bien pratique qu'émotionnelle.

Le programme est composé d'interventions en individuel et en groupe, où les principes sont basés sur la motivation, et sur des notions comportementales :

- Identification de situations à travailler de manière systématique (par exemple indiquer un itinéraire, résumer une actualité)
- Graduation des aides et des réactions du thérapeute, avec une logique d'estompage voire de mise en difficulté
- Travailler dans une ambiance calme, puis bruyante, puis réelle
- Utiliser la vidéo comme feed-back
- Valoriser par des réponses adaptées les réussites et signaler les erreurs par des réactions moins facilitantes

5.4.3 UN TRAVAIL EN COURS D'ELABORATION A LILLE : PROTOCOLE DE REEDUCATION ECOLOGIQUE DE LA COMMUNICATION APRES LESIONS CEREBRALES, SOUS LA DIRECTION DE DEI CAS P. ET ROUSSEAUX M.

A la suite du travail de Bony et Rouyres (2012) le protocole de rééducation écologique a été amélioré (Bonnot, Duflos, Dei Cas, & Rousseaux, 2013), et un troisième mémoire en cours de réalisation devrait permettre l'édition de ce protocole prochainement.

Le protocole propose une fiche profil du patient, où l'orthophoniste doit faire la synthèse des éléments importants pour la rééducation. Le thérapeute doit la remplir en fonction des informations qu'il aura collectées (anamnèse dossier médical, résultats des épreuves étalonnées) Ce profil peut également être complété par les impressions du patient et de ses aidants naturels. Par ailleurs, des fiches qui visent l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage proposent des informations détaillées et pédagogiques. Enfin des fiches d'exercices sont en cours d'élaboration. Ces exercices sont répartis en plusieurs thèmes (les courses, le jardinage), ils comportent des exercices analytiques et des entraînements fonctionnels avec une déclinaison de situations et de difficultés.

5.4.4 LA PLACE DU PARTENAIRE PRIVILEGIE DE COMMUNICATION – OU AIDANT NATUREL

Les travaux dirigés à Nantes par Colun H. depuis quelques années misent sur le rôle de l'interlocuteur dans la prise en charge des troubles de la communication. Comme nous l'avons vu plus haut, la sémiologie pragmatique conduit souvent l'interlocuteur à adapter ses propos pour restaurer les dimensions déficitaires de la communication. Ainsi, la co-construction des échanges sert de postulat de départ pour l'évaluation, mais aussi pour l'accompagnement des personnes malades. L'éducation thérapeutique, accompagnée de supports d'information (Gelebart & Thiery, 2012) est proposée pour permettre de donner des conseils et des outils, de limiter les frustrations et les répercussions affectives sur les relations personnelles du patient.

5.4.5 L'APPROCHE PAR LE TRAVAIL EN GROUPE THERAPEUTIQUE

Au CHU de Toulouse, une expérience a été menée sur un groupe de rééducation pluridisciplinaire (GRP) s'inspirant du théâtre d'improvisation, basé sur des jeux de rôles proches de la réalité quotidienne. (Godet & Dutoît, 2012) Les auteurs font les

hypothèses suivantes : le GRP communication en utilisant des techniques d'art dramatique améliore les habiletés pragmatiques des patients CLD sur les versants réceptif et expressif, et la qualité de vie des patients CLD. Leur étude a été menée avec un pré et post test, portant sur des situations pragmatiques en évaluation standardisée, un questionnaire créé pour ce travail, le COMSO, et une mesure de la qualité de vie. L'étude a révélé, pour tous les patients, une amélioration des habiletés pragmatiques et de la qualité de vie, principalement dans son domaine social. En l'absence de sujets contrôles, les auteurs concluent en une présomption d'efficacité du GRP communication.

CONCLUSION

Les recherches de ces trente dernières années dans le domaine de la pragmatique ont non seulement permis l'amélioration de l'évaluation de ces troubles, mais elles se sont également adossées sur les nouvelles connaissances pour proposer des remédiations et des axes thérapeutiques adaptés aux troubles de la pragmatique du langage. Les axes de remédiations prennent en compte le patient dans la globalité de ses interactions de communication, ce qui permet d'impliquer le partenaire privilégié de communication. Par ailleurs, les groupes thérapeutiques sont des outils qui permettent de travailler dans des conditions proche de la réalité.

Les relations entre médecins généralistes et orthophonistes ont été étudiées à travers plusieurs travaux qui mettent en évidence que les **médecins connaissent peu le champ de compétence des orthophonistes**. La représentation de la profession est parfois réduite à la prise en charge des troubles du langage chez les enfants, avec une faible légitimité reconnue en terme de soins. Ces différents travaux révèlent également que les médecins sont **peu informés sur les outils et méthodes utilisés par les orthophonistes** et que leur lien avec les orthophonistes se fait à travers des bilans parfois mal compris.

Ces travaux d'enquête ont été suivi de propositions de **support d'information** et s'inscrivent, comme notre propre travail, dans une perspective **de prévention et d'amélioration de la qualité des prise en charge**. Cette démarche s'appuie parfois sur des structures existantes, afin d'en amplifier l'impact. Toutefois, aucune enquête ne permet réellement d'évaluer l'impact de la diffusion de l'information proposée dans ces différents supports. La limite de ces travaux étant les moyens accordés à la diffusion des contenus réalisés.

6 QUESTION DE RECHERCHE

La pragmatique du langage, les troubles de la communication verbale et non verbale font l'objet de nombreux travaux depuis une trentaine d'années. Certains auteurs revendiquent que ces troubles rejoignent explicitement le champ des aphasies, dans le cas où ils résultent de lésions cérébrales acquises. (Sainson, 2008) (Joanette, 2004.)

Dans le domaine de la recherche, chercheurs psychologues et orthophonistes sont convaincus de l'intérêt de la prise en compte de la pragmatique du langage, les travaux sur l'évaluation et la rééducation se multiplient. Nous pensons effectivement que la prise en compte des troubles de la pragmatique du langage donne des indications cliniques fines. Ces troubles permettent par exemple de renseigner de manière significative un diagnostic différentiel entre une lésion vasculaire et une composante psychiatrique ; ils sont sans doute des indicateurs d'entrée dans certaines formes de maladies dégénératives. Ils sont aussi des leviers pour construire une rééducation écologique et fonctionnelle pour les patients victimes d'AVC ou de TC.

Quel est le transfert de ces nouvelles données au niveau du soin ? Est-ce que ces connaissances bénéficient aux patients concernés ?

Concernant les orthophonistes, les troubles envahissants du développement ont été la première porte d'entrée vers la pragmatique. Aujourd'hui le nombre de travaux et de publications sur la pragmatique du langage chez les adultes montre que le domaine est de plus en plus investi. Rault et Saint-Pé tiraient de leur étude la conclusion que les orthophonistes connaissent le domaine de la pragmatique. Et du côté des prescripteurs, le constat serait-il le même ? La prise en charge et le soin en orthophonie en neurologie dépendent complètement de ce que perçoit le médecin. Il est ainsi intéressant de comprendre quelle est la connaissance qu'ont les prescripteurs de ce champ émergent de l'orthophonie. En d'autres termes : **Quelle connaissance des troubles de la pragmatique du langage ont les médecins recevant des patients avec des maladies neurologiques ?**

7 HYPOTHESES ET OBJECTIF

Nous faisons l'hypothèse principale que le domaine de la pragmatique du langage n'est pas connu et/ou identifié du côté des prescripteurs. Nous faisons l'hypothèse que les médecins connaissent mal ces troubles, et a minima n'en connaissent pas l'appellation. S'ils côtoient et soignent des patients avec des troubles de la pragmatique du langage, peut-être le font-ils sans le savoir, comme M. Jourdain fait de la prose.

Ceci se caractérise par les hypothèses secondaires suivantes :

Les prescripteurs reçoivent des patients qui ont des atteintes de la pragmatique du langage.

Les prescripteurs repèrent d'ores et déjà des dysfonctionnements dans la communication de ces patients.

Aujourd'hui, il nous semble que pour améliorer la prise en charge des troubles de la pragmatique du langage il est intéressant de comprendre le regard des médecins sur les troubles du langage qui n'entrent pas dans les tableaux aphasiques classiques. Car par la suite, nous supposons que la prise en charge des troubles de la pragmatique peut s'améliorer en donnant une information ciblée sur ces troubles. D'après les données recueillies, et après avoir vérifié nos hypothèses, nous élaborons un support d'information sur ces troubles.

Notre travail, résolument inscrit dans le champ de la prévention ne saura prouver qu'une information ciblée améliore la prise en charge des patients, mais du moins vise-t-il une contribution modeste à la diffusion des connaissances sur les troubles de la pragmatique du langage dans le cadre de pathologies neurologiques acquises.

PARTIE PRATIQUE

Notre idée est de vérifier dans quelle mesure les médecins sont informés sur les troubles de la pragmatique du langage, et s'ils seraient intéressés par une information sur ce sujet. Nous avons mis en place une démarche principalement qualitative. Des entretiens semi dirigés permettent, dans un premier temps de recenser des points saillants pour répondre à notre question principale : **quelle est la connaissance des médecins prescripteurs relative aux troubles de la pragmatique du langage ?**

A partir de ces entretiens nous proposons un questionnaire semi-dirigé en ligne, afin de récolter des réponses de la part de plusieurs types de médecins. Nous ne pouvons qualifier ce travail de quantitatif, car, comme nous le préciserons dans le détail de la méthodologie sur le questionnaire, la représentativité statistique de notre population ne peut pas être affirmée.

Enfin, après avoir analysé les réponses à ces deux enquêtes, nous proposons un support de communication au sujet de la pragmatique du langage en neurologie.

1 ENTRETIENS SEMI-DIRIGES

Plus ouverts que les questionnaires directifs, les entretiens permettent de récolter des informations qui dépassent éventuellement les hypothèses que nous pouvions formuler. Ils sont une phase préparatoire importante de la démarche qualitative menée par la suite via le questionnaire. (Javeau, 1990)

1.1 METHODE

1.1.1 POPULATION

Pour mener les entretiens nous avons choisi de nous adresser à des médecins. Au total nous avons mené cinq entretiens qualitatifs, dont un exemple figure en annexe. Nous notons que toutes les personnes interviewées sont des femmes. Trois personnes sont internes, une en médecine générale et deux en MPR, les médecins étaient des spécialistes (neurologue et médecin de rééducation en MPR). Nous avons voulu interroger des médecins susceptibles d'être plutôt bien informés sur l'orthophonie, pour que les entretiens soient plus riches et nous donnent des pistes conséquentes.

1.1.2 DEROULEMENT DE L'ENTRETIEN

Nous avons choisi d'enregistrer une durée de 40 minutes d'échanges suivant la grille prédéfinie. Ces entretiens ensuite transcrits ont fait l'objet d'une analyse de contenu à la fois lexicale et thématique.

1.2 QUESTIONNEMENTS ET GRILLE D'ENTRETIEN

La grille complète figure en annexe, nous précisons ici les objectifs thématiques des questions posées. L'entretien n'est pas mené de manière standardisée et rigide, afin de s'adapter aux propos et aux propositions de la personne.

1.2.1 RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nous avons pensé que l'âge, la spécialité médicale, ou le lien extra-professionnel avec une orthophoniste pouvait avoir un impact sur les connaissances du métier d'orthophoniste, ce que suggère le travail de Blot et Cortet (2011)

1.2.2 FORMATION INITIALE & ORTHOPHONIE

Les questions posées sur la formation initiale nous permettent de comparer nos quelques réponses aux données récoltées il y a dix ans par Mouranche.(2004) Au-delà des données objectives, comme le nombre de cours et leur contenu, quel est le ressenti des médecins sur leurs compétences à prescrire de l'orthophonie ?

1.2.3 UTILITE DE L'ORTHOPHONIE EN NEUROLOGIE

Nous avons voulu interroger les médecins sur leur perception de **l'utilité de l'orthophonie pour les patients avec des atteintes neurologiques**. Ont-ils la conviction que l'orthophonie est utile ? Y a-t-il des situations dans lesquelles la prise en charge orthophonique leur semble au contraire inutile ? Il nous semble que si les médecins ont un a priori négatif sur l'utilité de l'orthophonie, cela constitue un frein majeur à la prise en charge orthophonique d'une manière générale, et donc à celle des troubles de la pragmatique du langage également.

1.2.4 LES LIENS AVEC L'ORTHOPHONIE DANS LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Les prescriptions médicales qui sont adressées à l'orthophoniste sont une formulation de question : une requête d'information complémentaire et/ou une demande de soin. Les orthophonistes ont ensuite une autonomie pour mener leurs investigations et

évaluations. Ils doivent adresser au médecin prescripteur un compte-rendu de leur bilan.

Nous avons souhaité connaître **la perception des bilans** adressés par les orthophonistes aux médecins. Ces compte-rendu sont l'un des moyens qu'ont les médecins de mieux connaître et comprendre le travail des orthophonistes. Réciproquement, les orthophonistes font preuve de leur compétence et de leur professionnalisme à travers ces bilans.

1.2.5 TROUBLES DE LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE

Nous allons demander aux médecins ce qu'ils connaissent au sujet des troubles de la pragmatique. Du fait de leur lieu de travail, de leur implication sur certains travaux, nous avons supposé que les médecins (mais pas les internes interrogées) recrutés dans cette phase d'entretien sont plus informés que des médecins généralistes.

1.2.6 INFORMATION ET SENSIBILISATION DES MEDECINS

Nous voulons savoir comment les médecins se forment et s'informent. Le DPC (développement professionnel continu) désormais intégré à la loi HSPT du 21 juillet 2009 prévoit que le développement professionnel continu concerne toutes les professions de santé. Les médecins utilisent-ils cette opportunité de s'informer ?

2 RESULTATS DES ENTRETIENS ET ELABORATION DE LA GRILLE

D'ENTRETIEN

Les médecins et étudiantes ayant prochainement terminé leur formation initiale se sont montrées très intéressées par notre travail. Le fait que les entretiens soient menés par une personne directement impliquée par les questions soulevées est à interroger. En effet, on peut redouter un phénomène d'ajustement, de désirabilité sociale exacerbée par égard pour l'enquêteur, de la part des personnes interviewées.

2.1 LES CONNAISSANCES SUR L'ORTHOPHONIE

Issues d'un cursus théorique et d'une pratique aux côtés des professionnels, les connaissances qu'ont les médecins au sujet de l'orthophonie sont déterminantes sur leur manière de prescrire.

2.1.1 PERCEPTION DE LA FORMATION INITIALE

Quatre personnes interrogées sur cinq jugent la formation théorique très synthétique, voir insuffisante. *« Pendant les études, c'est très succin... On doit avoir une petite évocation rapide (rires) sur les orthophonistes, mais concrètement, on sait pas vraiment ce que c'est... »*(Dr C) *« On nous a présenté le travail des différents thérapeutes paramédicaux et du coup un peu le travail des orthophonistes, mais de façon globale et peu détaillée.(...) moi j'ai pas trop aimé, c'est vraiment pas ce qui m'a donné envie de faire de la médecine physique et de réadaptation. C'était assez rébarbatif, c'était vraiment très global, très axé sur les structures médico-sociales, et très peu pratique. »*(Mlle S)

L'un des médecins intervient auprès des étudiants, elle concède *« on leur explique un peu la nomenclature, en quoi consiste le métier d'orthophoniste, ce qu'ils prennent en charge à notre sens, et ça reste peu précis »* (Dr A)

La formation ne semble pas renseigner correctement sur les champs de compétence des orthophonistes. *« On sait pas tout ce que l'orthophonie peut faire, en fait »*(Mlle M)

Spontanément voici les indications d'orthophonie citées par les personnes interrogées : la déglutition, l'articulation ou la parole, les troubles du langage et de l'expression, les troubles cognitifs, les troubles d'apprentissages, la mémoire, la voix, l'orientation dans l'espace. Finalement, les cinq personnes totalisent des réponses correctes, même si aucune n'a évoqué des pathologies comme le bégaiement, la surdité, les rééducations post chirurgie ORL.

Depuis l'enquête réalisée par Mouranche (2004) la formation théorique initiale est encore perçue comme très condensée. Cette évocation de l'orthophonie ne suffit pas aux professionnels qui sont amenés à travailler régulièrement avec des orthophonistes.

2.1.2 IMPORTANCE D'UNE APPROCHE CONCRETE

La formation initiale ne renseigne pas du tout sur la manière dont travaillent les orthophonistes *« Je pense qu'un interne ou un médecin ne sait pas du tout comment l'orthophoniste va approcher un patient, comment la séance pourrait se dérouler, avec quel objectif, sur la réalisation d'un bilan, avec quels outils, non je pense qu'il n'y a pas de connaissance. »*

Pour chacune des personnes, la véritable connaissance du métier d'orthophoniste résulte d'une pratique et d'une approche directe. *« Personnellement, je suis allée dans un centre de rééducation, j'ai vu qu'il y avait des orthophonistes, j'ai compris quelle était la prise en charge à ce moment-là. Et puis j'ai fait mon stage de troisième aussi chez une orthophoniste. » Mme M.*

« On n'a pas connaissance de tout ce que vous pouvez faire, et moi j'en ai pris connaissance ici » (Mme M dans un service de MPR neurologie) « j'ai pu assister à des séances à la fois avec les orthophonistes, mais aussi avec les neuropsychologues, les ergothérapeutes, les kinés... donc là on voit de façon très pratique ce qui se passe avec les patients. Mme S.

Ces expériences montrent que la compréhension des professionnels est plus importante sur le terrain, quand ils peuvent percevoir la manière de travailler. Cette connaissance directe des savoir-faire de l'orthophoniste éclaire leur démarche prescriptive.

*« Après, expliquer quand est-ce que j'ai eu **l'autonomie pour la prescription, ça s'apprend quand on est interne**, moi, je suis partie directement sur un premier stage en rééducation, donc mon premier stage d'interne, donc au bout de six ans et demi je pense avoir été sensibilisée à la prescription oui. » Dr A.*

L'approche pratique, en milieu hospitalier permet de construire une représentation plus précise de ce qu'est l'orthophonie et permet aux étudiants d'acquérir une meilleure maîtrise de leur prescription.
--

2.2 LES ECHANGES PROFESSIONNELS CONCRETS ENTRE MEDECINS ET ORTHOPHONISTES

La prise en charge orthophonique dépend de la prescription médicale. Quelles sont les conséquences d'une formation jugée un peu courte sur la prescription ?

2.2.1 LA PRESCRIPTION

La capacité à savoir prescrire est mise en avant pour répondre à la question de savoir si elles ont été correctement formées sur ce qu'est l'orthophonie : *« Et vraiment quand on est interne, on sait pas prescrire... c'est quand même dingue, on est quand même les principaux prescripteurs et on nous apprend pas à prescrire ! »*

*« Après en pratique ça nous joue quand même des tours, **quand on sait pas très bien ce que font les orthophonistes, on va pas faire appel à eux dans de bonnes conditions** »*

Le manque de maîtrise du sens de la prescription n'aboutit pas pour autant à l'absence de prescription : *« En gériatrie, (...) c'était pas forcément bien indiqué, quoi, je savais pas, à un moment, ça devenait presque systématique »* (Mme C)

La prescription d'orthophonie se résume en une courte ligne *« Bilan et prise en charge rééducative de troubles de la déglutition, de troubles de la voix, etc... »* (Dr A.)

Le manque de connaissance au sujet de l'orthophonie aurait donc pour conséquence une prescription médicale peu assurée, au moins dans les premiers temps de l'exercice. Or c'est bien cette prescription conditionne la prise en charge du patient.

2.2.1.1 LE BILAN ORTHOPHONIQUE

A la suite de la prescription, tous les prescripteurs doivent recevoir un bilan. Ils ont, par ce biais, des réponses aux questions posées implicitement : Y a-t-il un trouble, dans quelle mesure ce trouble est pathologique ? Ce trouble est-il source d'une gêne fonctionnelle importante ? Ces documents sont les éléments de partage d'informations entre orthophonistes et médecins.

En formulant une demande de bilan avec ou sans évaluation, le médecin requiert de fait le concours de l'orthophoniste pour des éléments complémentaires de son propre examen clinique. Comme le formule Mlle M. : *« J'aime bien le bilan qui est fait initialement, parce que c'est très **détaillé** sur tout ce qui est compréhension, le langage écrit, oral, la compréhension écrite, orale, et après on a l'évolution et quel type de travail elles font. »* Ou encore, Mme C : *« J'aimais bien avoir leur retour sur ce qu'elles avaient pensé d'un patient, en faisant des explorations plus **précises**, par rapport aux capacités d'expression orale, écrite, de lecture, etc. »*

Nous soulignons ici que le contenu des bilans est jugé détaillé et précis ce qui renvoie à une notion de spécialisation : l'approche des patients par les orthophonistes donne des informations que d'autres professionnels n'auraient pas pu spécifier. Selon certaines personnes, **le contenu de ces bilans est parfois opaque pour les médecins** : *« Je trouvais ça **un peu complexe**, euh, enfin, oui, un peu spécialisé dans plein de domaines*

dont on est pas familiers, en tant qu'interne de médecine générale. (...) C'est un peu opaque en fait, donc c'est pas intéressant d'aller voir tous les items. On essaie toujours de voir dans la conclusion, les choses un peu simples qu'on pourrait mettre en deux phrases pour résumer le tableau » Mme C.

Certaines personnes témoignent nettement du fait qu'il n'y a pas de langage commun entre orthophonistes et médecins : *« Il y avait une orthophoniste, elle mettait des petits caractères, les petits test, donc ça par contre ça me parlait pas du tout, et il y a même des abréviations je savais pas ce que c'était. »* Mme M.

Inversement, **d'autres médecins attendent du bilan des données très précises** *« On a besoin d'un bilan clair, net et chiffré, pas juste du blabla... ce qui est souvent le problème avec les orthos, les psychos, c'est d'avoir un ressenti de l'évaluation, mais pas des choses factuelles ; quand on a un peu de compétences pour analyser, le blabla on s'en passe, finalement. »*

La question est aussi posée de savoir comment leur confrères en libéral perçoivent ces outils : *« Je ne sais pas si beaucoup de mes confrères, hors médecins de rééducation, reçoivent des bilans d'orthophonie, ce qu'ils en font, et comment est-ce qu'ils les appréhendent. Mais effectivement, c'est là où on voit quels sont les outils utilisés et les objectifs pour les bilans de renouvellement. »*

Trop précis, ou trop vague, le bilan est un lien indispensable – voire unique en libéral – entre le prescripteur et l'orthophoniste. Nous soulignons ici le rôle considérable de cet acte orthophonique. Nous pouvons en effet penser que les compte-rendu de bilan, au delà des informations sur le patients, constituent un moyen d'information indirect sur la profession d'orthophoniste et le travail effectué.

2.2.1.2 LES ECHANGES DIRECTS EN MILIEU HOSPITALIER

La richesse du travail pluridisciplinaire est supposée mise en œuvre en milieu hospitalier.

« On a aussi besoin d'avoir un échange, parce que bien sûr, il y a des choses qui ne s'écrivent pas, c'est entre les lignes, c'est un ressenti, et ça c'est quelque chose qu'on a en entretien avant de revoir les patients, ouais. »

« On a des temps de synthèses où on peut échanger sur la multidisciplinarité et intégrer l'orthophonie »

Ces échanges dont il est question peuvent servir à réguler l'information transmise par le bilan, en la complétant, en la nuancant. Or, dans les liens entre un médecin généraliste et un orthophoniste, ces échanges sont moins fréquents, ceci consolide l'idée que **le bilan est essentiel dans la communication avec les médecins.**

Si la formation initiale au sujet de l'orthophonie est insuffisante, elle peut être complétée par les échanges autour des suivis de patients.

2.3 L'UTILITE DE LA REEDUCATION ORTHOPHONIQUE

Les personnes interrogées reconnaissent aux orthophonistes des compétences, des modes de travail qui permettent des soins et des évaluations adaptées... Mais comme nous l'avions évoqué dans nos hypothèses, la question demeure de savoir si la rééducation est perçue comme réellement utile ? Dans les réponses que nous avons obtenues, nous constatons une hétérogénéité de point de vue selon les indications.

« L'échange (avec les orthophonistes) est intéressant parce que forcément, comme ils étaient dans un espace privilégié, un bureau, et pas dans une chambre avec un voisin, elles ont des informations plus précises et plus pertinentes. » (Mme C.)

Dans ce témoignage, nous soulignons comment les « informations plus précises et plus pertinentes » sont vues comme le résultat d'un espace « privilégié ». Le savoir-faire n'est pas explicite. Or, de notre point de vue, l'espace n'est pas seulement ce qui permet d'obtenir une telle qualité de renseignement, c'est aussi la compétence de l'orthophoniste, les évaluations qu'il met en œuvre qui permettent des résultats d'évaluation et de rééducation pertinents.

Pour les patients cérébrolésés, une interne s'exclame *« on pourrait pas s'en passer ! Il y a beaucoup de demandes, et il y a très peu de patients en fait qui n'ont pas d'orthophonie dans ce service »*

2.3.1 DEGLUTITION, LANGAGE, DES DOMAINES INCONTESTES

Pour le **travail sur la déglutition**, la notion de risque vital est mise en avant, et le travail des orthophonistes est tout fait incontesté dans ce domaine.

« Pour moi par exemple, sur tout ce qui est déglutition, c'est une sécurité d'avoir l'avis de l'ortho »

Dans le même sens, le Dr C : *« Là où le travail est excellent, c'est les dysarthries, particulièrement les dysarthries associées à des troubles de la déglutition dans la sclérose latérale amyotrophique (...) y a un risque vital qui est différé, les gens protègent leur filière, donc ça c'est vraiment important »*

La rééducation des aphasies est une indication qui n'est pas non plus remise en cause dans ces entretiens : *« Dans les troubles du langage, qu'ils soient vasculaires ou dégénératifs, il y a une vraie indication, parce qu'on voit bien, **les gens ça leur permet de consolider les choses, de stabiliser le déficit** »*

2.3.2 POUR CERTAINES INDICATIONS, UN ARBITRAGE PLUS DISCUTE

D'autres indications suscitent plus de perplexité quant à leur efficacité. Dans les entretiens, quand est posée la question de l'utilité de l'orthophonie, la dimension d'arbitrage des dépenses est rapidement associée à la réponse proposée.

Pour les patients avec des **troubles de la communication en MPR**, l'orthophonie ne sera pas la priorité, en effet les moyens sont répartis avec un certain ordre de priorité *« chez nous c'est les aphasies en premier, après on prescrit sur les dysarthries, les états d'éveil, les essais de réalimentation, des démutisations, des stimulations globales, et ça va jusqu'à l'héminégligence » (...) Jusqu'à présent on avait pas beaucoup de temps d'orthophonie, (...) et tout ce qui va concerner le langage un peu plus subjectif, on n'a pas trop travaillé le sujet, en tous cas pas de façon visible »*

Les indications dans **les cas de pathologies dégénératives** ne font pas l'unanimité, et la question de leur utilité est renvoyée à une préoccupation de répartir les dépenses de santé. *« Pour la stimulation cognitive des maladies d'Alzheimer typiques du sujet âgé, je pense que c'est peut-être pas là qu'il faut mettre les sous de la société » (...) « Les situations où j'en propose pas, (de l'orthophonie) c'est les gens qui ont une pathologie cognitive qui*

est déjà un brin évoluée, et qui ont pas envie (...)pour les gens d'une certaine génération, y a un côté infantilisant d'aller voir une orthophoniste et de faire des petits exercices»

Ici, nous voyons que la représentation de l'orthophonie par les patients n'est pas positive, et le médecin ne dément pas cet a priori, privilégiant la décision du patient.

Face à une injonction de maîtrise des dépenses, il pourrait être intéressant, suggère un médecin, d'avoir des arguments scientifiques « *l'idéal, ce serait d'avoir des études bien conduites pour montrer les indications dans lesquelles vraiment, c'est net et précis, on obtient des résultats, et celles où boire un café avec la personne ça coûterait moins cher à la sécu et le résultat serait le même. »*

Ces remarques montrent que **les médecins ont besoin d'arguments quantitatifs et prouvés pour justifier leurs prescriptions**. Ils en réfèrent à des notions de santé publique et de responsabilité vis-à-vis des dépenses. Ceci souligne aussi que l'orthophonie demeure un champ paramédical tributaire de la prescription des médecins. Pour se définir, la profession doit s'appuyer sur la recherche afin de prouver les bénéfices et résultats de sa pratique

2.4 LA CONNAISSANCE DES TROUBLES DE LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE

Notre interrogation principale portait sur la connaissance des troubles de la pragmatique du langage. Les médecins ont-ils des notions sur ces atteintes ? Si oui, lesquelles ? Envisagent-ils de prescrire leur évaluation et leur prise en charge ?

A propos de la connaissance des termes « pragmatique du langage », les résultats montrent qu'un seul un médecin semble connaître la pragmatique. Seule le Dr B. est sensibilisée et informée, du fait d'études complémentaires en neuropsychologie, et par le biais d'un travail mené par son équipe sur ce domaine. Les connaissances qu'elle a ne sont pas issues de son cursus en neurologie. L'autre médecin nous dit ne pas pouvoir définir très précisément ce dont il s'agit, tout en ayant en tête que des recherches ont été menées sur le sujet. Enfin, aucune des trois internes n'a entendu parler de la pragmatique du langage. Aucune des cinq personnes interrogées ne peut citer spontanément une épreuve d'évaluation des troubles de la pragmatique. Il apparaît donc

que, d'une manière générale, **la pragmatique du langage n'est pas un domaine bien connu des médecins interrogés.**

Pour discuter plus avant des troubles de la pragmatique, nous avons élargi les termes des échanges aux troubles de la communication, afin d'approcher en entretien les notions que nous voulions aborder, c'est-à-dire la prise en charge et le repérage de troubles de la pragmatique du langage.

Nous suggérons par exemple quelques aspects cliniques de ces troubles : « - *Si je vous dis que ce sont des difficultés à utiliser le langage dans le contexte, en conversation, des gênes pour comprendre l'humour, le second degré, une gêne pour faire des inférences.* Alors des représentations émergent : - *Ah mais j'aurais pensé à des troubles cognitifs, dans ce cas-là* »

2.4.1 REPERAGE DE DIFFICULTES DE COMMUNICATION

En laissant l'entretien glisser vers le domaine plus large de la communication, nous allons tenter de comprendre comment peuvent être repérés des troubles de la pragmatique par les médecins. Ainsi, nous posons la question de l'évaluation de la communication, et de la compréhension. A cela, un médecin nous répond que lors d'une hospitalisation en neurologie, l'évaluation du versant réceptif de la communication n'est pas jugée très efficace. « ***On valide jamais, hein, la compréhension du sujet tout venant. Quand vraiment c'est évident, on en tient compte, mais pour les cas où les choses sont beaucoup plus fines, c'est pas du tout évalué*** » Il n'y a pas d'explications plus avancées sur cette absence d'évaluation. Les signes qui pourraient traduire des difficultés de compréhension sont identifiés comme des signes comportementaux. « *S'il y a des troubles du comportement, là si vraiment la personne est distraite, elle ne nous écoute pas, on est alerté. Mais si la personne est un petit peu impressionnée, dit oui, comme ça, on ne creuse pas forcément.* » En effet, la dimension réceptive est plus compliquée à repérer, et globalement les troubles de la pragmatique ne sont pas très bruyants, et ne font pas partie des déficits considérés comme sévères : « *On identifie souvent les troubles sévères, aphasie essentiellement, les troubles attentionnels, de mémoire, nous on prescrit les prises en charge à ce niveau-là. Mais c'est vrai que sur la communication, au-delà... jusqu'à la réinsertion sociale et professionnelle, on va rarement jusque-là... Pour l'instant !...* » Dr A.

Dans un autre entretien à la question : « *Est-ce que vous seriez preneuse d'indices, de points d'alerte par rapport à des troubles de la communication ?* » Mme M répond affirmativement. Elle explique évaluer les troubles de la communication de la manière suivante « *au bout de quelques jours, j'évalue avec ce qui se passe dans le service, comment le patient comprend les choses, s'il se rend bien aux séances dites ou s'il y a des problèmes, ça s'évalue aussi comme ça.* » Mme M. La stratégie utilisée pour le repérage est ici tout à fait **écologique**, c'est-à-dire que le médecin se fie à la manière dont les troubles perturbent le patient dans son environnement immédiat. Cette dimension écologique apparaît dans un autre témoignage : « *C'est pas forcément évident de mettre le doigt sur ces aspects-là (les aspects fonctionnels des conversations), à moins de voir dans les salles de repas...où là on voit comment ils sont dans l'interaction* ». Mme S.

Dans un autre service, la question de l'évaluation en mettant l'accent sur l'écologie et sur les liens avec la réinsertion : « *Il y a besoin de mettre les gens en situations les plus proches de la réalité, pour voir comment ils fonctionnent. Ça va donner une idée de comment ils vont s'intégrer dans leur réalité habituelle, et surtout préciser s'ils peuvent ou pas retourner à des tâches professionnelles.* » Mme S.

Au sujet de l'évaluation, une interne commente un protocole de langage élaboré – dont certaines épreuves sont issues du domaine de la pragmatique - mis à la disposition des médecins. « *Il est difficile ce protocole, parce qu'il est examinateur-dépendant, parce qu'il faut juger des métaphores, et il faut coter sur 0, 1 ou 2 points et j'ai bien vu, c'est souvent les externes qui le font... et je dirais évaluer c'est difficile, les résultats sont un peu à prendre avec des pincettes* ». Ce témoignage nous montre que **la frontière entre une évaluation et un repérage de troubles** est peut être marquée par la cotation, et par un certain sens clinique. La quantification des troubles est le fait d'une évaluation, alors qu'un repérage peut se contenter d'exprimer un doute, une impression.

2.4.2 LA PRISE EN CHARGE DE TROUBLES DE LA PRAGMATIQUE EN MPR

L'évaluation des troubles de la pragmatique peut faire l'objet d'une prescription qui vise l'évaluation de la communication du patient. Mais pour que la prescription voie le jour, il faut que le médecin ait la conviction qu'il s'agit d'une indication pertinente, pour laquelle un bénéfice est escompté sur le plan diagnostique et/ou sur le plan du soin.

Pour le Dr A, ces troubles ne sont pas perçus comme étant une priorité au sein d'un service MPR neurologie, où la plupart des patients souffrent d'atteintes graves. *« Comme on est sûr de la pathologie de cérébrolésés très très lourde, avance des traumatisés crâniens très grave, des accidents vasculaires avec des hémipariés de gravité sévère, on est plus à passer la main en libéral dès que c'est possible... je dirais que c'est presque trop léger si la personne elle a que ça, par rapport à notre offre de soin. »*

A notre question sur l'utilité de repérer les troubles de la pragmatique nous est renvoyée une autre : les orthophonistes sont-ils formés pour répondre à ces types de prescription? Effectivement, avant de savoir si les prescripteurs repèrent les troubles, la question est pertinente de s'assurer que les orthophonistes sont formés sur ce domaine récent. Certes les enseignements au sujet de la pragmatique du langage en neurologie adulte ne sont pas encore très denses, mais le champ de la pragmatique fait l'objet d'un tel développement que des compétences vont se développer rapidement. Cette qualification va s'intensifier, a fortiori dans un contexte de refonte du programme des études, et l'obtention du grade master 2.

2.4.3 DE L'UTILITE DE SENSIBILISER LES PRESCRIPTEURS A CES TROUBLES

Les deux médecins interrogés ont une appréciation assez différente de l'utilité de sensibiliser les prescripteurs aux troubles de la pragmatique. D'une part, nous relevons l'expression d'une perplexité *« Après, est-ce qu'il faut que ce soit prescrit ou est-ce qu'il faut que ce soit connu, je sais pas. (...) A mon avis, il faut d'abord développer les effecteurs, ceux qui vont faire, et après sensibiliser peut-être les prescripteurs. D'autre part, un médecin qui s'y intéresse déjà en participant à une recherche « on va s'intéresser, dans le cadre d'un mémoire de neuropsychologie, à la pragmatique dans le cadre des dégénérescence fronto-temporales... »(...*

A la question quelle serait l'information importante à donner, cette personne répond *« Quelque chose de simple, et alerter sur le fait qu'on peut avoir l'impression que quelqu'un comprend complètement ce qu'on dit mais que si on le valide pas un tout petit peu, on peut vraiment se tromper de manière importante. »*

Globalement, en utilisant le champ des troubles de la communication, nous avons pu mettre en lumière que les troubles de la pragmatique ne sont pas repérables en l'état

actuel des choses. *«Est-ce qu'il faut prescrire un travail sur la pragmatique ou autre ? Je pense que les gens n'ont pas les compétences pour les identifier, les troubles.»* Dr A. La difficulté de repérage des troubles semble préoccuper bien davantage sur le versant de la compréhension, avec des incidences sur la relation entre le médecin et son patient, pour l'annonce de diagnostic ou l'observance du traitement.

Or si les médecins n'identifient pas un déficit, ou ne perçoivent pas des signes d'alerte, la prise en charge et le bilan orthophoniques ne seront pas déclenchés. Il paraît plus simple à repérer en situation écologique, en donnant des points de repères, mais sans demander au médecin d'utiliser un matériel orthophonique. Dans certains contextes de soin, les troubles de la communication ne sont pas perçus comme prioritaires.

2.5 QUELS MOYENS LES MEDECINS UTILISENT-ILS POUR S'INFORMER ?

La lenteur de la diffusion de l'information est soulignée entre les acquis de la recherche, les cours de formation initiale, et l'application sur le terrain du soin. *«C'est long à sensibiliser par rapport au nombre d'années d'études et à quel moment en parler.»*

Cette longue progression nous amène à consolider un objectif de sensibilisation et d'information : en effet, si la formation initiale ne suffit pas à informer correctement, une sensibilisation ad hoc est toujours une manière de compléter le cursus théorique.

Les internes n'ont pas encore cette préoccupation de se former, comme le dit Mlle M avec un sourire *«je suis dans une phase de réapprentissage, là déjà !»*

Concernant les médecins, les suivis de travaux sont une manière de maintenir leurs connaissances tout en travaillant à la valorisation de leur service. Leur fonction hospitalière est ici tout à fait particulière. *«Personnellement j'ai plutôt une approche aussi effectrice, c'est-à-dire qu'on me charge d'un travail et c'est grâce à ce travail que je vais pouvoir progresser, me renseigner, et donc m'informer. Comme c'est souvent des gros travaux ça limite le nombre de thématiques.»*

3 QUESTIONNAIRES AUTO-ADMINISTRES

Au départ, nous pensions développer une étude quantitative, avec une qualité statistique permettant de dire que notre échantillon serait représentatif de la population étudiée. Cependant, nous avons voulu avoir une variété de point de vue, en incluant plusieurs types de prescripteurs, ce qui accroît significativement les échantillons à recruter.

Par ailleurs, il nous semble que l'objectif de notre travail est conciliable avec une méthodologie qualitative, qui permet de donner des informations pertinentes pour proposer un support de communication adapté.

Nous avons donc choisi d'interroger plusieurs populations, mais de ne pas entreprendre une étude quantitative, impliquant un recrutement complexe, et dont l'intérêt, pour répondre à notre question, n'est pas tout à fait évident. Population et recrutement

3.1.1 LA POPULATION CIBLEE PAR NOTRE ENQUETE

Selon le Dr A. les prescripteurs sont « *les médecins généralistes, les neurologues, les rééducateurs, les gériatres* » il s'agit en effet des médecins qui ont affaire aux patients avec des atteintes neurologiques. De plus, nous avons aussi choisi d'adresser notre questionnaire aux médecins du travail.

Médecins généralistes

Prescripteurs importants, les médecins généralistes sont ceux qui sont le moins spécifiquement formés aux troubles neurologiques. Pourtant, ils reçoivent des patients susceptibles de présenter des atteintes de la pragmatique du langage.

Nous avons pu utiliser un réseau d'adresses de médecins sensibilisés à la recherche, puisque maîtres de stage, enseignants en médecine générale. Par ailleurs, nous avons sollicité des contacts personnels pour obtenir un taux de réponse satisfaisant.

Nous avons également adressé notre questionnaire au Conseil de l'ordre de Loire Atlantique qui ne les a pas fait suivre.

Médecins du travail

Dans le cadre d'un stage, nous avons rencontré une patiente victime d'un accident de la voie publique, avec un traumatisme crânien léger. Cette patiente a été adressée à l'orthophoniste par un médecin du travail. Réalisé avec la MEC-P (cf infra sur les évaluations) le bilan de cette personne mettait en évidence des atteintes de la pragmatique, et des dimensions lexico-sémantiques élaborées du langage. Les fonctions exécutives ont également été atteintes, et rééduquées. Cet exemple nous a ainsi incités à inclure les médecins du travail dans notre enquête. Nous avons contacté le service de santé au travail de la région nantaise SSTRN.(cf ANNEXE courriers Mme Budand)

Neurologues Les neurologues sont, par définition, ceux qui rencontrent le plus de patients avec des atteintes neurologiques, ils sont donc incontournables dans notre travail.

Médecins de MPR: La prise en compte des troubles pragmatiques en MPR neurologique est évidemment importante.

Gériatres: Les atteintes de la pragmatique du langage concernent certaines pathologies dégénératives, et les gériatres rencontrent ces patients. Comme nous l'avons précisé dans notre partie théorique, **les troubles de la pragmatique sont des éléments qui peuvent indiquer une entrée dans la maladie**, dans les cas de maladies dégénératives. Il semble donc que vis-à-vis de ces prescripteurs, **l'enjeu de prévention est d'autant plus important.**

Au total, nous pouvons considérer que notre population cible est l'ensemble des généralistes, des neurologues, des gériatres et des médecins du travail des Pays de la Loire, soit 5801 personnes.

Tableau 7 Données démographiques sur la population ciblée

	Effectifs en PDLL 2014*	Estimation d'un échantillon, (selon Le Maux)
Médecins généralistes	5226	385
Neurologues	101	80
MPR	86	70
Gériatres	64	54
Médecins du travail	324	176
TOTAL	5801	361

* sources : ARS Pays de la Loire - Source des données : Asip-Santé - traitement Drees au 01/01/2014
Exploitation Département Observation et Analyses

Nous cherchons à savoir quelle serait la taille d'échantillon qui pourrait permettre de prétendre à une représentativité. Pour simplifier, un échantillon de 200 à 300 personne peut permettre une réflexion quantitative, quelle que soit la taille de la population mère. En supposant une marge d'erreur inférieure à 5% et un seuil de confiance de 95%, la formule de calcul de l'échantillon est $n' = 385 / 1 + 385/N$

N : population mère ; n' : échantillon

La représentativité de l'échantillon est aussi dépendante du recrutement et de ses modalités. Pour qu'il soit représentatif, l'échantillon doit être randomisé. Ces contraintes n'étaient pas à la mesure de notre travail, ni de notre objectif.

3.1.2 RECRUTEMENT POPULATION : UNE ETUDE QUALITATIVE

Le recrutement de la population nous oriente donc vers une étude qualitative. D'une manière générale, les médecins sont une population extrêmement sollicitée par les instituts de sondages, pour des enquêtes variées, avec des rétributions importantes pour leur participation à une enquête.

Par ailleurs, notre étude ne prétend pas établir un résultat généralisable, mais elle doit nous permettre de guider sur des aspects qualitatifs afin de proposer un support d'information adapté.

3.1.3 DIFFUSION DU QUESTIONNAIRE SEMI DIRIGE

3.1.3.1 CONTRAINTES DE DIFFUSION

Les connaissances que nous avons sur notre population imposent que notre enquête soit rapide et simple.

Nous voulions un outil de diffusion du questionnaire **gratuit, simple et rapide** à mettre en œuvre et accessible à toutes les personnes interrogées, ce que propose google drive. Nous avons ainsi exclu toute démarche par papier, que ce soit un envoi ou un questionnaire remis en main propre.

Par ailleurs, le logiciel proposé par Google traite les données directement en fonction de la formulation des questions.

Pour recruter des médecins, nous avons fait appel à des organisations professionnelles (Conseil de l'ordre des médecins des pays de la Loire et Société Nantaise de santé au travail)

Nous avons aussi choisi d'utiliser des réseaux personnels, plus à même de répondre s'ils ont été au préalable sensibilisés à notre démarche. Nous avons ainsi rencontré des groupes de médecins en DPC (développement professionnel continu), à qui nous avons pu présenter notre démarche. Pour ne pas biaiser nos résultats, nous avons surtout expliqué qu'il s'agit d'un travail sur la prise en charge des patients adultes avec des pathologies neurologiques. Nous n'avons pas précisé davantage l'objectif de notre travail.

Certains médecins pouvaient être issus d'autres régions que des Pays de la Loire, nous spécifions donc cette variable lors de la collecte de données.

3.1.3.2 RELANCES

Comme notre échantillon est restreint, nous avons en revanche misé sur la proximité pour obtenir un taux de réponse le plus élevé possible. Nous avons donc repris les listes de destinataires une semaine, et nous avons adressé le questionnaire à celles et ceux qui n'avait pas répondu.

Ayant proposé aux différentes personnes de transférer par elles-mêmes le questionnaire si elles le souhaitent, nous n'avons pas pu connaître le nombre d'envois exact, par conséquent, nous ne pouvons pas établir de taux de réponse.

4 ÉLABORATION DU QUESTIONNAIRE

4.1 QUESTIONNEMENTS DE BASE DE NOTRE QUESTIONNAIRE

Les résultats des entretiens abondent dans le sens de notre hypothèse principale : les troubles de la pragmatique ne sont pas identifiables par les médecins, faute de connaissance. Pourtant, nous pensons que ces médecins reçoivent des patients avec des atteintes neurologiques susceptibles d'entraîner des troubles de la pragmatique du langage. Pour vérifier cette hypothèse et la compléter par des informations utiles à la mise en place d'une démarche d'information, nous élaborons un questionnaire en ligne autour des points suivants :

1/ Les médecins en position de prescripteurs pour des pathologies neurologiques jugent-ils la rééducation orthophonique utile?

Les médecins ont des avis qui diffèrent sur l'utilité de l'orthophonie.

2 /Quelle est la connaissance théorique des médecins au sujet des troubles de la pragmatique du langage ?

Les médecins ne connaissent pas théoriquement les troubles pragmatiques, bien qu'ils aient déjà rencontré des patients susceptibles de présenter ces troubles.

3/ Quelle est la connaissance clinique des médecins prescripteurs interrogés au sujet des troubles de la pragmatique du langage ?

Parfois les médecins reconnaissent des troubles de la pragmatique mais ne les nomment pas de cette manière. Ils les identifient comme des troubles de la communication.

4/ Les médecins souhaitent-ils être informés sur ces troubles ?

Nous n'avons pas d'hypothèse préétablie sur ce point qui mérite donc une exploration.

4.2 QUESTIONNAIRE

Voici le questionnaire tel qu'il a été présenté en ligne aux médecins.

4.2.1 INFORMATIONS SUR VOUS ET VOTRE CURSUS

*En quelle année avez-vous soutenu votre doctorat ?*Obligatoire*

- ☐ Avant 1989
- ☐ Entre 1990 et 2000
- ☐ Après 2000
- ☐ C'est à venir, vous êtes interne

Dans quelle région exercez-vous ?

- ☐ Pays de la Loire
- ☐ Ile de France
- ☐ Bretagne
- ☐ Autre :

Quelle est votre spécialité et votre type d'exercice principal ?

- ☐ Médecine Générale, exercice en cabinet libéral
- ☐ Médecine du travail
- ☐ Gériatre
- ☐ Neurologie, exercice en cabinet libéral
- ☐ Neurologie, exercice en milieu hospitalier
- ☐ Médecine physique et de réadaptation
- ☐ Interne - merci de préciser votre spécialité dans la rubrique "Autre"
- ☐ Autre :

4.2.2 LES PATIENTS AVEC DES PATHOLOGIES NEUROLOGIQUES

La section qui suit n'était pas destinée aux neurologues, aux gériatres et aux médecins de MPR, en effet elle visait les médecins qui n'ont pas majoritairement des patients avec des atteintes neurologiques.

Suivez-vous ou avez-vous suivi des patients adultes avec des atteintes neurologiques ? (traumatisme crânien, AVC, maladies dégénératives, atteintes virales...)*

- ☐ pas du tout
- ☐ très peu (moins de 5 personnes sur l'année dernière)

- ☐ *oui, régulièrement*
- ☐ *très souvent*

*Quelles sont les pathologies des patients concernés ?**

- ☐ *Traumatisme crânien*
- ☐ *Accident vasculaire cérébral*
- ☐ *Démences de type Alzheimer*
- ☐ *Maladies dégénératives type Parkinson ou apparentées*
- ☐ *Sclérose en plaque*
- ☐ *Tumeurs cérébrales*
- ☐ *Méningites bactériennes, virales*
- ☐ *Sclérose latérale amyotrophique*
- ☐ *Epilepsie*
- ☐ *Autre :*

*Avez-vous adressé ces personnes pour des bilans orthophonique (avec ou sans rééducation) ?*Obligatoire*

- ☐ *Oui souvent*
- ☐ *Oui occasionnellement*
- ☐ *Jamais*

*Quels éléments vous ont amené à proposer une évaluation orthophonique pour les patients avec des atteintes neurologiques ?*Obligatoire*

- ☐ *Troubles de la déglutition*
- ☐ *Difficultés d'articulation*
- ☐ *Difficultés pour trouver les mots*
- ☐ *Des problèmes de compréhension*
- ☐ *Des attitudes inadaptées lors d'une conversation (personne qui parle trop, qui coupe la parole, qui n'emploie pas le vocabulaire ou le registre de langue adapté...)*
- ☐ *Des difficultés cognitives autres que le langage (attention, mémoire, orientation temporo-spatiale, fonctions exécutives, ...)*
- ☐ *Autre :*

4.2.3 PATHOLOGIES NEUROLOGIQUES ET ORTHOPHONIE

A partir de ce point, toutes les personnes avaient à répondre à toutes les questions.

*De manière générale, diriez-vous que l'orthophonie est utile aux patients qui ont des atteintes neurologiques ?*Obligatoire*

1 2 3 4 5 6 7

Pas tellement, c'est parfois de l'occupationnel ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ *Tout à fait utile*

4.2.4 LES DIFFICULTES DE COMMUNICATION

*Si vous avez un doute, comment décelez-vous un problème de compréhension chez un patient ?*Obligatoire*

☐ *Lors de l'entretien :*

- ☐ *En validant la compréhension, en faisant reformuler*
- ☐ *En faisant passer une épreuve spécifique*
- ☐ *En se fiant aux dires de l'entourage du patient (famille, personnel soignant)*
- ☐ *Autre :*

Si vous utilisez des tests pour la compréhension, merci de préciser lesquels :

*Avez-vous déjà entendu parlé des troubles de la pragmatique du langage ?*Obligatoire*

- ☐ *Oui*
- ☐ *Non*

Si oui, quelles notions vous viendraient en tête à ce sujet ?(pathologies concernées, signes cliniques, évaluations...)

Parmi ces échelles ou outils d'évaluation, desquels avez-vous déjà entendu parlé ?Ou lesquels avez- vous vus, cités dans des bilans ou compte-rendus par exemple.

- ☐ *MEC Montréal évaluation de la communication (Joanette, Ska & Coté)*
- ☐ *PFIC Profile of pragmatic impairment in communication (Linscott, Knight et Godfrey)*
- ☐ *GALI Grille d'analyse des interactions libres (Sainson)*
- ☐ *TLC test Lillois de Communication (Rousseaux et al.)*
- ☐ *Aucune*
- ☐ *Autre :*

4.2.5 LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE

Avez-vous déjà rencontré des patients qui ont une communication altérée, alors que le langage formel est en place ?(les sons, la syntaxe et la forme semblent préservés, mais la communication n'est pas optimale)

- ☐ Oui
- ☐ Non

Atteinte de la communication

Quels étaient les signes qui montraient l'altération de la communication ?

Dans quels cas, quelles pathologies ?

4.2.6 FORMATION ET INFORMATION

*Seriez-vous intéressé par une information sur les troubles de la pragmatique du langage*Obligatoire*

- ☐ Oui, tout à fait
- ☐ Oui, mais je n'ai pas le temps
- ☐ Pas tellement, ce n'est pas ma priorité en termes d'information
- ☐ Pas du tout, je ne me sens pas concerné.

Habituellement, quels supports utilisez-vous pour vous informer ?

- ☐ Presse spécialisée
- ☐ Congrès, développement professionnel continu
- ☐ Suivi de travaux de recherche et/ou de stagiaires
- ☐ Internet, sites dédiés lorsque j'ai besoin d'informations précises
- ☐ Autre :

Souhaitez-vous recevoir une brève plaquette papier d'information sur les troubles de la pragmatique

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, merci de rappeler ici votre adresse électronique et votre adresse postale.

Accepteriez-vous de commenter les supports adressés ?

- ☐ Oui ☐ Non

Dernière étape...

Souhaitez-vous ajouter un commentaire ?

4.3 EXPLORATION ET TEST DU QUESTIONNAIRE

Nous avons adressé ce premier questionnaire à quatre médecins généralistes, un neurologue, et un médecin en MPR, afin de repérer d'éventuels problèmes que pouvaient rencontrer les personnes en répondant à notre questionnaire. La réception par les interviewés à ce questionnaire a été très encourageante. Cela nous a également permis d'affiner des hypothèses, qui globalement confirment la formulation de nos questions.

Les médecins interrogés reçoivent des patients avec des atteintes neurologiques. Certaines pathologies sont moins souvent rencontrées.

Alors que les médecins interrogés disent tous ne pas connaître les troubles de la pragmatique, deux d'entre eux ont reçu des patients qui ont une atteinte de la communication en dehors d'une atteinte du langage formel, dans un cas d'AVC et dans l'autre pour un patient schizophrène. Ce constat nous conforte notre hypothèse selon laquelle **des médecins qui rencontrent des patients avec des atteintes pragmatiques du langage ne peuvent pas qualifier ces atteintes, faute de connaissance dans ce domaine.**

5 RESULTATS AU QUESTIONNAIRE SEMI DIRIGE

Après la phase exploratoire, et après avoir vérifié que notre formulaire fonctionnait correctement, nous avons lancé l'enquête à proprement parler, et nous avons collecté des réponses du 07 avril au 27 mai 2014.

5.1 CARACTERISTIQUES DES PERSONNES AYANT REPONDU

Nous avons reçu au total 65 réponses.

Les personnes qui ont répondu sont plutôt jeunes : 38% des médecins ont eu leur diplôme avant 1989 ; 62% ont donc leur diplôme depuis moins de 25 ans.

83% des réponses reçues viennent de médecins exerçant en Pays de la Loire, et sur les 9 personnes qui viennent d'Ile de France, 8 sont des internes.

Près de la moitié des personnes qui ont répondu sont des médecins généralistes.

5.2 LES MEDECINS GENERALISTES ET LES PATIENTS AVEC ATTEINTES NEUROLOGIQUES

Tous les médecins n'avaient pas à répondre à cette série de questions, en effet, nous avons choisi de la destiner aux médecins généralistes, médecin du travail et internes qui ne sont pas aussi concernés par la neurologie que le sont les autres.

Ne sachant pas quelle part de la patientèle des médecins généralistes, médecins du travail, et internes est concernée par les atteintes neurologiques, nous avons voulu vérifier que ces médecins recevaient bien des patients avec de telles pathologies.

5.2.1 FREQUENCE A LAQUELLE LES MEDECINS GENERALISTES REÇOIVENT DES PATIENTS AVEC DES ATTEINTES NEUROLOGIQUES

Nous avons posé cette question en terme de fréquence. Au total, il apparaît que seulement 2 personnes ne reçoivent pas du tout de patients avec des atteintes neurologiques. La moitié des médecins voit régulièrement des personnes avec des maladies neurologiques, et 36 % en ont vu moins de 5 l'année passée.

5.2.2 TYPOLOGIE DES PATHOLOGIES SUIVIES PAR LES MEDECINS INTERROGES

Nous avons voulu qualifier le type de pathologies neurologiques rencontrées

Les AVC sont les pathologies neurologiques de l'adulte les plus fréquemment rencontrées par les médecins ayant répondu – 80% des médecins interrogés ont suivi des patients atteints d'un AVC.

Les maladies dégénératives sont fréquemment rencontrées : 73% pour les maladie de type Alzheimer, et 67% pour les pathologies apparentées à la maladie de Parkinson.

TABLEAU 8 TYPES DE PATHOLOGIES NEUROLOGIQUES RENCONTREES PAR LES MEDECINS

Pathologie	Nombre de médecins ayant suivi des patients avec cette pathologie	Part des médecins qui ont répondu ayant suivi des patients atteints de ces pathologies (n=55)
AVC	44	80%
Démences de type Alzheimer	40	73%
Maladie dégénérative de type Parkinson ou apparentées	37	67%
Epilepsie	32	58%
Sclérose en plaque	27	49%
Traumatisme crânien	24	43%
Tumeurs cérébrales	17	30%
Sclérose en plaque	11	20%
Méningites bactériennes et virales	8	14,5%
Autres	3	5%

5.3 LA PRESCRIPTION D'ORTHOPHONIE DES PATIENTS AVEC UNE ATTEINTE NEUROLOGIQUE

La plupart des médecins adressent les patients avec pathologie neurologiques aux orthophonistes : 53% le font occasionnellement, et 30% souvent.

Seulement neuf médecins disent ne jamais adresser les patients à des orthophonistes, dont 5 sont des médecins du travail, pour lesquels il faudrait savoir si la prescription d'orthophonie serait le fait du médecin traitant, ou d'un autre médecin ayant suivi le patient sur le parcours de soin.

Les indications qui conduisent les médecins interrogés à prescrire de l'orthophonie sont , par ordre décroissant de fréquence :

- Des troubles du langage, pour lesquels les médecins sont interpellés par le manque du mot « difficultés pour trouver les mots »
- Des troubles de la parole, avec une dysarthrie
- Des difficultés cognitives autres que le langage (attention, mémoire, orientation temporo-spatiale
- Des troubles de la déglutition

5.4 L'ORTHOPHONIE ET LES PATHOLOGIES NEUROLOGIQUES

Nous avons cherché comment les médecins apprécient l'utilité de l'orthophonie, en leur proposant de noter sur une échelle de 1 à 7, en précisant que 1 correspond à « inutile, c'est de l'occupationnel », et 7 est « tout à fait utile ».

De manière générale, les avis sont positifs sur l'utilité de l'orthophonie puisque 72% des personnes interrogées ont attribué les deux meilleures notes sur 7.

Ceci répond à l'une de notre première question: les médecins en position de prescrire de l'orthophonie à des patients atteints de pathologies neurologiques jugent-ils utile le travail de l'orthophoniste ? Dans leur majorité, les médecins interrogés jugent l'orthophonie utile dans les cas d'atteintes neurologiques.

5.4.1 L'EVALUATION DES DIFFICULTES DE COMMUNICATION

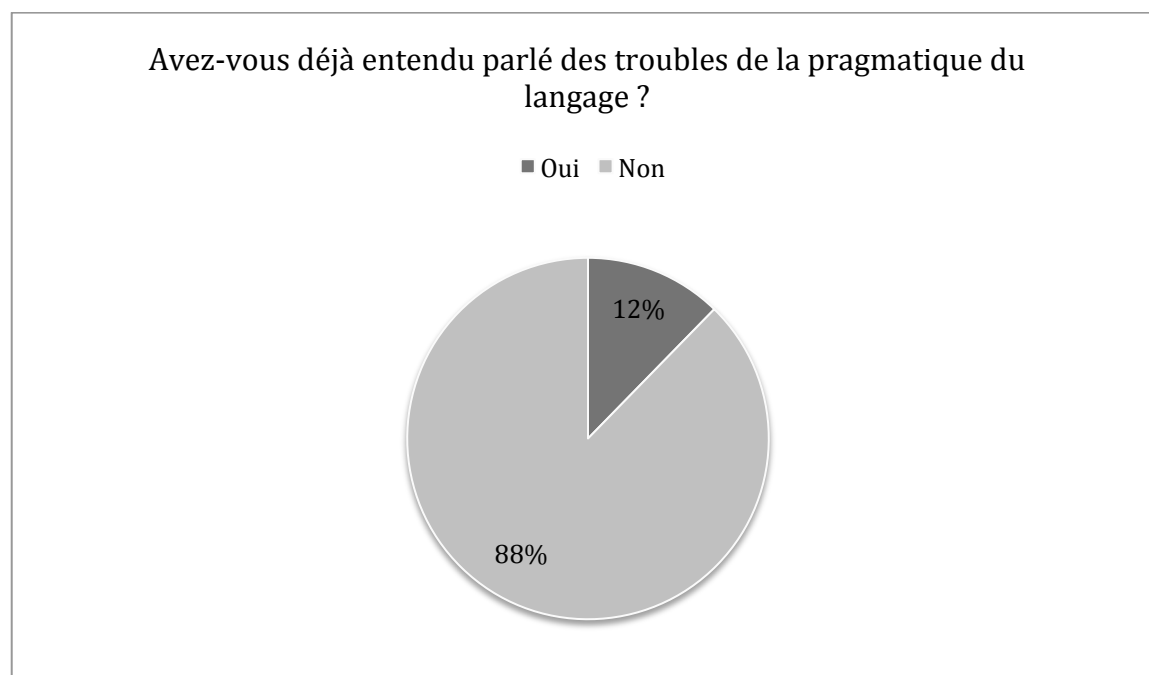
Nous avons questionné les médecins sur les difficultés de communication. Ce terme est volontairement générique et n'implique pas seulement les troubles de la pragmatique. Mais il nous permet de recueillir des informations sur la manière dont les médecins repèrent des troubles du langage. Nous pensons que le défaut de connaissances théoriques spécifiques n'est pas le reflet de la connaissance clinique des troubles rencontrés par les patients. C'est cette connaissance qui nous semble intéressante à prendre en compte, pour savoir si les médecins rencontrent des patients avec des troubles de la pragmatique du langage.

Les moyens utilisés par les médecins sont les entretiens, en faisant reformuler et la discussion avec l'entourage.

Peu de médecins utilisent des épreuves spécifiques pour vérifier la compréhension (9%) D'un point de vue qualitatif, les tests alors utilisés cités sont des tests d'efficience globale (MMS et Moca) ou alors des test de psychologues non spécifiés.

5.5 LA CONNAISSANCE DES TROUBLES DE LA PRAGMATIQUE

5.5.1 CONNAISSANCE DE LA TERMINOLOGIE



Dans leur très grande majorité, les médecins interrogés n'ont pas entendu parler de troubles de la pragmatique du langage. Ils sont 88% à n'avoir aucune connaissance théorique sur le sujet Ceci constitue la réponse à notre question 2 sur la connaissance théorique au sujet des troubles de la pragmatique.

Les médecins qui disent connaître sont neurologues (2), médecins de MPR (2), gériatre (1), généraliste (1) et interne urgentiste (1). Notons toutefois que pour l'une de ces réponses, les notions citées pour évoquer les troubles de la pragmatique du langage font en fait référence à des atteintes du langage formel : « *trouble des praxies : vocabulaire ou même articulation des mots* »

Ces données vont dans le sens de notre hypothèse sur le fait que les médecins les plus concernés par les pathologies neurologiques (neurologues, médecins de MPR et gériatres) sont plus sensibilisés à notre sujet d'étude.

5.5.1.1 NOTIONS CITEES SPONTANEMENT

Les notions citées spontanément sont des **étiologies** possibles :

- Des pathologies neurologiques (AVC, TC, maladies dégénératives, Alzheimer, SP, Parkinson,) une réponse « *toutes les pathologies neuro* »
- L'autisme

Concernant la **description des troubles** en tant que tels, les altérations de la communication sont mises en avant « *difficulté dans la communication complexe avec autrui, pas d'adaptation à l'interlocuteur, et à la situation de langage* ». Certains médecins soulignent les aspects non verbaux du langage. D'autres réponses précisent les conséquences des troubles sur le comportement et l'humeur : « *difficultés de compréhension pouvant entraîner un retentissement sur la thymie (anxiodépression) ou au contraire troubles du comportement du fait incompréhension* »

Ainsi, nous pouvons dire que les personnes qui ont entendu parler des troubles de la pragmatique en ont une idée assez juste dans l'ensemble, mais qui pourrait être précisée.

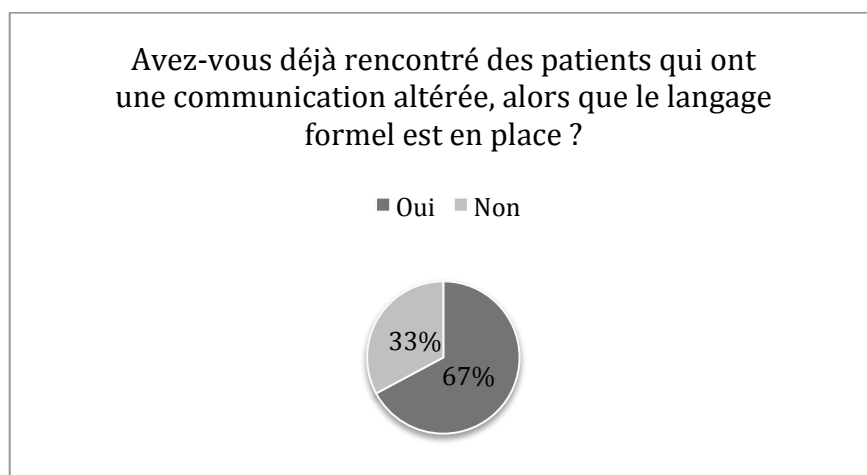
5.5.1.2 ECHELLES D'EVALUATIONS CONNUES

Très peu de personnes disent connaître des échelles, parmi les quatre propositions d'outils d'évaluation, 70% des médecins n'en connaissent aucun. L'outil le mieux connu est le MEC. Cette information nous intéresse pour concevoir une plaquette d'information, afin de faire référence aux échelles les plus connues (même si les scores ne sont pas élevés) nous pensons consolider les connaissances déjà en place.

5.5.2 LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE DANS LEUR PRATIQUE

Dans cette partie du questionnaire, l'objectif est de savoir si les médecins reçoivent des patients avec des troubles de la pragmatique même s'ils ne qualifient pas leurs difficultés en ces termes précis.

La majorité des médecins interrogés – 67% ont déjà rencontré des patients avec une communication altérée alors que le langage formel est en place.



5.5.2.1 UNE SEMIOLOGIE REPEREE PAR LES MEDECINS

Nous avons, dans une question ouverte, cherché à voir quels sont les signes qui permettent aux médecins de penser qu'il y a un problème de communication. Nous proposons une répartition thématique de ces signes.

TYPE DE SIGNES REPÉRÉS	CITATIONS
Attitude dans la conversation, gestion des règles conversationnelles = atteinte au principe de coopération	« retard à la réponse » « qui n'écoutent pas ce qu'on leur raconte » « n'attendent pas qu'on ait répondu pour couper la parole » « logorhée »
Atteintes à la maxime de qualité	« Réponse inadaptée »(5) « caractère très formel du discours, superficiel » « nature peu informative des phrases » « Persévérations » « réponses à côté » « bizarrerie »
Problème de compréhension supposé	« problème de compréhension » « difficile à préciser: impression que le patient acquiesce à tout sans comprendre : besoin de dire oui pour se débarrasser de mes questions (résistance) ou réel défaut de compréhension ? »
Troubles du langage formel	« difficultés à trouver les mots » « manque du mot », « mauvaise construction de phrases » « troubles de la syntaxe » « troubles du langage écrit »
Difficultés cognitives autres que langage	« troubles mnésiques » « difficultés mnésiques » « amnésie antérograde » « difficultés d'élaboration »

Comportement non verbal	<i>« repli sur soi, dépression, irritabilité » « apathie »</i> <i>« Comportement inadapté à la consultation »</i> <i>« Familiarité »</i> <i>« impression générale de ce que les neurologues appellent syndrome frontal »</i> <i>« L'attitude générale : un peu déconnectée ou décalée »</i>
Orientation spatio-temporelle	<i>« Confusion » « trouble de l'orientation temporo spatiale »</i>

Nous faisons ainsi le constat que les médecins décrivent des signes qui peuvent être considérés comme relevant d'une atteinte de la pragmatique du langage. Donc ceci nous amène à considérer que 67% des médecins interrogés ont une représentation clinique des troubles de la communication hors d'une atteinte du langage formel.

5.5.2.2 DES PATHOLOGIES ASSOCIEES AUX TROUBLES DE LA COMMUNICATION : DES REPONSES AU-DELA DES TROUBLES NEUROLOGIQUES

Dans les cas de troubles de la communication, quelles sont les pathologies associées ? Les atteintes neurologiques auxquelles nous avons pensé figurent bien dans les réponses :

- Démences ou états démentiels (8)
- Pathologies dégénératives focales (3)
- AVC : (7)
- Tumeur cérébrale (bénigne et opérée) : (2)
- Traumatisme crânien (3)
- Troubles ioniques (1)

D'autres étiologies ne font pas partie de notre cadre d'études, mais peuvent également entraîner des troubles de la communication, et de la pragmatique, selon les personnes qui ont répondu, :

- *Déficience intellectuelle* (2)
- Pathologies psychiatriques, psychoses (2)

- L'âge (1)

Une réponse évoque le syndrome frontal, sans préciser son étiologie. Des médecins citent des maladies qui relèvent de la psychiatrie : « *Alcool-dépendance, alcoolisme, Korsakoff, sevrage de substances* ». Nous faisons le rapprochement de ces résultats avec un réseau d'étudiants internes qui se forment à l'addictologie, qui ne saurait représenter le point de vue de tous les internes de médecine générale.

Nous pouvons ainsi constater que les pathologies citées correspondent, pour partie aux pathologies neurologiques que nous avons citées dans notre partie théorique. Ce sont des maladies qui peuvent entraîner des troubles de la pragmatique du langage.

Ces questions sur les troubles de la communication sans atteinte du langage formel nous permettent de vérifier la réponse à notre **troisième questionnement** sur la connaissance clinique des médecins. **Nous pouvons affirmer que les médecins interrogés ont bien des connaissances cliniques qui leur permettraient de repérer les troubles de la pragmatique.**

5.6 PROPOSITION D'INFORMATION

Les médecins sont disposés à être informés, mais leur stratégie est de sélectionner les informations, par manque de temps, et selon leurs priorités.

Via ce questionnaire, nous avons pu mettre en lumière que la disponibilité pour recevoir une information ne coïncide pas forcément avec l'intention de s'informer.

Alors que 44% des personnes se disent tout à fait intéressées par une information sur les troubles de la pragmatique du langage, **84% des personnes interrogées souhaitent recevoir une plaquette d'information**. Ceci nous montre que la majorité des médecins interrogés est intéressée pour recevoir un support. C'est la réponse à notre quatrième question. Elle nous permet de considérer qu'**il est opportun de concevoir et de réaliser une plaquette d'information sur les troubles de la pragmatique à destination des médecins**.

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Les médecins ayant répondu à notre enquête ne connaissent pas théoriquement les troubles de la pragmatique du langage, ils sont globalement favorables à l'orthophonie dans le cas de maladies neurologiques. Ils ont des connaissances cliniques sur les troubles de la communication qui leur permettraient d'identifier des troubles de la pragmatique du langage. Ils sont majoritairement ouverts et intéressés par une information spécifique sur la pragmatique du langage.

6 CONCEPTION D'UN SUPPORT D'INFORMATION

6.1 OBJECTIFS : SENSIBILISATION PREVENTION ET INFORMATION

Notre objectif principal est la **sensibilisation** : nous souhaitons que les médecins, à la lecture de notre plaquette, aient une idée, même partielle, de ce que peuvent être des troubles de la pragmatique du langage.

Un deuxième objectif est l'**information** : en donnant des points précis de connaissance sur les troubles décrits, nous pensons que les médecins peuvent ensuite mieux prescrire.

De ces deux objectifs découle le dernier : la **prévention**. En effet, entre dans le champ de la prévention tout ce qui va permettre l'amélioration de l'état de santé des individus. En repérant des troubles de la pragmatique, le médecin peut permettre un **dépistage** dans certains tableaux, et dans d'autres, il favorise l'accès aux soins et permet aux patients de bénéficier d'accompagnements sociaux adaptés aux difficultés rencontrées.

6.2 CIBLES

Les entretiens ont mis à jour que les médecins, quelle que soit leur spécialité, sont très peu à connaître les termes « pragmatique du langage ». Aussi il nous semble donc pertinent de proposer une information destinée à toutes les spécialités, c'est-à-dire aussi bien aux médecins neurologues, aux médecins de médecine physique et de réadaptation, aux médecins du travail, aux gériatres et aux médecins généralistes.

6.3 MOYEN UTILISE : UNE PLAQUETTE PAPIER ET PDF

Au cours de notre travail, nous avons pu mesurer qu'il y a un écart entre la disponibilité réelle et la disponibilité perçue. Cela nous laisse entrevoir un moyen de contacter les médecins. Nous avons suggéré l'envoi d'une plaquette, et 85% des personnes interrogées sont intéressées par ce support.

6.3.1 UN SUPPORT PAPIER DISPONIBLE EN PDF.

Il nous semble qu'un tel support, pour qu'il soit pertinent, doit être particulièrement réussi sur le plan visuel et graphique. Les informations doivent être hiérarchisées, et les points importants doivent être mis en exergue. Nous veillons à ce que ces dimensions

soient prises en compte, en nous appuyant sur les compétences d'une graphiste. Nous avons axé notre réflexion sur la **lisibilité et la rapidité de lecture**.

La **rapidité** de lecture doit être importante : un survol doit permettre d'accéder tout de suite aux informations recherchées. Il ne s'agit pas d'un dossier, d'un livret, mais bien d'une plaquette.

La **lisibilité doit permettre** au lecteur de trouver l'information dont il a besoin sans reprendre le document de façon exhaustive.

6.4 DIFFUSION

La diffusion du support pourrait faire l'objet d'un travail dédié et plus précis. Dans le contexte de ce mémoire, nous exploiterons au mieux les réseaux qui sont les nôtres

6.4.1 ENVOI DIRECT

Via l'enquête, nous avons collecté des adresses mail et postales, et avons évalué si les médecins étaient intéressés par l'envoi d'une plaquette. Leur réaction et leur accueil favorables nous confirment que la plaquette peut les intéresser.

6.4.2 FORMATION CONTINUE

En termes qualitatifs, la formation continue, aujourd'hui appelé le développement professionnel continu, est sans doute un moyen efficace d'informer. Aussi, même s'il concerne un petit nombre de médecins, il s'agit d'un cadre de transmission d'information important. Nous pouvons suggérer la distribution de ces plaquettes lors de rencontre de DPC.

7 CONTENU DE LA PLAQUETTE

7.1 DEFINITION DE LA PRAGMATIQUE

La définition retenue est proposée en deux temps, d'une part une approche la plus synthétique et simplifiée possible, et dans un second temps, nous complétons en évoquant des aspects neuropsychologiques.

7.2 POPULATION A RISQUE

Il nous a semblé important de mettre en avant **la localisation lésionnelle** ainsi que les **pathologies** qui peuvent entraîner des troubles de la pragmatique du langage. Nous avons aussi précisé l'intérêt de la prise en compte des troubles de la pragmatique dans la démarche diagnostique des pathologies dégénératives.

7.3 SIGNES D'ALERTE A PRENDRE EN COMPTE EN SITUATION DE CONVERSATION

Nous avons souhaité qu'une partie de la plaquette puisse être utilisée comme un **outil de repérage des troubles de la pragmatique**. Notre revue de littérature nous a permis de mieux connaître les outils d'évaluation des troubles de la pragmatique, et d'en extraire des éléments pertinents pour guider le repérage par les médecins. Nous nous sommes donc inspirés de la grille d'analyse conversationnelle du MEC de poche (Joanette *et al*, 2011) pour présenter des signes d'alerte à repérer en situation de conversation.

Nous avons ainsi reformulé les grands points de vigilance qui peuvent guider le repérage de difficultés. Nous avons choisi d'adapter au maximum la formulation, afin que les médecins puissent se représenter simplement le type de déficit.

Nous avons ajouté des éléments, notamment **la compréhension de métaphores et de proverbes** qui sont particulièrement sensibles pour les sujets atteints de pathologies dégénératives.

7.4 LE ROLE DE L'ORTHOPHONISTE

Bien que les médecins ayant répondu à notre enquête aient une perception favorable de l'orthophonie en neurologie, il nous semble important de préciser quelques points. En effet, comme l'ont montré de nombreux travaux antérieurs, ainsi que les premiers entretiens, la connaissance des médecins au sujet de notre métier reste assez incomplète. Notons d'ailleurs ce commentaire ajouté en fin de questionnaire : *« grande méconnaissance (et donc vision très étriquée) par les MG de ce que peut apporter l'orthophonie en termes de rééducation neurologique entre autres Il serait intéressant que dès leur cursus de formation, les futurs MG soient mieux informés du champ des possibilités offertes par votre spécialité ... »* Notre propos n'est pas de modifier la formation initiale, évidemment, mais de contribuer à informer sur les points essentiels du métier et de la relation avec les patients.

7.5 CONTACTS ET ASSOCIATIONS

Comme nous l'avons vu, notre travail s'inscrit dans le champ de la prévention. C'est dans ce sens que nous proposons plusieurs types de contacts utiles aux médecins.

7.5.1 LE CENTRE MEMOIRE RECHERCHE ET RESSOURCES

Ce contact nous semble important dans les cas de pathologies neurologiques dégénératives, où une aide au diagnostic peut être utile au médecin

7.5.2 DES RELAIS D'AIDE ET DE SOUTIEN POUR LES FAMILLES DONT UN PROCHE EST VICTIME D'UN ACCIDENT

Pour les patients victimes de lésion avec une survenue brutale, le médecin peut avoir aussi besoin d'accompagner la famille. Nous avons donc rappelé les principales associations de familles de victime dans cette rubrique.

7.5.3 AU SUJET DE L'ORTHOPHONIE

Enfin, comme nous avons pu faire le constat que les médecins ne connaissent pas très bien le métier d'orthophoniste, il nous a paru utile de leur proposer des ressources en ligne supplémentaires, pour qu'ils soient informés de notre manière de travailler.

8 DISCUSSION ET PROLONGEMENTS POSSIBLES

Notre objectif de travail était de permettre un progrès dans le repérage des troubles des habiletés pragmatiques chez les patients adultes atteints d'une pathologie neurologique. Pour cela, nous avons cherché à élaborer un support simple et synthétique à destination des prescripteurs, afin de leur donner les informations nécessaires pour qu'ils puissent identifier les patients avec ces atteintes.

Nous pourrions interroger ce travail sur sa conception, notamment sur la spécificité des troubles décrits. Nous avons choisi d'aborder les troubles de la pragmatique du langage en neurologie adulte. Deux écueils majeurs : d'une part un sujet peut-être trop précis pour être présenté aux médecins généralistes qui ont déjà une perception très partielle de l'orthophonie, et à l'inverse, une approche qui manque de spécificité si elle n'était destinée qu'à des spécialistes (Médecins de MPR neurologie et neurologues) pour lesquelles deux axes seraient à distinguer, en fonction du mode d'apparition des troubles de la pragmatique du langage. Un axe d'amélioration de la prise en charge pour les patients avec des atteintes survenues brusquement, et un axe de contribution au dépistage pour les pathologies évolutives.

D'autre part, sur le plan de la méthode, plusieurs questions sont à soulever :

- Une approche quantitative et représentative aurait-elle été souhaitable ?
- Un travail pluridisciplinaire avec une dimension de santé publique est-il nécessaire ?
- La prise en compte des enjeux de communication nécessite des moyens conséquents : la pragmatique du langage serait-elle un domaine prioritaire ?

8.1 AURAIT-IL ETE PERTINENT DE CIBLER UNE PATHOLOGIE PARTICULIERE ?

Deux populations peuvent être distinguées selon le mode de survenue des troubles. Or il s'avère que pour les modes d'apparition insidieux, et donc dans les cas de maladies dégénératives, les troubles de la pragmatique pourraient intervenir dans le repérage de certaines maladies. Cette voie semble constituer un terrain de recherche important, encouragé par l'APA (American Psychiatric Association) (Kemp et al., 2012)

Les équipes de Poitiers travaillent actuellement sur un matériel de repérage des troubles en direction des pathologies dégénératives, faisant l'hypothèse que ces troubles pourraient constituer des signes d'entrée dans la maladie, et servir de critère de diagnostic différentiel, notamment dans les cas de DFT. (Dardier *et al*, 2012)

8.2 LES LIENS AVEC LES COMPOSANTES NEUROPSYCHOLOGIQUES

Dans une étude sur les troubles de la pragmatique du langage, il serait intéressant de voir les liens entre les déficits évalués en TdE et l'analyse conversationnelle. Peut-on affiner la description de la qualité l'interaction conversationnelle au regard des résultats en TdE ?

8.3 LA METHODE D'ENQUETE

La représentativité de notre échantillon ne permet pas de conclusion généralisable à toute la population cible. Il se peut donc que les médecins soient en fait mieux ou moins bien informés que ce que suggèrent les données de ce travail. Toutefois, nous tenons à souligner que la tendance est très nette puisque 87% des personnes interrogées n'ont jamais entendu parlé des troubles de la pragmatique du langage.

Il apparaît que nous sommes, dans ce travail, à la fois juge et partie. En effet, les médecins, en répondant à notre enquête, savaient qu'ils s'adressaient à une orthophoniste. Ceci peut constituer un biais de désirabilité sociale : le participant de l'enquête ne propose pas une réponse conforme à ce qu'il a pour habitude de faire ou de penser, il privilégie une réponse qui peut plaire à la personne qui réalise l'enquête.

8.4 LA MISE EN ŒUVRE D'UNE STRATEGIE DE DIFFUSION DE L'INFORMATION CROISEE AVEC UNE REFLEXION DE SANTE PUBLIQUE

Pour s'assurer d'une bonne diffusion du support, les problématiques propres à l'information et la communication adressées aux professionnels mériteraient d'être traitées avec des outils dédiés. La modalité de transmission de l'information pourrait ainsi être affinée avec une stratégie de communication spécifique.

8.4.1 UNE DIFFUSION CIBLEE

Il faudrait répondre à des questions comme : qui fait autorité aux yeux des médecins ? Quels sont les leaders d'opinion du monde de l'orthophonie qui peuvent contacter des médecins ? Quelles publications sont lues régulièrement par les médecins ?

8.4.2 DES MOYENS ADAPTES

Nous avons vus des travaux d'autres orthophonistes qui s'appuient sur des organisations professionnelles, des associations pour diffuser des supports d'information. Il semble en effet qu'une entreprise comme la nôtre, pour être menée à un échelon régional, le soutien matériel d'une structure est souhaitable.

Certains travaux s'adossent à des associations de malades, à des organismes d'intérêt public, ce qui leur permet d'avoir des moyens de réalisation et de diffusion de leur travail. Citons par exemple le travail d'Aurore Gélébart, qui, avec l'aide de l'AFTC (association française des traumatisés crâniens) a élaboré un livret sur la communication des sujets TC à l'intention de l'entourage des patients et de leurs familles (Gélébart & Thiery, 2012)

9 CONCLUSION

Dans le parcours de soin, l'initiative de la prescription, donne aux médecins la responsabilité de repérer ce qui requiert des investigations supplémentaires, et des prises en charge en rééducation.

Nous avons pu voir que les médecins ne connaissent pas le champ de la pragmatique du langage en neurologie. Cette méconnaissance entrave la possibilité d'adresser des patients.

Ce travail à l'intérêt de proposer un outil, qui, modestement peut contribuer à améliorer les connaissances sur la pragmatique, et donc, nous l'espérons, de permettre à plus de patients de bénéficier d'une prise en charge orthophonique si besoin.

Ce travail a été l'occasion pour nous de découvrir la question des relations professionnelles, dans leur complexité. Il nous apparaît que, comme toute profession paramédicale, a fortiori jeune, l'orthophonie cherche une reconnaissance et une place dans le parcours de soin.

Les orthophonistes sont en position de vouloir être reconnus institutionnellement, ils viennent d'obtenir un nouveau grade pour leur formation, en cours de refonte. Ce métier évolue rapidement, avec un champ de compétence de plus en plus vaste. La pragmatique du langage a rejoint le champ de compétence des orthophonistes dans les faits, mais pas encore dans la nomenclature. L'élargissement des compétences des orthophonistes n'est pas tellement connu. Les travaux qui se développent et l'accès à la recherche sont des leviers importants pour asseoir la légitimité de la profession.

A l'avenir, il nous semble que ce travail pourrait être approfondi sur les aspects de techniques de communication. Il s'agirait d'évaluer l'impact du support, et de réaliser si besoin des adaptations et modifications. La diffusion pourrait aussi être améliorée. Il pourrait être pertinent également de réaliser un support vidéo, avec des cas cliniques qui clarifient et concrétisent les aspects cliniques des troubles. Un support audiovisuel serait aussi l'occasion de montrer quelle est la manière de travailler sur ces troubles.

BIBLIOGRAPHIE

- Albert, M. L. (1996). *Neuropsychologie clinique et neurologie du comportement*. (M. I. Botez, Éd.). Montréal (Canada), Canada: les Presses de l'Université de Montréal.
- Allain, P., Aubin, G., & Le Gall, D. (Éd.). (2012). *Cognition sociale et neuropsychologie*. Marseille, France: Solal, impr. 2012.
- Azouvi, P. (2009). Les troubles cognitifs des traumatismes crâniens sévères. *La Lettre de médecine physique et de réadaptation*, 25(2), 66-68.
- Azouvi, P., Mazaux, J.-M., Pradat-Diehl, P., & Fondation Garches. Entretiens. (2006). *Comportement et lésions cérébrales: actes des 19e Entretiens de la Fondation Garches*. (Institut fédératif de recherche sur le handicap, Éd.) (Vol. 1-1). Paris, France: Frison-Roche.
- Barbaut-Lapiere, J., Level, L., Dei Cas, P., & Rousseaux, M. (2007). *Évaluation du langage élaboré: création et normalisation d'un outil diagnostique* (Vol. 1-1). Lille, France.
- Baussart, F. (2011). *Elaboration d'un outil d'information sur la prise en charge orthophonique des patients adultes atteints de troubles neurologiques, à destination des médecins généralistes*. France.
- Bernicot, J., Trognon, A., & Guidetti, M. (2002). *Pragmatique et psychologie* (Vol. 1-1). Nancy, France: Presses universitaires de Nancy.
- Bischof, S. (2010). Troubles pragmatiques en situation de conversation chez les sujets traumatisés crâniocérébraux : comparaison de deux outils d'évaluation. *Aphasie und verwandte Gebiete*, (2), 45-58.
- Blot, C., & Cortet-Dauly, L. (2012). *Le médecin généraliste face à la prescription orthophonique: représentation, pouvoir et légitimité*. Lyon, France: Université Claude Bernard Lyon 1.
- Bonjean, A., Scouarnec, A., Tissier, A.-C., & Travers, C. (2013). *Manifestations exécutives et de la théorie de l'esprit dans l'évaluation langagière des cérébrolésés*. Paris, France: Université Pierre et Marie Curie. UFR de médecine Pierre et Marie Curie.
- Bonnin, A., Proffit, S., & Sainson, C. (2009). *Normalisation de la grille d'analyse linguistique d'interactions libres (G.A.L.I.): test d'évaluation de la communication de sujets non aphasiques présentant un dysfonctionnement exécutif post-traumatique* (Vol. 1-1). Lille, France.
- Bonnot, H., Duflos, J., Dei Cas, P., & Rousseaux, M. (2013). *Protocole de rééducation écologique de la communication après lésions cérébrales* (Vol. 1-1). Lille, France.

- Bony, C., Rouyres, S., Dei Cas, P., & Rousseaux, M. (2012). *La communication des traumatisés crâniens: programme d'intervention écologique, d'éducation et de réhabilitation*. Lille, France.
- Bracops, M. (2010). *Introduction à la pragmatique: les théories fondatrices* (Vol. 1-1). Bruxelles, Belgique: De Boeck-Duculot, DL 2010.
- Cambier, J., Masson, M., & Masson, C. (2011). *Neurologie* (Vol. 1-1). Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier-Masson, impr. 2011.
- Carota, A., Annoni, J.-M., Piccardi, L., & Bogousslavsky, J. (2005). Syndromes majeurs de l'hémisphère mineur. *EMC - Neurologie*, 2(4), 1-21. doi:10.1016/S0246-0378(05)40472-8
- Carton, C., Coffinières, J., & Férey, F. (2009). *Communication et sclérose en plaques: évaluation de la compétence pragmatique auprès d'adultes atteints de SEP avec troubles cognitifs* (Vol. 1-1). France.
- Champagne-Lavau, M., & Joannette, Y. (2009). Pragmatics, theory of mind and executive functions after a right-hemisphere lesion: Different patterns of deficits. *Journal of Neurolinguistics*, 22(5), 413-426. doi:10.1016/j.jneuroling.2009.02.002
- Chappé, S. (2012). *Amélioration du livret d'information intitulé « La prise en charge orthophonique des troubles neurologiques chez l'adulte » destiné aux médecins généralistes*. Bordeaux, France.
- Comportement et lésions cérébrales actes des 19e Entretiens de la Fondation Garches, [novembre 2006]*. (2006).
- Dardier, V. (2001). *Pragmatique du langage et de la communication chez l'adulte et chez l'enfant: une étude de patients porteurs de lésions frontales* (Thèse de doctorat). Université Paris Descartes, France.
- Dardier, V. (2004). *Pragmatique et pathologies: comment étudier les troubles de l'usage du langage* (Vol. 1-1). Rosny-sous-Bois, France: Bréal éd., 2004.
- Dardier, V., Bernicot, J., Delanoë, A., Vanberten, M., Fayada, C., Chevignard, M., ... Dubois, B. (2011). Severe traumatic brain injury, frontal lesions, and social aspects of language use: A study of French-speaking adults. *Journal of Communication Disorders*, 44(3), 359-378.
- Dardier, V., Bernicot, J., Goumi, A., & Ornon, C. (2012). Evaluation des capacités langagières pragmatiques et vieillissement. In G. Aubin & P. Allain (Éd.), *Cognition sociale et neuropsychologie* (Solal., p. 283-303). Marseille, France.
- Delanoë, A., Dardier, V., Deleau, M., Le Maner-Idrissi, G., Reilly, J., Cattelotte, V., ... Tsimba, V. (2007). L'analyse des émotions et des situations de communication chez des enfants et des adolescents lésés frontaux. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 50(7), 582-589.

- Dressler, W. U., Stark, H. K., Vassilakou, M., Rauchensteiner, D., Tomic, J., Weitzenauer, S. M., ... Brunner, G. (2004). Textpragmatic impairments of figure-ground distinction in right-brain damaged stroke patients compared with aphasics and healthy controls. *Journal of Pragmatics*, 36(2), 207-235.
- Duchêne May-Carle, A. (1997). *La gestion des inférences chez les cérébrolésés droits* (Thèse de doctorat). Université Claude Bernard, Lyon, France.
- Dutang, C. (2012). *Troubles de la communication verbale dans la maladie d'Alzheimer: apport du protocole MEC de Poche*. Lyon, France: Université Claude Bernard Lyon 1.
- Eustache, F., Faure, S., & Desgranges, B. (2013). *Manuel de neuropsychologie* (Vol. 1-1). Paris, France: Dunod, DL 2013.
- Ferré, P., & Lamelin, F. (2006). *Elaboration du protocole MEC de poche*. Lyon, France: Université Claude Bernard Lyon 1.
- Fitzgerald, M. J. T., Folan-Curran, J., Tibbitts, R. M., & Richardson, P. E. (2003). *Neuro-anatomie clinique et neurosciences connexes*. (S. Perelman & R. Perelman, Trad.). Paris, France: Maloine.
- Gelebart, A., & Thiery, S. (2012). *Les troubles de la communication suite à un traumatisme crânien: Elaboration d'un livret d'information à l'usage des familles de patients* (Vol. 1-1). Besançon, France.
- Gil, R. (2010). *Neuropsychologie* (Vol. 1-1). Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier-Masson, impr. 2010.
- Godefroy, O., Azouvi, P., Robert, P., Roussel, M., LeGall, D., Meulemans, T., & Groupe de Réflexion sur l'Evaluation des Fonctions Exécutives Study Group. (2010). Dysexecutive syndrome: diagnostic criteria and validation study. *Annals of Neurology*, 68(6), 855-864.
- Godefroy, O., & Groupe de réflexion pour l'évaluation des fonctions exécutives. (2008). *Fonctions exécutives et pathologies neurologiques et psychiatriques: évaluation en pratique clinique* (Vol. 1-1). Marseille, France: Solal.
- Godefroy, O., Jeannerod, M., Allain, P., & Le Gall, D. (2008). Lobe frontal, fonctions exécutives et contrôle cognitif. *Les trente ans de la Société de Neuropsychologie de Langue Française*, 164, Supplement 3(0),
- Godet, N., & Dutoît, S. (2012). *Les troubles des habiletés pragmatiques du sujet cérébrolésé droit: intérêts d'un groupe de rééducation pluridisciplinaire utilisant les techniques d'art dramatique* (Vol. 1-2). France.
- Happé, F., Brownell, H., & Winner, E. (1999). Acquired 'theory of mind' impairments following stroke. *Cognition*, 70(3), 211-240. doi:10.1016/S0010-0277(99)00005-0

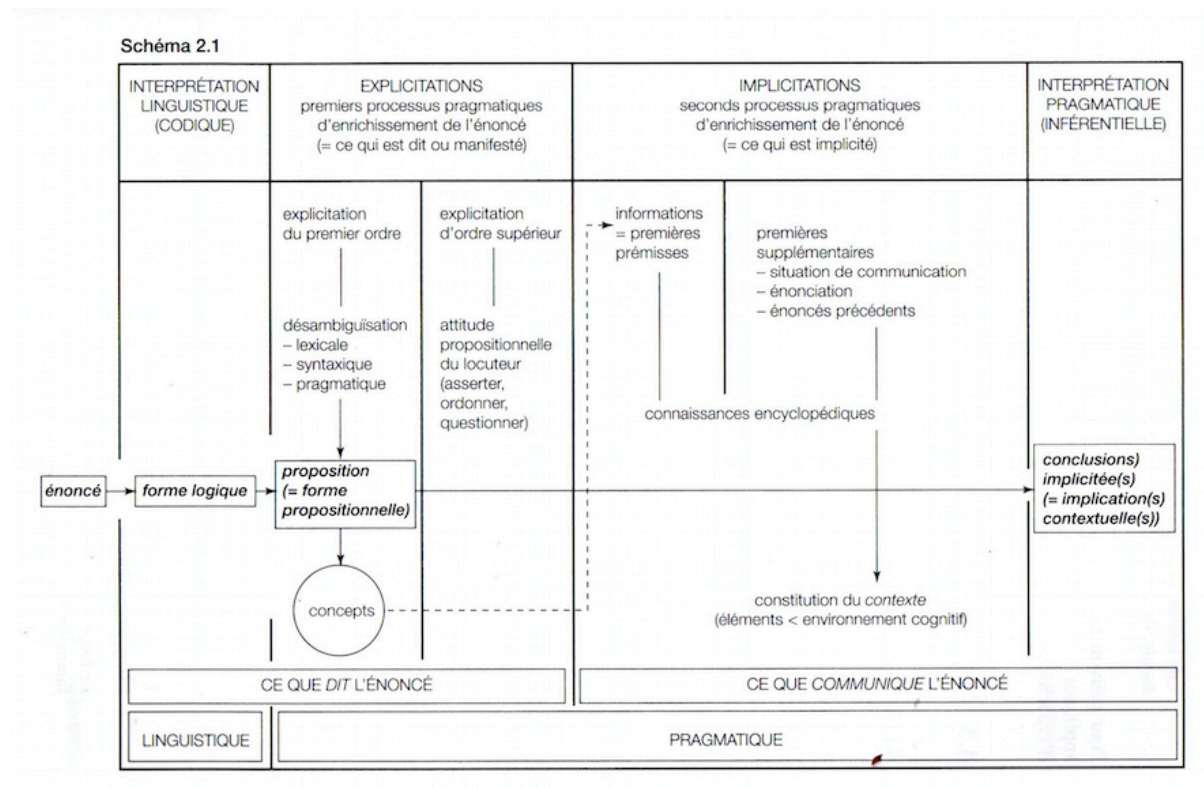
- Imbert, C., & Boutoleau-Bretonnière, C. (2012). *La place de la prise en charge orthophonique dans le cadre de troubles neuro-cognitifs liés au VIH*. France.
- Javeau, C. (1990). *L'enquête par questionnaire: manuel à l'usage du praticien*. Bruxelles, France: Ed. de l'Université de Bruxelles.
- Joanette, Y. (2004). Impacts d'une lésions cérébrale droite sur la communication verbale. *Rééducation orthophonique*, (219), 11-28.
- Joanette, Y., Ska, B., & Côté, H. (2004). *Protocole MEC, Protocole Montréal d'évaluation de la communication*. Isbergues, France: Ortho éd.
- Joanette, Y., Ska, B., Côté, H., Lamelin, F., & Ferré, P. (2011). *Protocole MEC-P, Protocole Montréal d'évaluation de la communication version de poche*. Isbergues, France: Ortho éd.
- Kemp, J., Després, O., Sellal, F., & Dufour, A. (2012). Theory of Mind in normal ageing and neurodegenerative pathologies. *Ageing Research Reviews*, 11(2), 199-219. doi:10.1016/j.arr.2011.12.001
- Kerbrat-Orecchioni, C. (1995). *Les interactions verbales* (Vol. 1-1). Paris, France: A. Colin.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (1996). *La conversation* (Vol. 1-1). Paris, France: Seuil, DL 1996.
- Kerbrat-Orecchioni, C., & Mitterand, H. (2008). *Les actes de langage dans le discours: théories et fonctionnement* (Vol. 1-1). Paris, France: A. Colin.
- Le Gall, M., Wittmann-Stephann, L., Dei Cas, P., & Kozlowski, O. (2013). *L'évaluation des compétences sociales post-traumatisme crânien léger ou modéré: influence des troubles de la communication sur l'adaptation sociale et professionnelle*. Lille, France.
- Le Maux. (s. d.). *Le choix de l'échantillon*. Consulté à l'adresse <http://perso.univ-rennes1.fr/benoit.le-maux/Echantillon.pdf>
- Le Saëc, C., Thoumin, F., & Martin, Y. (2011). *Humour et hémisphère droit: élaboration d'un matériel évaluant la compréhension de l'humour et expérimentation auprès de sujets cérébro-lésés droits*. Lille, France.
- Lechevalier, B., Eustache, F., & Viader, F. (Éd.). (2008). *Traité de neuropsychologie clinique: neurosciences cognitives et cliniques de l'adulte*. Bruxelles, Belgique.
- Lecuir, M.-L., & Sainson, C. (2007). *Communication et dysfonctionnement exécutif du sujet traumatisé crânien* (Vol. 1-1). France.

- Loimède, S., Laval, V., Dardier, V., & Hollingshausen, S. (2011). *Adaptation d'un logiciel d'évaluation du rôle du contexte situationnel et de la prosodie émotionnelle dans la compréhension des énoncés expressifs chez l'adulte: étude de cas clinique chez une patiente cérébralisée droite* (Vol. 1-1). France.
- Longin, D. (2006a). *Psychologie de l'interaction, Langage et cognition* (Vol. 1-1). Paris, pays multiples.
- Manning, L. (2007). *La neuropsychologie clinique: Approche cognitive*. Armand Colin.
- 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(3), 451-466.
- Merceron, K., & Prouteau, A. (2013). Évaluation de la cognition sociale en langue française chez l'adulte : outils disponibles et recommandations de bonne pratique clinique. *L'Évolution Psychiatrique*, 78(1), 53-70.
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D. (2000). The Unity and Diversity of Executive Functions and Their Contributions to Complex « Frontal Lobe » Tasks: A Latent Variable Analysis. *Cognitive Psychology*, 41(1), 49-100.
- Monetta, L., & Champagne, M. (2004). Processus cognitifs sous-jacents déterminant les troubles de la communication verbale chez les cérébralisés droits. *Rééducation orthophonique*, (219), 29-43.
- Monetta, L., Ouellet-Plamondon, C., & Joannette, Y. (2006). Simulating the pattern of right-hemisphere-damaged patients for the processing of the alternative metaphorical meanings of words: Evidence in favor of a cognitive resources hypothesis. *Brain and Language*, 96(2), 171-177.
- Mouranche, A. (2004). *Information des futurs médecins généralistes sur la prescription orthophonique: évaluation des connaissances en orthophonie des étudiants en médecine générale*. S.l, France.
- Ortolan, C., & Colun, H. (2012). *Élaboration d'une grille d'observation clinique des interactions entre une personne cérébro-lésée et son partenaire privilégié*. France.
- Pell, M. D. (2007a). Reduced sensitivity to prosodic attitudes in adults with focal right hemisphere brain damage. *Brain and Language*, 101(1), 64-79.
- Pell, M. D. (2007b). Reduced sensitivity to prosodic attitudes in adults with focal right hemisphere brain damage. *Brain and Language*, 101(1), 64-79.
- Penn, C. (1999). Pragmatic Assessment and Therapy for Persons with Brain Damage: What Have Clinicians Gleaned in Two Decades? *Brain and Language*, 68(3), 535-552.
- Peter-Favre, C. (2002). *Neuropsychologie et pragmatique*. L'Harmattan.

- Plantier, D., Croisile, B., Plantin, C., Eyssette, M., Tupinon, A., Gauffre, B., ... Houzard, C. (1997). Analyse neurolinguistique du discours après traumatisme crânien sévère. Comparaison des discours narratif et descriptif. Incidences en médecine physique et réadaptation. Dix cas de lésions frontales comparés à dix sujets témoins. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 40(6), 348-349. doi:10.1016/S0168-6054(97)85284-1
- Pradat-Diehl, P., & Peskine, A. (2006). *Évaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne*. Springer.
- Protocole MEC Protocole Montréal d'Évaluation de la communication Livret introductif*. (2004).
- Rault, C., Saint-Pé, L., & Gasselin, F. (2013). *Les freins à l'utilisation d'une grille d'évaluation de la pragmatique conversationnelle des patients traumatisés crâniens: le profile of functional impairment in communication (P.F.I.C)*. France.
- Reboul, A., & Moeschler, J. (1998). *La Pragmatique aujourd'hui: une nouvelle science de la communication*. Paris, France: Ed. du Seuil.
- Sainson, C. (2008). *Communication non verbale et dysfonctionnement exécutif post-traumatique: étude multimodale de corpus conversationnels vidéoscopés de 17 patients traumatisés crâniens graves, de 17 interlocuteurs fixes et de 34 témoins* (Thèse de doctorat). Université de Provence, France.
- Saléon-Terras, E. (2008). *Mise à l'épreuve du protocole MEC de poche*. Lyon, France: Université Claude Bernard Lyon 1.
- Sarfati, G. E., & Mitterand, H. (2005). *Précis de pragmatique* (Vol. 1-1). Paris, France: A. Colin.
- Sergent, J. (1996). L'asymétrie fonctionnelle du cerveau. In M. I. Botez (Éd.), *Neuropsychologie clinique et neuropsychologie du comportement*. Montréal (Canada), Canada: les Presses de l'Université de Montréal.
- Traité de neuropsychologie clinique*. (2008). De Boeck Supérieur.
- Van der Linden, M., Seron, X., & Le Gall, D. (Éd.). (1999). *Neuropsychologie des lobes frontaux* (Vol. 1-1). Marseille, France: Solal, DL 1999.
- Wilson Deirdre, Sperber Dan, Foucault Michel., & Kant Emmanuel. (1979). L'interprétation des énoncés. *Communications*, 30, 80-94.

ANNEXES

1. L'INTERPRÉTATION DES ÉNONCÉS SELON SPERBER ET WILSON – SCHEMA PROPOSE PAR BRACOPS (BRACOPS, 2010)



2. GUIDE D'ENTRETIEN QUALITATIF

Texte de présentation :

Bonjour, je suis actuellement étudiante en orthophonie, et dans le cadre de mon mémoire, je cherche à mieux cerner le point de vue des médecins sur les difficultés rencontrées par les patients adultes cérébrolésés, ou les patients avec des atteintes neurologiques. Je vais donc vous poser des questions, auxquelles vous répondez comme vous le souhaitez. Vos réponses sont enregistrées, afin de pouvoir les utiliser dans le cadre de mon mémoire. Je vous garantis par contre de ne pas faire figurer votre nom et votre lieu de travail dans mon travail.

QUESTIONS SUR VOUS

- En préalable, je vais recueillir quelques informations sur vous
- Connaissez-vous personnellement un ou une orthophoniste ?
- Avez-vous connu, pour vous-même ou une personne de votre entourage, une rééducation orthophonique ?
- Pouvez vous me dire en quelle année avez-vous commencé vos études / eu votre diplôme ?
- Actuellement dans quel service / à quel endroit travaillez-vous ?

FORMATION INITIALE & ORTHOPHONIE

- Maintenant, je vais vous poser des questions sur l'orthophonie, de manière générale.
- Lors de votre formation initiale et théorique, avez-vous entendu parlé de l'orthophonie ?
- A quel moment ?
- Qu'avez vous comme souvenir de ce qu'on vous a enseigné sur le travail des orthophonistes ?
- D'autres choses peut-être ?
- Est-ce que cela vous semblait suffisant ?
- Qu'aimeriez-vous connaître en plus ?
- Spontanément, et de manière très large, quelles sont les domaines, les pathologies auxquelles vous associez l'orthophonie ?
- Aujourd'hui, et riche de votre expérience professionnelle, quel est votre regard sur l'orthophonie ?
- Au quotidien, travaillez-vous régulièrement avec eux ?
- De quelle manière ?
- Quels sont les éléments importants des échanges entre vous et les orthophonistes ?
- Pensez-vous que l'orthophonie est une discipline scientifique ? (rigoureuse, qui a fait ses preuves quand à son efficacité et sa légitimité ?)

PATIENTS CÉRÉBROLÉSÉS & ORTHOPHONIE

Je vous pose des questions pour bien comprendre ce que vous utilisez comme connaissances, comme matériel dans votre pratique pour les patients qui ont des pathologies neurologiques avec des troubles de la communication.

- Pour les patients avec des atteintes neurologiques, quelles sont les indications d'orthophonie qui vous viennent en tête ?
- Certaines lésions cérébrales entraînent des difficultés pour communiquer, vous êtes d'accord ?
- Est-ce que vous pourriez m'en dire plus sur ce sujet ?
- Est-ce que vous avez en tête des épreuves pour évaluer les capacités à mener une conversation ?
- Pour des patients adulte cérébrolésés, ou avec des pathologies neurologiques, d'après vous, en quoi l'orthophonie est-elle utile ?
- Au contraire, y a-t-il des situations qui vous inciteraient à ne pas proposer d'orthophonie ?
- Par exemple dans le cadre de lésions d'origine dégénératives, que pensez-vous de l'accompagnement orthophonique ?

TROUBLES DE LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE

- Dans quelles circonstances sont évalués les troubles de la communication ?
- En dehors des troubles aphasiques classiques, avec atteinte de la phonologie, syntaxe, manque du mot) est-ce que d'autres éléments peuvent gêner la communication des patients cérébrolésés ?
- Est-ce que dans le cadre d'une hospitalisation, vous pensez les difficultés de communication consécutives à une lésion cérébrale sont bien évaluées ?
- Qu'est-ce qui peut entraver une bonne évaluation de la communication d'un patient ?
- Selon vous, dans quelle mesure les fonctions cognitives autres que le langage relèvent-elles de l'orthophonie ?
- Est-ce que vous avez déjà entendu parler de troubles de la pragmatique du langage, ou d'atteinte supralinguistique ?

Si la réponse est oui :

- dans quel cas ?
- Est-ce que c'est une dimension qui est souvent prise en compte dans les évaluations classiques des patients adulte en neurologie ?
- Connaissez-vous des évaluations (épreuves ou batterie) dédiées pour l'évaluation de ces troubles ?

Si la réponse est « Non » :

- Si je vous dis que ce sont des difficultés à utiliser le langage dans le contexte, en conversation, une gêne pour comprendre l'humour, le second degré, ou les intonations... est-ce que ça vous éclaire un peu ?
- Si je vous parle d'un syndrome hémisphère droit ?

- Est-ce que la pragmatique du langage est un domaine que vous aimeriez mieux connaître ?
- Qu'aimeriez avoir comme type d'information à ce sujet ?

INFORMATION ET SENSIBILISATION DES MEDECINS

Nous arrivons au terme de cet entretien, et dans cette dernière partie, j'aimerais évoquer avec vous l'information et la formation continue.

- Est-ce que vous arrivez à vous informer autant que vous le souhaitez sur les avancées, et les évolutions apportées par la recherche ?
- Lorsque que vous cherchez à vous former sur un thème particulier, quelles ressources utilisez-vous ?
- Pour vous communiquer une information, quel est d'après vous, le moyen le plus efficace ?
- Est-ce qu'une information sur internet vous semble fiable ?
- Est-ce que vous auriez le temps de lire un support papier ?
- Est-ce que la vidéo vous semble pertinente ?
- Combien de temps pouvez-vous consacrer à votre formation et à l'actualisation de vos connaissances ? (sur un mois, ou une semaine, par exemple.)
- Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose ?

Je vous remercie, vraiment, d'avoir participé à cette enquête.

3. ENTRETIEN AVEC LE DR A.

- Alors en préalable, on va commencer avec quelques informations sur vous. Est-ce que vous connaissez personnellement un ou une orthophoniste ?

- Vous voulez dire dans le monde du travail, ou... ?

- Non, dans les relations personnelles

- Non

- Est ce que vous avez déjà eu pour vous ou pour votre entourage proche une rééducation orthophonique ?

- Non

- Est ce que vous pouvez me dire en quelle année vous avez eu votre diplôme, et à quel endroit ?

- 1998 à Nantes

- Actuellement vous êtes dans quel service ?

MPR neurologique à l'hôpital St Paul

-Bon maintenant je vais vous poser des questions plus sur l'orthophonie de manière générale. Est-ce que lors de votre formation initiale et votre formation théorique, vous avez le souvenir d'avoir entendu parlé d'orthophonie ?

- Euh, en sixième année de médecine on fait le module handicap, donc on a un cours théorique sur les professionnels paramédicaux, pour expliquer leur cursus, leur durée d'études, donc des choses un peu pratiques. Et puis, avant... avant en passant en stage, en fait en rééducation en quatrième année de médecine, j'ai eu un contact avec le service de MPR neurologique, et donc avec les orthophonistes en tant que professionnelles.

- Est ce que à l'issu de cette formation initiale, vous aviez le sentiment d'être « armée » pour prescrire l'orthophonie, en tout cas d'avoir eu la formation nécessaire ?

- Dans la mesure où là on intervient pour faire des cours aux étudiants en médecine pour leur expliquer comment on prescrit l'orthophonie, je dirais oui... Après expliquer quand est-ce que j'ai eu l'autonomie pour la prescription... ça s'apprend quand on est interne, moi je suis partie directement sur un premier stage en rééducation, donc mon premier stage d'interne, donc au bout de six ans et demi je pense avoir été sensibilisée à la prescription oui.

- Est ce que vous avez l'impression qu'aujourd'hui telles que sont les formations, les cours pour les médecins actuellement en formation, ce qu'on leur donne comme base pour prescrire l'orthophonie c'est suffisant ?

- Alors ce qu'on leur explique c'est qu'il faut... les orthophonistes ont une autonomie en ce qui concerne leur organisation de prise en charge du patient, donc on insiste sur ça. - - Et après on leur donne des bases de pathologie donc c'est vu dans tout un tas d'autres chapitres de la médecine. Après on leur explique un peu la nomenclature, on leur explique en quoi consiste le

métier d'orthophoniste, ce qu'ils prennent en charge comme pathologies à notre sens, enfin à notre idée... et ça reste peu précis, c'est -à-dire qu'on va prescrire « bilan et prise en charge rééducative de troubles déglutition, de troubles de la voix, de ... » donc voilà ça reste peu précis

Et notamment par rapport aux outils que nous on utilise pour les bilans, est-ce qu'on donne un peu des informations aux médecins ?

Non , non, non. Après je pense qu'un interne ou un médecin ne sait pas du tout comment l'orthophoniste va approcher un patient, comment la séance pourrait se dérouler, avec quel objectif, sur la réalisation d'un bilan, avec quels outils, non je pense qu'il n'y a pas de connaissance. Après moi je le sais parce que j'ai reçu un certain nombre de bilans en retour de prescriptions. Et je ne sais pas si beaucoup de mes confrères, hors médecins de rééducation, reçoivent des bilans d'orthophonie, ce qu'ils en font et comment est ce que ils les appréhendent. Mais effectivement, c'est là où on voit quels sont les outils utilisés et les objectifs pour les bilans de renouvellement.

- Est-ce que spontanément, de manière très large, et pas seulement par rapport à votre service ici... Quelles sont les indications orthophoniques que vous pourriez citer ?

- Oui bah déjà chez l'enfant, dyslexie, dyspraxie, bégaiement, autre maladie neurologique qui existent chez l'enfant, après chez l'adolescent... la population adulte on est sur l'ORL, euh... Je suis en train de réfléchir par rapport aux CV que j'ai pu voir et aux terrains de stage (rires) donc voilà, les troubles auditifs, les troubles de la voix, jusqu'à la pathologie dégénérative, je pense.

- Vous disiez tout à l'heure, quand vous présentez aux étudiants les domaines, vous avez dit « selon vous », parce que ce serait selon qui d'autre ?

- Par rapport aux cours que j'ai pu animer, on a une base de cours avec diaporama, qui aurait pu être critiquée différemment, par un de mes collègues, par exemple, on n'a pas la même substance de cours avec le même support.

- J'y pense par rapport au dégénératif, où il peut y avoir des discussions sur le fait de savoir si c'est une indication ou pas d'orthophonie ...

- On en prescrit pour maintenir des performances. Si on a un circuit qui dysfonctionne faut voir si il ne peut pas être pris en charge par un autre.

- Par rapport à votre pratique ici, on voyait qu'il y a des choses des connaissances qui ne sont pas toujours partagées... Quels sont les éléments importants d'échange entre vous, médecin, et les orthophonistes ?

- Alors il y a la voie afférente et la voix efférente, c'est-à-dire que nous sur la prescription que l'on délivre c'est vrai que c'est bien si c'est accompagné de renseignements sur la pathologie et l'histoire clinique, l'histoire de la maladie, et les objectifs donc pour qu'assez vite l'orthophoniste puisse appréhender la demande. Et puis après on est sur... Après on est sur des retours de bilans de l'orthophoniste, et des retours d'évolution écrits, moi je pense que sur le plan oral on n'a pas de disponibilité pour répondre à des appels.

J'ai déjà eu des appels auxquels j'ai pas pu répondre sur des questions de déglutition et autres et parce que à l'hôpital on n'a pas de temps dédié, on est toujours en train de faire quelque chose et on n'a pas de temps pour répondre au téléphone.

Après dans un service de MPR on a des temps de synthèse, où là on peut échanger sur la multidisciplinarité et intégrer l'orthophonie au sein des autres cœur de métier pour communiquer, travailler en collaboration. Et y a des temps de synthèse rien qu'avec les orthophonistes et la partie médicale pour travailler plus spécifiquement autour du langage ou de la pathologie prise en charge par l'orthophoniste.

- Et justement quelles sont les indications d'orthophonie les plus fréquentes ?

- Chez nous c'est les aphasies en premier, après on prescrit sur les dysarthries, les troubles de déglutition, les états d'éveil, les essais de réalimentation, des démutisations, des stimulations globales, et puis ça va jusque l'héminégligence... si les personnes ne sont pas orientées, l'héminégligence. Quand les personnes sont orientées et qu'elles peuvent avoir un bilan, il arrive que ce soit les neuropsychologues qui prennent en charge l'héminégligence, mais pour certaines personnes qui ont besoin de choses plus globales on prescrit assez facilement de l'orthophonie.

- Et en dehors des troubles aphasiques classiques, donc avec atteintes phono, syntaxe, ce genre de choses, est-ce que d'autres éléments qui gêneraient la communication peuvent faire l'objet d'une indication ?

- Alors on est sur le rétablissement d'une communication de base, et donc on est resté assez classiques dans nos objectifs. C'est-à-dire que jusqu'à présent on n'avait pas beaucoup de temps d'orthophonie, forcément, par rapport aux demandes vraiment indispensables, donc vraiment établir une communication avec une personne en état d'éveil, qui s'il n'est pas compris va avoir des troubles du comportement ça amène un certain degré d'urgence... les Locked in Syndrom, on n'en a pas eu récemment mais c'est aussi complètement indispensable de se concentrer sur le code de communication au départ... Et tout ce qui va concerner le langage un peu plus subjectif, on n'a pas trop travaillé sur le sujet. En tout cas pas de façon visible.

- Quand vous dites que vous n'avez pas trop travaillé sur le sujet, c'est parce que c'est pas une priorité sur les arbitrages que vous avez à faire... ?

Dans le mot c'est plutôt visible... c'est-à-dire que peut-être qu'il y a eu des prises en charge sur les autres aspects du langage qui ont été travaillés, mais en tous cas, ils n'ont pas été prescrits et en tout cas pas spécifiquement travaillés. Ça a peut-être été pris en compte dans l'approche globale.

- D'accord, c'est pas adressé comme tel, c'est pas forcément mis en avant comme étant au premier plan.

C'est ça.

- Est ce que vous avez en tête des outils qu'on peut utiliser, nous ortho, pour évaluer les capacités à communiquer, notamment les capacités en situation de conversation ?

- Spécifiquement ? euh... j'ai entendu parler d'échelle, trois quatre type d'échelle, sur un précédent travail d'une étudiante en orthophonie... à ma connaissance, nous n'en étions pas équipé. Enfin si on parle de la pragmatique du langage.

Bon après dans les outils, je saurais pas dire quel outil explore quelle dimension du langage. C'est ça. Je ne connais pas exactement la spécificité de l'outil.

- Est ce que vous, un patient qui aurait juste des troubles assez légers, assez fins, vous auriez des signes qui vous alerteraient pour dire « tiens, là, il y aurait des troubles de la pragmatique à explorer »

- Comme on est vraiment sûr de la pathologie de cérébrolésés très très lourde, avec des traumatismes crâniens très graves, des accidents vasculaires avec des hémipariés de gravité sévère, on est plus à passer la main en libéral dès que c'est possible... je dirais que c'est presque trop léger si la personne elle a que ça, par rapport à notre offre de soin.

-D'accord, donc on revient sur cette histoire de mettre des priorités ...

- Oui, par rapport aux besoins, ouais, ouais.

- En revanche du coup est ce que vous avez une idée de l'impact que ça peut avoir et de la façon dont vous pouvez transmettre l'impact que ça a sur la réinsertion. Quand c'est des patients assez jeunes, ces troubles-là ils ont un impact sur la réinsertion sociale, professionnelle... vous pouvez le mentionner quelque part, quand ils sortent ?

- Euh, oui, alors après tous les patients sortant ont un bilan d'orthophonie et j'aurais tendance à dire qu'effectivement c'est peut-être cette voie là qu'il faut favoriser en termes de transmission d'information et de poursuite de prise en charge, dans la logique, en fait, de passation du système hospitalier au système libéral. Après, est-ce qu'il faut le prescrire, ça c'est une question entière, on va dire... est-ce qu'il faut prescrire un travail sur la pragmatique ou autre ?... Je pense que les gens n'ont pas les compétences pour les identifier, les troubles. On identifie souvent les troubles sévères, euh, aphasie essentiellement, les troubles après attentionnels, de mémoire, nous on prescrit les prises en charge à ce niveau là, mais c'est vrai que sur la communication, l'amélioration de la communication, aider à la réinsertion sociale et professionnelle, on va rarement jusque là... Pour l'instant ! Après peut-être que des travaux vont aller jusque là.

- Oui, et puis c'est un domaine qui est récent, de façon globale...

Oui. Après est-ce qu'il faut que ce soit prescrit, ou est-ce qu'il faut que ce soit connu... je sais pas. Il y a une différence.

- Et ce serait quoi les autres questions à décliner ?

Et qui, qui doit être sensibilisé à cela... par exemple je pense à l'UEROS unité de réentraînement et de réorientation socio-professionnelle... j'imagine... donc qui n'est pas une unité de soin, c'est une unité d'évaluation, de réentraînement hors cadre sanitaire, pourrait quand même avoir aussi cette connaissance-là sur la communication pour orienter les gens sur la poursuite de l'orthophonie par exemple.

- Et du coup, quelles questions il faudrait se poser, ou quelles études pourraient donner des éléments pour répondre à cette question, de la prise en compte des troubles de la pragmatique en MPR, est-ce que c'est le bon moment sur la chaîne de soin, quelles connaissances il faut avoir... ça implique quoi comme questionnements, ou comme travaux pour répondre ?
- Euh, je sais pas de quelle façon c'est enseigné en cours d'orthophonie... ?
- C'est peu, ça existe à peine, encore comme domaine
- Donc si on prescrit, on arrive à prescrire quelque chose qui n'est pas tellement connu, on va pas forcément avoir de répondant. Il faut à mon avis d'abord développer les effecteurs, ceux qui vont pouvoir faire, et après sensibiliser peut-être les prescripteurs qui vont mettre un certain temps avant de bouger, parce que c'est long à mobiliser par rapport au nombre d'année d'étude et à quel moment en parler. Les prescripteurs, c'est les médecins généralistes, pas mal, les médecins rééducateurs, les neurologues... donc euh... à mon avis il faut pouvoir toucher les médecins sur des formations continues, DPC, et sur des congrès, par exemple, après.
- Dpc ?
- Oui, développement professionnel continu, c'est ce qui remplace la FMC.
- Merci. Et c'est la dernière partie de mes questions, vous de votre côté, vous arrivez à vous informer autant que vous souhaitez sur les évolutions, de la recherche...
- Pas du tout (rires). Bah non, moi je suis une curieuse, donc il y aurait bien trop de choses qui m'intéresseraient. Personnellement, j'ai plutôt une approche aussi effectrice, c'est-à-dire qu'on me charge d'un travail, et c'est grâce à ce travail que je vais pouvoir euh, progresser, me renseigner, et donc m'informer. Comme c'est souvent des gros travaux, ça limite le nombre de thématiques, donc... voilà. Après, on a des dépêches, assez facilement, et notre moyen de se former c'est les congrès, essentiellement. Les congrès où on va intervenir, et de ce fait on va pouvoir avoir en retour une formation. On est plus à intervenir qu'à être spectateurs... parce qu'on est un certain nombre et on doit partager un peu nos déplacements, donc on essaie de se déplacer quand on amène quelque chose.
- Et je vais revenir un peu en arrière, sur les fonctions cognitives, comment vous faites les arbitrages pour savoir si ça relève de l'orthophonie ou pas... je vous pose la question parce que notamment avec la pragmatique c'est souvent vraiment imbriqué... Par exemple quand on a un tableau avec des fonctions exécutives altérées, ça peut souvent avoisiner la pragmatique.
- Alors on est en milieu hospitalier ou en milieu libéral ?
- En hospitalier, déjà.
- En hospitalier, si la personne n'est pas orientée comme je vous disais tout à l'heure... voilà, la neuropsychologue peut pas faire un bilan complet, et faire une rééducation quand les fonctions ne sont pas bien suffisamment remises. Après quand c'est un trouble du langage, moi j'ai tendance à ne pas mettre au premier plan la neuropsychologue, qui va être gênée parce que souvent, la dynamique c'est le bilan puis la rééducation, donc les troubles du langage s'ils sont importants, vont gêner le bilan... donc je suis plutôt à hésiter entre deux pour autre chose que du

langage. Quand j'entends langage, j'entends l'aphasie. Donc quand c'est un trouble plus discret de communication, et bien ça dépend, si on est sur trouble mnésique, il me semble vraiment important qu'il soit suivi par une neuropsychologue, et avec pour l'instant pas suffisamment de disponibilité des ortho pour qu'on puisse partager... enfin je veux dire prendre le patient à deux.

Et puis quand c'est en externe, c'est-à-dire en libéral, étant donné qu'il n'y a pas de neuropsychologue remboursé, c'est les orthophonistes qui prennent en charge... Nous on est un peu plus riche, on va dire... Pour autant, il faut, je suis plutôt pour des prises en charge simultanées, par un maximum d'intervenants... neuropsych, ortho, ergo...

- Parce que même sur la pragmatique par exemple on pourrait s'interroger sur l'évaluation par les ergo, de ces aspects de la communication...

- Tout à fait. D'ailleurs sur les sorties ville, pour des missions il y a un travail sur les consignes

- Et selon vous, en MPR, vous avez l'impression qu'on a une évaluation complète

Oui mais ce sont des tests papier-crayon, il y a très peu d'évaluation écologique du langage, et on n'est pas sur des tests vidéo, ou des échelles récentes, ou qui soient très préoccupées de la pragmatique.

- Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose ?

- Simplement, est-ce que j'aurais la possibilité de lire le travail qui va découler de l'interview... ? (rires) Non, simplement moi je suis contente quand on a des travaux d'étudiants pour faire avancer ces problématiques-là, et dont on entend beaucoup parler depuis deux, trois ans... pour dire qu'il n'y a pas grand chose, mais on commence à entendre parler.

- Merci à vous de m'avoir répondu.

4. RESULTATS DU QUESTIONNAIRE

En quelle année avez-vous soutenu votre doctorat ?

Avant 1989	25	38%
Entre 1990 et 2000	21	21%
Après 2000	11	11%
C'est à venir vous êtes interne	8	8%

Dans quelle région exercez-vous ?

Pays de la Loire	54	83%
Ile de France	9	14%
Bretagne	1	2%
Autre	1	2%

Quelle est votre spécialité ?

Médecine Générale exercice en cabinet libéral	30	46%
Médecine du travail	8	12%
Gériatre	7	11%
Neurologie, en libéral	3	5%
Neurologie, en hospitalier	4	6%
Médecine physique et de réadaptation	3	5%
Interne	3	5%
Autre	7	11%

LES PATIENTS AVEC DES ATTEINTES NEUROLOGIQUES

Suivez-vous ou avez-vous suivi des patients adultes avec des atteintes neurologiques ?

Pas du tout	2	4%
Très peu (moins de 5 personnes l'année dernière)	20	36%
Oui régulièrement	27	49%
Très souvent	6	11%
Total des réponses	53	100%

Quelles sont les pathologies des patients concernés ?

Pathologie	Nombre de réponse	En fréquence sur le nombre de médecins total ayant répondu
Traumatisme crânien	24	45%
Accident vasculaire cérébral	44	83%
Démence de type Alzheimer	40	74%
Maladies dégénératives de type Parkinson (ou apparentées)	37	65%
Sclérose en plaque	27	50%
Tumeurs cérébrales	17	30%
Méningites bactériennes, virales	8	15%
Sclérose latérale amyotrophique	11	20%
Epilepsie	32	59%
autre	3	5%

Avez-vous adressé ces personnes pour des bilans orthophoniques ?

Oui, souvent	16	30%
Oui, occasionnellement	28	53%
Jamais	9	9%

Quels sont les éléments qui vous amènent à proposer une prise en charge orthophonique pour ces patients ?

Troubles de la déglutition	23	42%
Difficultés d'articulation	35	65%
Difficultés pour trouver les mots	37	68%
Des problèmes de compréhension	21	39%
Des attitudes inadaptées lors d'une conversation (personne qui parle trop, coupe la parole, n'emploie pas un vocabulaire adapté)	12	22%
Des difficultés cognitives autres que le langage (attention mémoire, orientation temporo-spatiale, fonctions exécutives...)	28	52%
Autres	4	7%

PATHOLOGIES NEUROLOGIQUES ET ORTHOPHONIE

D'une manière générale, diriez-vous que l'orthophonie est utile aux patients qui ont des atteintes neurologiques ?

1 Pas du tout, c'est de l'occupationnel	0	0%
2	0	0%
3	2	4%
4	4	7%
5	10	18%
6	20	36%
7 Tout à fait	20	36%

LES DIFFICULTES DE COMMUNICATION

Si vous avez un doute, comment décelez-vous un problème de compréhension chez un patient ?

Lors de l'entretien	45	33%
En validant la compréhension en faisant reformuler	40	30%
En faisant passer une épreuve spécifique	12	12%
En se fiant aux dires de l'entourage (famille, personnel soignant)	35	32%
Autres	3	2%

Parmi ces échelles ou outils d'évaluation, desquels avez-vous déjà entendu parlé ?

MEC Montréal évaluation de la communication (Joanette, Ska & Coté)	11	16%
PFIC Profile of pragmatic impairment in communication (Linscott, Knight et Godfrey)	2	3%
GALI Grille d'analyse des interactions libres (Sainson)	2	3%
TLC test Lillois de Communication (Rousseaux et al.)	3	4%
Aucune	47	70%
Autre	2	3%

Avez-vous déjà entendu parler des troubles de la pragmatique du langage ?

Oui	8	12%
Non	57	88%

FORMATION ET INFORMATION

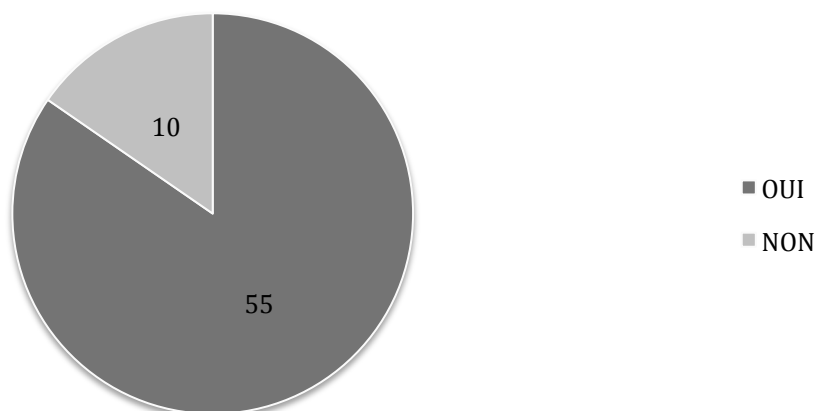
Seriez-vous intéressé par une information sur la pragmatique du langage ?

Oui, tout à fait	30	46%
Oui, mais je n'ai pas le temps	22	34%
Pas tellement, ce n'est pas ma priorité en terme d'informations	12	18%
Pas du tout, je ne me sens pas concerné	1	2%

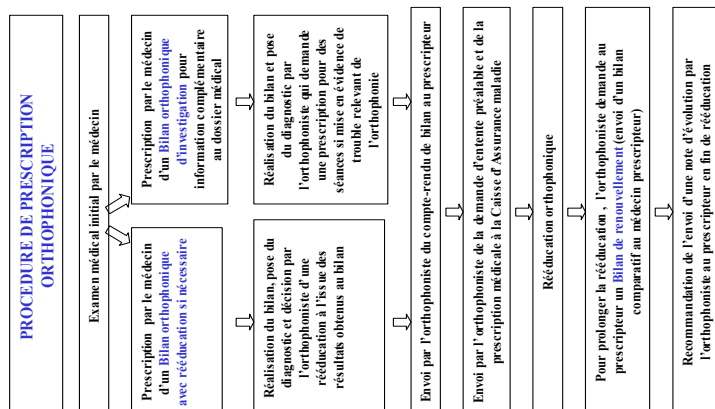
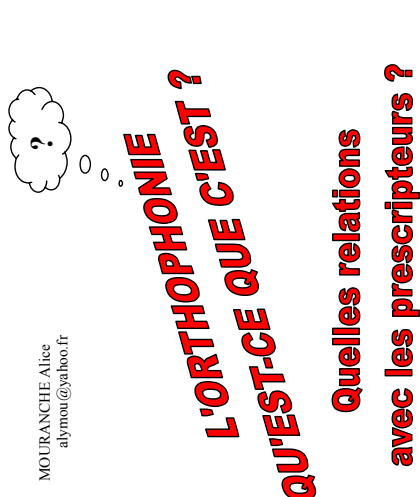
Habituellement quels supports utilisez-vous pour vous informer ?

Presse spécialisée	44	31%
Congrès développement professionnel continu	46	33%
Suivi de travaux de recherche et de stagiaires	11	8%
Internet, site dédiés quand j'ai besoin d'infos précises	39	28%
Autres	1	1%

**Souhaitez-vous recevoir une brève
plaquette d'information sur les troubles
de la pragmatique du langage ?**



5. PLAQUETTE D'INFORMATION A DESTINATION DES MEDECINS SUR L'ORTHOPHONIE – ALICE MOURANCHE (2004)



QUELQUES OUTILS DE DEPISTAGE UTILISABLES PAR LES MEDECINS

- DPL3** (Dépistage et Prévention du Langage à 3 ans) Coquet F., Maetz B. (Ortho-édition, Isbergues, 1996).
- Dialogoris 0-4 ans** : Anthemis P., Ercolani F., Roy S. (Com-Médic, Nancy, 2003).
- ERTL4 version 3** (Epreuve de Repérage des Troubles du Langage à 4 ans) Alla F., Maeder C., Roy B. (Com-Médic, Nancy, 2000).
- ERTL46** (Epreuve de Repérage des Troubles du Langage et des Apprentissages à 6 ans) Alla F., Blanc JP., Kipffer A., Maeder C., Roy B. (Com-Médic, Nancy, 2003).

LES TROIS TYPES DE BILANS ORTHOPHONIQUES :

•Les 2 Bilans initiaux :

-Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire :

Le médecin prescripteur adresse un patient à l'orthophoniste. C'est l'orthophoniste qui décide d'entreprendre ou non une rééducation.

-Bilan d'investigation dans le cadre d'un diagnostic général :

Le médecin prescripteur demande un avis médical à l'orthophoniste. C'est le médecin qui décide de la nécessité de prescrire des séances d'orthophonie d'après les résultats obtenus au bilan.

•Le Bilan de renouvellement :

Ce bilan est prescrit à la demande de l'orthophoniste, en cas de prolongation nécessaire à la rééducation, à l'issue de la série de :

- 50 séances, renouvelables par séries de 20 séances pour les actes cotés de 5 à 12,1.
- 100 séances, renouvelables par séries de 50 séances pour les actes cotés de 13 à 15

Pour une bonne coordination des soins :

- Le médecin prescripteur doit envoyer à l'orthophoniste une présentation du patient qu'il lui adresse.
- L'orthophoniste envoie au prescripteur un compte-rendu de bilan. En fin de rééducation, l'orthophoniste doit envoyer une **note d'évolution**.

ORTHOPHONISTE (Décret de compétences) :
Il dépiste, fait le bilan, pose un diagnostic et prend en charge, aussi précocement que possible, les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression, quel que soit l'âge du patient.

Les Etudes : concours d'entrée (écrit et oral) non national / 13 Ecoles / 4 ans d'études au sein d'une Faculté de Médecine (1640h d'enseignement théorique, 1200h de stages, Mémoire) / Obtention du Certificat de Capacité d'Orthophoniste.
(en 2005, réforme des études : « Licence-Master-Doctorat »).

Démographie : profession jeune, création légale en 1964 (moyenne d'âge : 38 ans) / féminine (95,6%) / env. 11.500 libéraux et 4.000 salariés en 2003.

-FNO (Fédération Nationale des orthophonistes) :
2 rue des deux gares 75010 Paris 01 40 35 63 75

-FOF (Fédération des orthophonistes de France) :
36 rue Pablo Neruda 35700 Rennes 02 23 20 69 43

-Sites Internet : www.orthophonistes.fr
www.orthophonie.fr
www.orthomalin.com

6. PLAQUETTE D'INFORMATION SUR LA PRAGMATIQUE DU LANGAGE

RÔLE DE L'ORTHOPHONISTE

BILAN

L'orthophoniste utilise des échelles nommées pour mesurer les aspects formels du langage et la communication fonctionnelle du patient.

Il/Elle précise les compétences en compréhension, en expression, en communication verbale et non verbale.

Pour certains troubles, il est aussi important d'évaluer l'attitude du **partenaire privilégié** de conversation.

Un compte-rendu est adressé au médecin avec les **conclusions** et le **projet thérapeutique** éventuel.

RÉÉDUCATION & RÉADAPTATION

Si besoin, la rééducation est proposée. Elle est **analytique**, basée sur les déficits et compétences évalués. Elle vise l'adaptation à l'**environnement du patient**.

L'orthophoniste peut proposer un **suivi individuel**, et/ou **en groupe**.

L'entourage proche du patient est pris en compte, il participe parfois aux séances.

ACCOMPAGNEMENT

L'orthophoniste donne des informations et des conseils et peut proposer une **éducation thérapeutique**.

CONTACTS POUR LA REGION NANTAISE

CMRR Centre Mémoire Ressources et Recherche
Hôpital Nord Laennec
Bd Jacques-Monod - ST HERBLAIN
02 40 16 54 22

AIDE ET SOUTIEN AUX FAMILLES

AFTC
Association des Familles des Traumatisés Crâniens
www.traumacraniens.org
AFTC 44, Pdtte Nicole BLANTEL
02 40 80 69 57

Livret sur la communication des victimes de TC,
A. Célébart, avec le soutien de l'AFTC - FC
<http://blog.traumacraniens.org/wp-content/uploads/2012/10/plaquette-corr.pdf>

FRANCE AVC
www.franceavc.com
AVC 44, Pdtte Dominique BENCHOU
02 51 86 45 69

A PROPOS DE L'ORTHOPHONIE

Fédération nationale des orthophonistes
www.fnfo.com
www.orthophonie.fr

Sur le rôle de l'orthophoniste en neurologie,
F. Bausson et S. Choppe
<http://www.usdop.org/wp-content/uploads/2012/07/La-PEC-orthophonique-en-neuro-adulte.pdf>

Cette plaquette a été réalisée dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie dirigé par F. Férey du CHU de Nantes (2014)

marine.cherel@gmail.com - 06 74 67 25 63

PRAGMATIQUE DU LANGAGE EN NEUROLOGIE ADULTE

Information à l'attention des médecins



DÉFINITION

La pragmatique du langage étudie la **communication** et ses acteurs. Elle cherche à comprendre ce qui dépasse le code linguistique.

Il faut plus que les mots pour se comprendre !

Les habiletés pragmatiques permettent de **tenir compte du contexte**. Elles sont particulièrement sollicitées en situation de conversation.

Elles participent au traitement des intentions de communication de l'interlocuteur.

Elles concernent autant les aspects verbaux que les aspects non verbaux du langage.

PRAGMATIQUE DU LANGAGE ... Mais encore ?

- Les **compétences pragmatiques** du langage se développent tout au long de la vie, elles mobilisent surtout les **lobes frontaux** et **l'hémisphère droit**. Elles permettent de traiter les aspects du langage suivants :

Les **émotions**, la **prosodie**
Le second degré, l'**humour**, l'**ironie**
La dimension **implicite**
Les **métaphores**, les **proverbes**
La **cognition sociale**
(compréhension des émotions, savoirs et jugements moraux, l'empathie, représentation des états mentaux de l'autre)
La **gestion des conversations**

- Certaines **fonctions cognitives** sont en interaction étroite avec les compétences en pragmatique du langage :

La mémoire de travail
L'attention
Les fonctions exécutives
Le capacité à percevoir un ensemble

- Populations à risques :**

Traumatismes crâniens
AVC droits

Maladies dégénératives (notamment dégénérescences fronto temporales)

Sclérose en plaque, ...
Pour les pathologies dégénératives, les troubles de la pragmatique peuvent signer l'entrée dans la maladie.

SIGNES D'ALERTE EN CONVERSATION

[d'après Joannette Y, Ska B, Côté H, Ferré P, Lamelin F, 2011]

● PRISE EN COMPTE DU SAVOIR PARTAGE

Nadapte pas le lexique à l'interlocuteur
Utilise des références incompréhensibles

● COMPORTEMENTS NON VERBAUX

Contact visuel inconstant, ou absent
Expression faciale figée
Difficulté d'adaptation au changement de propos

● PROSODIE

Débit ralenti ou trop rapide
Intonation globale monotone
Difficulté pour comprendre et exprimer :
Les intonations linguistiques (question ou ordre)
Les intonations émotionnelles (tristesse, colère, surprise, joie)

● EXPRESSION

Quantité de parole :
Parle trop ou manque d'initiative

Pertinence de l'information

Répétitions
Manque de précision
(utilise des mots comme machin, chose, truc...)
Propos hors sujets

Fait des **commentaires inappropriés** ou inattendus
Ne respecte pas les **règles conversationnelles** :

Coupe la parole
Change de sujet
Monopolise la conversation
Marque des temps de pause trop longs

● COMPRÉHENSION

Comprend mal notre discours
Perd le fil de la conversation
Reste indifférent, ne réagit pas à l'humour
Ne comprend pas le sens de métaphores et de proverbes

SI VOUS REMARQUEZ PLUSIEURS SIGNES,
UN **BILAN** PEUT ÊTRE INDICÉ

Résumé

Ce mémoire a pour objectif d'améliorer le repérage des troubles de la pragmatique du langage en neurologie adulte. En effet, l'évaluation des troubles de la pragmatique est prometteuse : elle donne des éléments diagnostiques importants pour les pathologies dégénératives, et permet une prise en charge et une rééducation adaptées pour les patients victimes de traumatismes crâniens, ou d'AVC. Cognition sociale, fonctions exécutives, et théorie de l'esprit sont liées aux compétences pragmatiques, mais ces processus ne suffisent pas à fonder un repérage sensible. En revanche, des évaluations spécifiques, rapides et sensibles existent. Nous constatons, grâce à l'analyse de notre enquête qualitative, que les médecins connaissent peu ce domaine. Nous proposons donc un support d'information synthétique à destination des médecins prescripteurs.

Summary

This thesis aims at improving the identification of pragmatics language impairment in the field of grown-up neurology. Indeed, the evaluation of pragmatics disorders is promising: it gives important diagnostic elements for the degenerative diseases, and allows adapted care and re-education for patients victim of brain injury or strokes. Social cognition, executive functions, and theory of mind are closely connected to pragmatic skills, but these processes are not sufficient to establish a sensitive assessment. On the other hand, fast and specific evaluations exist. We notice, thanks to the analysis of our qualitative study, that the doctors know little this domain. This is why, we propose a synthetic information medium to doctors.

Mots clés :

- Pragmatique du langage
- Cognition sociale
- Neurologie
- Hémisphère droit
- Traumatisme crânien
- Communication
- DLFT dégénérescence lobaire frontotemporale
- Information médicale
- Pragmatics language
- Social cognition
- Neurology
- Right hemisphere
- Brain injury
- Communication
- DFT
- Medical information