

Université de Nantes

Unité de formation et recherche « Médecine et Techniques médicales »

Année universitaire 2015/2016

Mémoire pour l'obtention du certificat de capacité en orthophonie

Analyse conversationnelle des effets de la maladie de Parkinson sur
la temporalité des interactions entre deux sujets atteints de la
maladie de Parkinson et leur partenaire de conversation privilégié

Présenté par

Constance FREYDIER (née le 22/05/1991)

Président du jury : Aurélien MAZOUÉ, orthophoniste

Directeurs de mémoire : Joan BUSQUETS, linguiste

Hélène COLUN, orthophoniste

Membre du jury : Hélène LAVENANT, 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 Monsieur Joan Busquets pour avoir toujours été impliqué dans mon sujet de mémoire. Je remercie Madame Hélène Colun pour m'avoir confiée ce sujet de mémoire et guidée dans mon travail. Leur implication m'a permis de mener à bien ma démarche.

Je remercie mon membre du jury Madame Hélène Lavenant qui, lors d'un stage, a été la première à m'avoir fait prendre conscience de l'intérêt d'une prise en charge à domicile. Je remercie également Monsieur Aurélien Mazoué, président du jury.

Je remercie les deux couples qui m'ont accueillie chez eux et m'ont permis de réaliser cette étude. Leur confiance, gentillesse et investissement ont été des aides précieuses.

Je remercie toutes les orthophonistes qui, tout au long de l'année m'ont permis de réfléchir sans cesse sur ce sujet de la maladie de Parkinson, mais également de la place des aidants. Je pense tout particulièrement à Justine Nadaud, Catherine Chapon et Isabelle Gonzalez.

Je remercie enfin ma famille et mes proches, pour leur soutien tout au long de l'année.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	3
SOMMAIRE	4
INTRODUCTION	7
PARTIE THEORIQUE	9
CHAPITRE 1. COMMUNICATION : DISCOURS, CONVERSATION ET INTERACTION	10
I. Communication	10
1. Evolution de la définition de la communication	10
1.1. Une vision mécanique de la communication	10
1.2. L'intégration du contexte dans la vision de la communication	11
2. La pragmatique	12
2.1. Définition	12
2.2. Bref historique de la pragmatique	12
2.3. Communication verbale, paraverbale et non verbale	14
2.3.1. La communication verbale	14
2.3.2. La communication paraverbale	14
2.3.3. La communication non verbale	15
II. Conversation et analyse conversationnelle	16
1. Définitions	16
1.1. L'interaction	16
1.2. La conversation	16
1.3. L'analyse conversationnelle	17
2. Les caractéristiques de la temporalité dans une conversation	19
2.1. Tours de parole	19
2.2. Temps de pause	20
2.2.1. Les pauses silencieuses	20
2.2.2. Les pauses remplies	20
2.3. La gestion des thèmes de parole	21
2.4. Incidents et réparations	22
2.4.1. Les incidents	22
2.4.2. Les réparations	22
CHAPITRE 2. LA MALADIE DE PARKINSON	23
I. Définition et épidémiologie	23
1. L'évolution de la définition de la maladie de Parkinson	24
2. L'épidémiologie.....	25
2.1. Prévalence	25
2.2. Incidence	25
2.3. Age de début	25
2.4. Etiologie	25
3. Evolution de la maladie	26
II. Anatomopathologie et physiopathologie	27
1. Anatomopathologie	28
2. physiopathologie	29
III. Tableau clinique de la maladie de Parkinson	30
1. La triade parkinsonienne	30
2. Les troubles associés à la triade parkinsonienne	31
2.1. Les troubles psychiques	31
2.2. Les troubles cognitifs	31
2.2.1. Ralentissement cognitif	32
2.2.2. Le déclin des mémoires et ressources attentionnelles	32
2.2.3. Les troubles visuo-spatiaux	33
2.2.4. Le syndrome dysexécutif	33
2.2.5. Les répercussions sur les compétences pragmatiques	33

2.3. Les troubles dysautonomiques	34
2.4. Les troubles sensitivo-douloureux	34
2.5. Les troubles de la vigilance et du sommeil	35
IV. Les traitements	35
1. Les traitements pharmacologiques.....	35
2. Les traitements chirurgicaux	36
3. Les traitements paramédicaux	36
3.1. Rééducation de la dysarthrie	37
3.2. La prise en charge des troubles cognitifs	38
3.3. L'approche écologie et pragmatique de la communication selon Rousseau.....	38
3.4. L'application de la thérapie écosystémique et l'utilisation de la médiation thérapeutique	39
4. Les groupes de communication et l'entraide	40
CHAPITRE 3. L'IMPACT DE LA MALADIE DE PARKINSON SUR LA COMMUNICATION	40
I. La dysarthrie	41
1. Définitions	41
1.1. Définition générale de la dysarthrie	41
1.2. Définition de la dysarthrie hypokinétique	41
2. Les conséquences de la dysarthrie sur la parole d'un sujet atteint de la maladie de Parkinson	42
2.1. La dysprosodie	42
2.2. La dysphonie parkinsonienne	43
2.3. Les troubles de l'articulation	43
3. Les conséquences en situation d'interaction verbale	43
3.1. L'intelligibilité	43
3.2. La compréhensibilité	44
3.3. L'efficacité	44
II. L'impact des troubles de la communication et de la maladie de Parkinson sur la qualité de vie des patients et de leurs aidants	44
1. Définition des aidants	45
2. Les rôles de l'aidant	45
3. Le <i>fardeau</i>	46
4. Une communication aidant-aidé entravée	47
 PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE ET HYPOTHESE	 49
I. Problématique	49
II. Hypothèse	50
 PARTIE PRATIQUE	 51
CHAPITRE 1. METHODOLOGIE	52
I. Le cadre de l'élaboration	52
1. Choix du lieu d'observation	52
2. Matériel et analyse filmique	53
3. Déroulement de l'enregistrement	53
3.1. Avant la rencontre	53
3.2. Pendant la rencontre	53
4. Réalisation du corpus	54
5. Principe de l'analyse	55
II. Réflexions préalables	55
1. Analyse filmique	55
2. Analyse quantitative ou qualitative	56
2.1. Analyse qualitative d'une conversation.....	57
2.2. Analyse quantitative et choix de l'étude de critères linguistiques	56
III. Choix de la population	58
1. Les critères d'inclusion et d'exclusion	58
1.1. Les critères d'inclusion	58
1.2. Les critères d'exclusion.....	55
2. Présentation des corpus	58
2.1. Corpus 1.....	58
2.2. Corpus 2	59
CHAPITRE 2. ANALYSE CONVERSATIONNELLE	61
I. L'enchaînement de la conversation	61
1. Les tours de parole	61
1.1. Répartition des tours de parole	61

1.2. Partage du temps de conversation	62
1.3. Le rapport entre les temps des tours de parole et les mots produits	64
1.4. Les incidents dans l'enchaînement des tours de parole	67
1.4.1. Parole interrompue	67
1.4.2. Des enchaînements de parole en décalage dans le temps	69
1.4.3. Les chevauchements	70
1.5. Les différentes réparations mises en place par les interactants	73
2. Initiation et clôture des thèmes de conversation	76
2.1. Répartition des initiations et clôtures de thèmes de conversation	76
2.2. L'utilisation des marqueurs discursifs	80
2.2.1. Les marqueurs discursifs en début de tour de parole	80
2.2.2. Les marqueurs discursifs de clôture de tour de parole	81
2.3. L'appui des gestes dans l'évolution de la conversation.....	83
3. Les temps de pause	84
3.1. Les pauses remplies	84
3.2. Les temps de pause silencieux	85
3.2.1. Les temps de pause intratours	85
3.2.2. Les temps de pause inter-tours	86
4. Conclusion	88
II. Discussion sur l'analyse conversationnelle	89
1. Les intérêts	89
2. Les limites	91
3. Perspectives	92
 CONCLUSION	 84
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	98
ANNEXES	99

INTRODUCTION

« Toute personne se mettant en projet d'aider une autre personne doit la rencontrer là où elle se trouve et partir de là où elle est. Il faut d'abord comprendre ce qu'elle comprend. C'est là le secret de l'art d'aider les gens » (Søren Kirkegaard)

La maladie de Parkinson est une maladie neurodégénérative qui touche près d'un million de personnes chaque année dans le monde et a atteint le second rang des maladies neurodégénératives du sujet âgé. Les recherches concernant la maladie ont considérablement avancé ces dernières années. Elles concernent l'étiopathogénie, l'évaluation, la physiopathologie, aussi bien que les thérapies. En effet, devenue enjeu social et économique, la maladie constitue un réel défi pour la médecine qui est dans l'incapacité, actuellement, de la soigner. De nombreux articles se penchent alors sur la symptomatologie motrice de la maladie, très handicapante. Les traitements médicamenteux sont la première réponse pour retrouver une motricité plus harmonieuse.

La maladie requiert également un accompagnement pluridisciplinaire. Ainsi l'orthophonie est désormais reconnue avec intérêt dans le parcours de soin disponible pour une personne atteinte de la maladie de Parkinson. L'atteinte motrice de la maladie c'est aussi l'atteinte de la communication verbale et non verbale. L'orthophoniste s'attache ainsi à la rééducation et à la réadaptation de la parole, des fonctions cognitives et de la micrographie. L'objectif est le maintien de la communication.

Le maintien de la communication est crucial pour maintenir le lien social avec le ou les aidants principaux et pour conserver leur qualité de vie. Or les divers dysfonctionnements musculaires modifient l'aspect naturel de la conversation entre le patient et son partenaire de conversation privilégié. La communication verbale est perturbée par la dysarthrie, la dyspnée et la dysphonie. La communication non verbale, quant à elle, est principalement modifiée par l'akinésie. Si les règles conversationnelles sont préservées, elles sont entravées par l'atteinte motrice dans leur mise en œuvre. L'akinésie, l'hypotonie musculaire, l'insuffisance du débit expiratoire, l'incoordination des groupes musculaires et l'altération des cavités de résonance créent des décalages dans l'écoulement du discours des malades dans le temps.

Dans le contexte de l'analyse de deux conversations entre deux patients et leur partenaire de conversation privilégiée comment la maladie de Parkinson va-t-elle influencer sur la temporalité des interactions et quelles stratégies sont mises en place pour réparer les différents incidents ?

Après un exposé théorique sur la maladie de Parkinson et l'atteinte de la communication, nous ferons l'état des lieux de la linguistique interactionniste et de l'analyse conversationnelle et nous nous attacherons à expliquer la relation entre les patients et les aidants.

La partie pratique consistera en l'analyse conversationnelle de l'écoulement dans le temps de la communication entre deux patients souffrant de la maladie de Parkinson et leur partenaire de communication privilégiée. Nous décrirons et commenterons les résultats obtenus en évoquant les intérêts et les limites de ces derniers. Au terme de cet exposé nous proposerons des pistes de recherche à ces conclusions relatives.

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE 1. COMMUNICATION : DISCOURS, CONVERSATION ET INTERACTION

La communication est « tout moyen verbal ou non verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments avec un autre individu » (Brin, Courrier, Lederle & Masy, 2004). Communiquer c'est donc être suffisamment à l'aise avec le langage pour pouvoir construire du sens lors d'une action conjointe avec un interlocuteur.

I. Communication

1. Evolution de la définition de la communication

1.1. Une vision mécanique de la communication

La communication nécessite un émetteur, un récepteur et un message. Ainsi en 1949, à la suite de la deuxième guerre mondiale, Shannon et Weaver créent le premier modèle de communication, dit « télégraphique ». Respectivement ingénieur et philosophe, ils ont donné une approche physique et matérielle à la communication où la transmission d'informations se fait « d'un individu A à un individu B, sans ambiguïté » (Baggio, 2011). L'émetteur produit un signal émis et le récepteur est celui qui a transformé ce signal émis en signal reçu.

Au même moment Wiener introduit une autre donnée essentielle : le feed-back. Au modèle linéaire proposé par Shannon et Weaver succède un modèle circulaire où le locuteur reçoit de l'information verbale ou non verbale en réponse à son propre message de la part de l'interlocuteur, ce qui donne lieu à la production d'un nouvel énoncé en fonction de ces nouvelles données.

1.2. L'intégration du contexte dans la vision de la communication

Ces modèles techniques vont être enrichis par Roman Jakobson en 1963. Ce dernier introduit la notion de contexte et définit six fonctions pragmatiques de la langue. La fonction référentielle s'intéresse au référent c'est-à-dire au contexte, la fonction expressive au destinataire ou locuteur, la fonction conative au destinataire ou récepteur, la fonction phatique maintient le contact entre destinataire et destinataire, la fonction métalinguistique est relative au code qui est le langage et la fonction poétique est relative au message c'est à dire sa valeur expressive (Brin, Courrier, Lederle & Masy, 2004). Le langage a donc comme objectif de remplir une ou plusieurs de ces fonctions, la communication est alors la finalité du langage.

Par la suite l'école de Palo Alto s'intéresse aux interactions communicationnelles. C'est ainsi que dans les années 1950-1970 ce groupe de psychiatres considère la communication avec un objectif thérapeutique. En effet, les comportements pathologiques sont le résultat d'une communication défailante. Des propositions pour une axiomatique de la communication sont ainsi élaborées (Watzlawick, 1972).

Le premier axiome pointe qu'« on ne peut pas ne pas communiquer ». Les temps de parole comme de silence ont valeur de communication et signifient quelque chose.

Le deuxième axiome est le suivant : « Toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation, tels que le second englobe le premier et par suite, est une métacommunication ». Ainsi le message apporte une double information : le contenu même informatif mais également des informations sur l'émetteur, sa manière de communiquer.

Le troisième axiome témoigne de la nécessaire ponctuation pour structurer et faire durer l'interaction : « la nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires ».

Le quatrième axiome reprend le double aspect de la communication : le contenu et la relation. Le contenu sera transmis sur le mode digital et la relation sera de nature analogique. Le langage digital est celui d'une syntaxe complexe mais il manque de tout l'aspect sémantique donné par le langage analogique. La communication non verbale appartient ainsi à ce langage analogique.

Il est également intéressant de reprendre la distinction faite dans le cinquième axiome entre l'interaction symétrique et l'interaction complémentaire, soit la distinction entre une égalité de statut et une interaction où le statut est différent (thérapeute / patient par exemple).

Les travaux de Palo Alto ont donné naissance à la linguistique interactionniste. Catherine Kerbrat-Orecchioni en donne une définition (1998) : « l'analyse des interactions verbales a pour objectif de décrire le fonctionnement de tous les types d'échanges communicatifs attestés dans nos sociétés. A partir de l'étude de corpus enregistrés (...), il s'agit de dégager les règles et principes en tous genres qui sous-tendent le fonctionnement de ces formes extrêmement diverses d'échanges verbaux ». Les interactants introduisent une dynamique particulière et singulière à partir d'un matériel et des règles préexistants. L'élaboration de cette dynamique va intéresser les linguistes interactionnistes.

La manière de définir la communication a ainsi évolué au fil des ans pour passer d'une vision linéaire et binaire à une vision interactionnelle qui prend en compte le contexte. C'est cette intégration de la pragmatique à la définition de la communication qui va nous intéresser.

2. La pragmatique

2.1. Définition

« La pragmatique s'intéresse à ce qui se passe lorsqu'on emploie le langage pour communiquer, c'est à dire que d'une part elle tente de décrire l'ensemble des paramètres linguistiques et extra-linguistiques qui influent sur le phénomène de l'énonciation, qui modifient la façon dont l'énoncé est transmis, et d'autre part elle étudie dans quelle mesure ces paramètres interviennent. Elle s'attache à percevoir ce que l'énoncé exprime ou évoque, et ce que fait l'auteur en l'énonçant » (Brin, Courier, Lederle & Masy, 2004). Elle est donc « l'étude de l'usage du langage, par opposition à l'étude du système linguistique » (Moeschler & Reboul, 1994). La pragmatique permet également la description de la singularité de la communication dans une pathologie particulière comme la maladie de Parkinson.

2.2. Bref historique de la pragmatique

J.L. Austin est souvent considéré comme le pionnier en ce qui concerne les écrits sur la pragmatique. Il a en effet introduit les actes de langage. Le langage n'a plus uniquement la fonction de décrire le monde mais d'accomplir des actions (Austin, 1970). Les énoncés sont investis d'une fonction pragmatique. L'énonciation est le résultat de trois activités complémentaires selon Austin :

- L'acte locutoire est le fait de dire quelque chose. C'est la production de la parole en utilisant l'articulation et la combinaison de sons selon les règles de la grammaire.

- L'acte illocutoire est ce que l'on accomplit en disant quelque chose. Par exemple, dire « je te promets » a la valeur d'un acte de promesse.
- L'acte perlocutoire est l'effet produit de cet acte illocutoire sur l'interlocuteur. Cet acte sort donc du cadre linguistique et provoque des modifications dans la situation de communication.

Austin insiste alors sur la dimension pragmatique du langage

La théorie des actes de langage donne alors toute son importance à l'intention du locuteur dans le contexte d'énonciation. On distingue alors les actes de langage directs qui peuvent être interprétés au sens premier des termes des actes de langage indirects qui demandent l'interprétation du sens caché. Ces compétences inférentielles sont utilisées pour la compréhension des énoncés humoristiques, ironiques, métaphoriques et implicites.

La théorie de l'esprit ainsi est cette capacité d'attribuer des états mentaux à soi-même et à autrui. Elle permet à l'interlocuteur d'interpréter et de donner du sens aux propos qui lui sont attribués.

Dans cette capacité à utiliser le langage en contexte et en fonction des intentions, Croll (2008) a défini quatre types de compétences qui vont nous intéresser : la compétence conversationnelle, la compétence discursive, intersubjective et socio-culturelle.

- La compétence conversationnelle est la capacité à participer à une conversation et à en maîtriser les règles.
- La compétence discursive est la capacité à produire un ensemble d'énoncés articulés de manière cohérente dans le discours.
- La compétence intersubjective est la capacité à entrer en relation avec l'autre, lui attribuer des intentions.
- La compétence sociale fait référence au comportement adapté c'est-à-dire au comportement qui respecte les règles de l'échange social.

La compétence pragmatique pourrait se définir comme l'ensemble des habiletés communicatives, qui ne s'observent que dans une situation où la personne communique. La pragmatique va donc permettre de voir des choses qui ne s'observent pas forcément par la linguistique ou la syntaxe, c'est-à-dire l'utilisation de la langue en contexte et en fonction des intentions. (Croll, 2008)

La compétence pragmatique est ainsi multi-modale, pluri-sémiotique et prend en compte des données à la fois verbales, non verbales et paraverbales. Si la communication est explicite sous sa forme de langage, elle peut également être implicite, ce qui implique le contexte, les inférences, le code culturel. Toutes ces composantes doivent être prises en compte dans la définition de la

communication. C'est en particuliers l'aspect communicant paraverbal des temps de pause produits par le sujet qui est atteint de la maladie de Parkinson qui va nous intéresser, ainsi que leur interprétation par l'interlocuteur.

2.3. Communication verbale, paraverbale et non verbale

Les interactions sont multicanales (Cosnier & Brossard, 1984). Le fait de parler de multicanalité renvoie à un mélange dans la communication de matériel verbal et non verbal.

2.3.1. La communication verbale

Elle comprend :

- les **faits de parole** avec une valeur significative ou informative
- Les **ponctuants** qui peuvent donner la parole à l'autre, jouer le rôle de régulateur verbal, ou bien de phatique verbal pour maintenir l'attention de l'interlocuteur.
- Les **onomatopées** qui véhiculent une information sans l'utilisation du mot cible.
- Les **marques d'hésitations**

2.3.2. La communication paraverbale

La communication paraverbale accompagne la production verbale en permettant des inflexions qui peuvent venir modifier la signification première du matériel verbal. La communication paraverbale se distingue également du non verbal car elle vient modifier l'aspect verbal de la communication. Elle concerne les caractéristiques de la voix et de la prosodie :

- Les caractéristiques de la voix (timbre, hauteur, intensité, etc.) vont jouer sur l'intelligibilité du locuteur
- Le débit c'est-à-dire la vitesse d'élocution
- Les particularités de la prononciation qui distinguent une voix d'enfant ou de personnes âgées, les accents régionaux, etc.
- Les différentes pauses qui sont des moments d'interruption de l'articulation et peuvent être signifiantes
- La prosodie est « l'ensemble des faits suprasegmentaux (intonation, accentuation, rythme, mélodie, tons) qui accompagnent, structurent la parole et qui se superposent aux phonèmes

(aspect segmental) » (Brun-Henry & al., 2010). Elle a ces fonctions rythmique, syntaxique et sémantico-pragmatique.

Le paraverbal est important dans le processus d'interprétation d'un discours. La variation d'intonation et d'accentuation permet de ponctuer, mettre en relief, donner du sens, structurer et révéler les intentions du locuteur. La variation de l'intensité joue sur la compréhension et la valeur du message transmis.

2.3.3. La communication non verbale

Elle est l'aspect du message qui ne fait pas appel à une production verbale et appartient à la kinésique (gestes, expressions faciales, regard et postures) ou proxémique (distance physique entre les personnes). Ces modalités de communication sont complémentaires dans la conversation et prennent toute leur importance dans l'analyse conversationnelle. Elles requièrent également l'utilisation d'enregistrements vidéo.

Pour reprendre les termes de « contenu » et « relation » utilisés dans la vision de la communication de l'école de Palo Alto, la communication non-verbale est impliquée dans les deux cas. Cosnier (1996) définit alors trois types de communication non-verbale.

En premier lieu, la communication non verbale est discursive. Elle comprend la gestualité déictique ou désignante qui, en contexte, donne sens aux mots comme « celui-ci » avec un geste de pointage. La gestualité illustrative est également concernée par cette fonction. Le mime prend ainsi par exemple toute sa place dans la description d'un lieu. Des gestes enfin ont valeur de mots de nos jours, c'est le cas du geste qui correspond au « raz le bol » français.

Le deuxième type de communication non verbale vient compléter le premier et est la coordination, ou co-pilotage interactionnel. La mimo-gestualité est alors celle des hochements de tête et de la mobilité des regards. Ils interviennent dans l'alternance des tours de parole. Celui qui parle a en effet besoin du regard du destinataire. Il marque également l'engagement ou au contraire le désintérêt du destinataire, ce qui joue alors sur la continuité ou l'interruption de l'interaction.

La communication non verbale est enfin impliquée dans la communication affective. Les manifestations peuvent alors être émotionnelles et donc réactives (tremblements, pâleur, sueurs, etc.) mais également émotives. La communication émotive est alors celle qui exprime des sentiments réels ou simplement affichés comme tel (Arndt & Janney, 1991). Les mimiques faciales ainsi que les indices corporels se font alors révélateurs de diverses émotions. Dans le cadre de maladies ces éléments sont perturbés et il devient intéressant d'en étudier les conséquences.

L'étude en contexte de tous ces éléments permet de révéler des rapports entre les interactants. Un éventuel rapport dominant – dominé peut apparaître en cas d'asymétrie de regards. Le toucher peut également révéler ce rapport ou bien indiquer l'intimité d'une relation. Les changements de posture sont également là pour rétablir un équilibre ou au contraire le rompre si, par exemple, un des interactants s'approche trop de la personne.

Tous ces éléments sont ainsi moteurs dans le maintien de l'équilibre dans la communication, comme le matériel verbal et le matériel paraverbal. Il n'y a pas une seule bonne manière d'user de ces canaux mais leur étude en contexte dans le cadre de l'analyse conversationnelle va permettre de mettre en valeur les moments où leur utilisation fonctionne ou dysfonctionne.

II. CONVERSATION ET ANALYSE CONVERSATIONNELLE

1. Définitions

1.1. L'interaction

Il convient de préciser le lien entre la conversation et l'interaction avant de s'intéresser réellement à la conversation. Le terme d'interaction est le générique qui renvoie à toute « relation mise en place par une intervention verbale et non verbale (action, attitude, geste, mimique, regard...), initiée par l'un des partenaires, qui agit sur le ou les autres partenaires et provoque une action en réponse, verbale ou non verbale » (Brin, Courier, Lederle & Masy, 2004). Vion (2000) souligne alors que « tout comportement humain, quel qu'il soit, procède de l'interaction », en effet la mise en relation de deux ou plusieurs acteurs donne lieu à une action conjointe et ainsi relève de l'interaction.

1.2. La conversation

La conversation est une modalité particulière de l'interaction. « La conversation est l'échange verbal entre au minimum deux personnes » (Brin, Courier, Lederle & Masy, 2004). C'est le sens étroit de la conversation. Mais la conversation est un mélange entre banalité et complexité (Diane, 2001). Elle

est banale en tant qu'elle est répétée quotidiennement mais complexe parce qu'elle demande la maîtrise des composantes de la langue, des compétences psychosociales pour que les interactants se comprennent et s'entendent. « C'est en effet au cours d'activités conversationnelles qu'on apprend à parler, qu'on transmet ou qu'on acquiert des connaissances et des biens, qu'on harmonise ses rapports avec autrui, qu'on se définit socialement, qu'on reçoit ou qu'on établit un diagnostic, qu'on conclut ou qu'on fait échouer une transaction, qu'on règle des conflits ou qu'on les attise. » (Diane, 2001).

Le contexte propice à la conversation est le suivant :

- Il faut un nombre d'interactants restreint, le risque est, dans le cas contraire, d'éclater les échanges.
- La relation entre les interactants, proche ou distante, favorisera la dynamique conversationnelle si une égalité de principe est présente.
- Le lieu de la conversation est également intéressant. Les lieux privés vont permettre plus de proximité entre les participants tandis que les lieux publics diminuent l'intimité.
- Enfin le temps est nécessaire à une conversation et à cette activité collaborative. Ne pas avoir de temps pour converser c'est menacer la conversation à chaque instant.

Des conditions sont donc nécessaires pour créer et maintenir la dynamique d'une conversation dans le temps. La conversation elle-même se caractérise par des échanges sur un pied d'égalité. Les conversants n'ont pas de statut déterminé à l'avance et sont tour à tour locuteur et destinataire. C'est naturellement que les rôles s'inversent. La conversation a ainsi un déroulement improvisé dont le but est de créer ou maintenir des liens sociaux.

1.3. L'analyse conversationnelle

L'analyse discursive s'intéresse aux éléments morpho-syntaxiques, lexicaux, spatiaux et temporels (éléments déictiques), éléments diaphoriques (anaphores et cataphores) qui reprennent un élément linguistique postérieur ou antérieur de l'énoncé. L'analyse conversationnelle, quant à elle, en linguistique, « permet de relever des indices pragmatiques sur la façon dont les protagonistes communiquent : la façon dont les deux interlocuteurs collaborent dans la communication, dont ils répondent à une pression sociale en communiquant, la façon dont les tours de parole se distribuent, la manière dont le sujet de conversation est repris et développé » (Brin, Courrier, Lederle & Masy, 2004). Dans le cadre clinique et particulièrement de l'orthophonie, elle s'intéresse à l'analyse des éléments pragmatiques pour évaluer l'impact des troubles sur les conversations de la vie

quotidienne. L'analyse conversationnelle voit une application en orthophonie lorsqu'elle permet d'analyser et comprendre les troubles et leurs conséquences sur les interactions.

L'analyse conversationnelle est la « description de la manière précise donc de la manière dont les interlocuteurs – patients et proches – collaborent à la réussite de la conversation et ce, en tenant compte des interruptions et des recouvrements d'informations, du partage des temps de parole (tours de parole) et surtout de la gestion qui est faite des « réparations » suite aux problèmes qui peuvent survenir en cours de conversation et entraver plus ou moins définitivement sa progression. » (De Partz, 2001). L'analyse conversationnelle met ainsi en relief chez les deux partenaires :

- la gestion des tours de parole
- la gestion des thèmes abordés
- le choix des modalités de communication (verbal, para-verbal, non verbal) et l'adéquation des outils
- les incidents les plus fréquents au cours de la conversation
- les modes de réparation réciproques de ces incidents

« L'analyse conversationnelle a pour particularité de tenir compte en permanence de trois composantes essentielles de la communication : *le patient, le partenaire et l'interaction.* » (De Partz, 2001). Elle permet alors de décrire comment les interlocuteurs collaborent à la réussite de la conversation dans une situation d'interaction qui est la conversation. Dans le cadre de la maladie de Parkinson il va être intéressant de considérer l'impact des troubles de la parole sur les interactions naturelles entre un patient et son partenaire de communication privilégié.

L'analyse conversationnelle permet d'identifier les stratégies employées par les partenaires pour pallier les effets de la maladie sur l'interaction verbale. Dans le cadre clinique, l'analyse conversationnelle peut donc servir au thérapeute. Cette analyse « permet au clinicien d'identifier les stratégies employées spontanément par les proches du patient pour gérer les difficultés communicatives lors de l'élaboration de la conversation » (De Partz, 2001).

L'objectif est ainsi de faire prendre conscience aux partenaires de leurs réactions et des modes interactionnels inadaptés et adaptés en fournissant des conseils spécifiques. Proposer au conjoint une optimisation des stratégies d'interaction par une adaptation personnalisée aux difficultés rencontrées est également permis grâce à l'analyse conversationnelle. En effet, il faut proposer des stratégies d'optimisation qui soient adaptées aux compétences existantes chez l'un et l'autre des

interactants. Une meilleure connaissance mutuelle des capacités de communication améliore également en parallèle la qualité de vie.

2. Les caractéristiques de la temporalité dans une conversation

Nous allons nous attacher à définir ces éléments caractéristiques de l'interaction, étudiés dans l'analyse conversationnelle.

2.1. Tours de parole

Le tour de parole est un élément fondamental de la conversation. Ce « n'est pas une règle conventionnelle de nature sociale, mais simplement la conséquence d'une nécessité physiologique : les activités énonciatives sont incompatibles avec les activités réceptives ; on ne peut pas parler et écouter en même temps » (Cosnier, 1996).

Les tours de parole renvoient donc au partage du temps de parole entre les interactants. Dans la littérature on trouve différentes définitions du tour de parole. Pour Goffman (1987), un tour de parole se définit par la possibilité pour un locuteur de conserver la parole. Selon Sacks, Schegloff & Jefferson (1974), un tour est une unité de discours clairement définissable de manière syntaxique. En effet, elle est constituée d'un début et d'une fin.

En conversation, c'est par ces limites de début et de fin que l'on définit une unité : ainsi le tour de parole est le discours produit par un locuteur jusqu'au moment où un autre locuteur prend la parole (Taboada, 2006). C'est donc un seul locuteur à la fois qui parle. Taboada (2006) définit ainsi le tour de parole comme un moment de parole ininterrompu par l'autre conversant. Le destinataire peut émettre des éléments paraverbaux qui témoignent de son écoute mais n'induisent pas de changement de tour de parole.

Dans les conversations du quotidien, les tours de parole sont le plus souvent négociés par les interactants eux-mêmes. A la fin d'un tour de parole, des pistes sont explicitement ou implicitement présentes pour indiquer la transition du tour de parole vers l'interlocuteur. Sacks, Schegloff & Jefferson (1974) soulignent que ces signes sont : des marqueurs discursifs, des pauses ou des silences, le ton et l'intonation. Duncan (1972) donne comme signes la gestuelle, le débit, l'intonation

montante ou descendante, les éléments syntaxiques, les expressions toutes faites comme « n'est-ce pas ? » et la communication paraverbale.

Cependant les tours de parole peuvent être perturbés par des incidents comme les interruptions, des silences inadéquats, des chevauchements de parole. Il est alors intéressant de repérer comment est réparé cet incident par les interactants. C'est ce que nous verrons par la suite.

2.2. Temps de pause

Les pauses sont primordiales dans le fonctionnement de l'interaction. Elles peuvent, dans la dynamique de l'échange, prendre deux places différentes : les pauses intra-tours et les pauses inter-tours. Les premières se situent à l'intérieur d'un tour de parole (Kerbrat-Orecchioni, 1998). Les secondes correspondent à un moment précis : celui de l'alternance de deux tours de parole. Ils permettent à l'interlocuteur de se projeter dans l'interaction.

Les pauses sont également de deux natures différentes : les pauses silencieuses et les pauses remplies.

2.2.1. Les pauses silencieuses

Les pauses silencieuses ont plusieurs rôles : marquer l'hésitation, la difficulté à retrouver un mot, planifier le message, traiter l'information. Ce sont donc des moments véritablement structurants qui vont nous intéresser.

Selon Campione et Véronis (2004) on a trois types de pauses silencieuses : les brèves (respiratoires, de moins de 200 ms), les moyennes d'environ 500 ms et enfin les longues qui durent au moins 1 s. Elle est caractéristique de la conversation spontanée et va nous intéresser.

2.2.2. Les pauses remplies

Les pauses sont remplies si les hésitations sont sonores, si on observe une répétition ou un allongement vocalique (Campione et Véronis, 2004). Ce sont des allongements d'hésitation et « euh » qui « se caractérisent par une voyelle continue de durée très supérieure à la normale, de qualité vocalique constante et sont associées à une fréquence fondamentale (F_0) plate ou très

légèrement descendante ». (Campione et Véronis, 2004). Le locuteur indique ainsi son hésitation mais marque la permanence de son tour de parole.

Elles signalent au destinataire que le tour de parole n'est pas terminé, sur le plan pragmatique, et que le locuteur est toujours en train de construire cognitivement son discours.

Les pauses silencieuses et non silencieuses sont souvent associées dans le discours et peuvent avoir ce rôle « démarcatif » très intéressant dans la conversation (Campione et Véronis, 2004). Elles rendent alors indépendants des segments de parole qui font sens et peuvent venir structurer les tours de parole.

2.3. La gestion des thèmes de parole

Les thèmes sont les sujets de conversation construits par les différents interactants. C'est une co-construction où les thèmes peuvent se décliner en sous-thèmes c'est-à-dire que de nouvelles informations nourrissent le thème en lien avec ce dernier. Traverso (1996) souligne ce côté collaboratif : « un thème ne peut être clos, introduit, poursuivi, développé ou dévié que de façon coordonnée entre les participants ».

Ce sont les initiations et les clôtures de thèmes de conversation qui vont nous intéresser. En effet, ce sont elles qui vont faire avancer la conversation et lui donner une dynamique. L'initiation d'un thème de parole peut se faire sur le mode d'une question ou d'une assertion par un locuteur et devra être ratifié par le ou les autres locuteurs. Sans ratification, il se produit une rupture conversationnelle et une rupture de la temporalité conversationnelle. Au contraire, la ratification rééquilibre la conversation dans le temps.

La clôture du thème de conversation peut survenir à la suite d'un accord explicite exprimé verbalement ou implicite entre les interlocuteurs. Dans le cas d'un accord implicite, il y a une absence de relance de la conversation.

Les échanges conversationnels sont maintenus dans le temps par des relances des locuteurs.

2.4. Incidents et réparations

L'« intelligibilité mutuelle » (Traverso, 2007) est nécessaire au fonctionnement de l'interaction. Cependant les échanges n'évoluent pas toujours d'une manière fluide et les participants doivent parfois faire face à des incidents dans la communication.

2.4.1. Les incidents

Ces derniers sont normaux mais leur fréquence augmente avec des pathologies comme la maladie de Parkinson où la parole est perturbée par la symptomatologie motrice. La dégénérescence neuronale peut ainsi entraîner des difficultés dans la gestion des tours de parole et des thèmes, mais également des altérations de modalités communicationnelles.

Les déficits linguistiques peuvent alors entraîner dans la gestion des tours de parole et des thèmes :

- une absence de prise de parole ou un délai de réponse inadapté
- une absence d'initiation de thème ou de clôture
- une absence de signalement de la fin d'un tour ou de sa continuation.

En ce qui concerne les modalités communicationnelles les incidents peuvent venir de déficits dans l'expression verbale, la prosodie (avec un défaut d'intensité, de débit, d'intonation), les gestes expressifs ou informatifs.

2.4.2. Les réparations

Les réparations sont les moyens utilisés lors de la conversation pour faire face aux incidents. Des réparations peuvent alors avoir lieu pour permettre à la conversation de perdurer. En général les auto-réparation dominent dans une conversation classique (Lebègue & Mottais, 2015).

Dans le cadre de la pathologie il va être coûteux pour le patient d'effectuer ce travail de réparation. Il conviendra d'étudier si dans le cadre de la maladie de Parkinson, les échecs liés aux temps de pauses longues donnent lieu à une auto-réparation ou une hétéro-réparation ou un travail mutuel pour réparer l'incident, ou à un changement de thème.

L'auto-réparation est réalisée par l'auteur de l'incident qui va utiliser des éléments paraverbaux comme « mmm », « oui », « heu », « ah » dans le but de faire patienter le partenaire. L'hétéro-réparation est réalisée par le partenaire de conversation. Il peut alors :

- Faire des suggestions à l'aide de questions, ébauches, propositions
- Laisser le temps à son partenaire pour répondre
- S'impatiser à l'aide d'injonctions ou en manifestant la tension liée à l'attente
- Mobiliser le regard de son partenaire

Ces données sont révélatrices de l'équilibre d'une conversation. Dans une conversation entre un patient avec une maladie neurodégénérative et son conjoint, les incidents sont nombreux et le travail de réparation important. En effet, les capacités d'auto-réparation du patient sont limitées et nécessitent l'intervention du conjoint dans un travail de réparation collaboratif. La trajectoire de réparation excède souvent deux tours de parole et entrave le déroulement normal de la conversation.

La gestion des réparations est l'objectif principal de l'analyse conversationnelle. Il s'agit de dégager les stratégies interactionnelles inadéquates des partenaires face aux incidents conversationnels. Mais il s'agit également de relever les modes de réparations efficaces produits par les partenaires pour la poursuite de l'échange.

C'est ici une étude clinique dans le cadre d'une pathologie précise : la maladie de Parkinson. L'objectif est de voir comment la structuration de l'échange conversationnel fonctionne et / ou dysfonctionne dans ce cadre pathologique précis. Il convient donc de s'intéresser à la maladie de Parkinson et ses répercussions sur le patient, ainsi que ses proches.

CHAPITRE 2. LA MALADIE DE PARKINSON

I. Définition et épidémiologie

« La maladie de Parkinson est une affection du sujet adulte ou âgé, caractérisée par des tremblements au repos, d'évolution très lente et dont la cause n'est pas à l'heure actuelle déterminée. » (Brin, Courrier, Lederle & Masy, 2004). Elle est de nos jours la deuxième maladie neurodégénérative la plus fréquente après la maladie d'Alzheimer (Defebvre & Vérin, 2015).

1. L'évolution de la définition de la maladie de Parkinson

En 1817, le médecin londonien éponyme James Parkinson décrit la maladie de Parkinson dans son « Essay on the Shaking Palsy ». Il parle ainsi de « paralysie agitante » à partir de l'observation chez six patients d'un tremblement de repos, d'une tendance à courber le dos dans une position rigide, et d'une diminution de la force motrice avec une atteinte du mouvement volontaire (Derouet, 2007).

Dans les années 1870 les français Jean-Martin Charcot et Armand Trousseau précisent les connaissances sur la maladie. La « paralysie agitante » de Charcot est rebaptisée « maladie de Parkinson ».

Dans les années 1920, une épidémie d'encéphalite léthargique cause des syndromes parkinsoniens séquellaires. Ces syndromes secondaires permettent d'affiner, par différenciation, la définition de la maladie de Parkinson idiopathique.

Au XX^{ème} siècle les recherches moléculaires et cellulaires concernant la maladie se développent. Lewy en 1912 souligne la présence de corps intra-cytoplasmiques dans les neurones de la substance noire qui seront appelés Corps de Lewy plus tard. Dans les années 1950 Avid Carlsson, scientifique suédois, montre que la dopamine est un neuromédiateur particulièrement présent dans les ganglions de la base. Les ganglions de la base sont les structures essentielles dans le contrôle des mouvements.

Le traitement chirurgical puis la thérapeutique médicamenteuse avec la L-Dopa apparaissent à partir de la deuxième moitié du XX^{ème} siècle.

Ainsi la maladie de Parkinson idiopathique peut donc se définir actuellement comme une affection neurodégénérative de la voie dopaminergique nigrostriatale. C'est une pathologie chronique d'évolution variable et lentement progressive (Derouet, 2007)

Aujourd'hui de nouvelles avancées en génétique, épidémiologie, imagerie (IRM), biologie, nouvelles thérapeutiques, etc. viennent sans cesse nourrir la définition de la maladie.

2. Epidémiologie

2.1. Prévalence

La maladie de Parkinson est présente dans tous les pays, et le nombre de cas total est en constante augmentation. Cependant, les prévalences sont très variables selon les pays, en raison de la difficulté méthodologique des études. En France, les études ont estimé la maladie de Parkinson à 827,5 pour 100 000 habitants (HAS, 2014). Elle toucherait 1% des sujets de plus de 60 ans à travers le monde (Defebvre & Vérin, 2015), et 1,7% de la population de plus de 65 ans en Europe (De Rijk et al., 1999, cité par Letanneux, 2014). La prévalence de la maladie de Parkinson augmente également avec l'âge et sa croissance est quasi exponentielle après 50 ans (Defebvre & Vérin, 2015).

2.2. Incidence

Le nombre de nouveaux cas par an est de 14,6/100 000 habitants (Defebvre & Vérin, 2015). On a ainsi près de 10 000 personnes diagnostiquées en France chaque année (Derouet, 2007).

2.3. Age de début

L'âge moyen de début est similaire dans les différentes études : entre 58 et 62 ans (Defebvre & Vérin, 2015). Mais la maladie de Parkinson peut également survenir précocement. Il existe ainsi des cas plus rares de maladie de Parkinson juvénile, avec un début de la maladie avant 20 ans, ainsi que des cas de maladie de Parkinson précoce avec un âge de début de la maladie avant 50 ans.

2.4. Etiologie

L'étiologie de la maladie de Parkinson n'est pas encore clairement définie. La maladie de Parkinson aurait une origine multifactorielle (HAS, 2014) combinant des facteurs génétiques et environnementaux. Plusieurs hypothèses ont été émises sur la dégénérescence des neurones dopaminergiques.

Un terrain de recherche intéressant est celui qui traite des causes toxiques de la maladie. La maladie de Parkinson pourrait être liée à une exposition environnementale avec des substances telles que les herbicides, les pesticides et les insecticides (Defebvre & Vérin, 2015). Ces substances neurotoxiques

apparaissent dans le décret du 4 mai 2012 qui reconnaît la maladie de Parkinson en tant que maladie professionnelle pour les assurés du régime agricole exposés aux pesticides.

Depuis une vingtaine d'années avec le développement de la génétique moléculaire sont également décrites des formes génétiques plurielles de la maladie de Parkinson. Les études chiffrent la prévalence de ces formes familiales chez les sujets atteints de la maladie de Parkinson entre 6 et 21% (Defebvre & Vérin, 2015). Ces données soulignent qu'il n'y a pas une maladie de Parkinson mais bien des maladies de Parkinson.

L'apparition de la maladie de Parkinson pourrait ainsi s'expliquer par la prédisposition génétique ainsi qu'une exposition à certaines substances toxiques. Les recherches sont cependant encore en cours et il existe une réelle attente pour essayer de comprendre les mécanismes étiologiques de la maladie.

3. Evolution de la maladie

La maladie de Parkinson est une maladie évolutive. On peut distinguer cinq stades de gravité, décrits par Hoehn et Yahr en 1967.

Stade 0	Pas de signes parkinsoniens
Stade I	Signes unilatéraux n'entraînant pas de handicap dans la vie quotidienne
Stade II	Signes à prédominance unilatérale entraînant un certain handicap
Stade III	Atteinte bilatérale avec une certaine instabilité posturale, malade autonome
Stade IV	Handicap sévère mais possibilité de marche, perte partielle de l'autonomie
Stade V	Malade en chaise roulante ou alité, n'est plus autonome

Tableau 1 – Stades de la maladie de Parkinson de Hoehn et Yahr (1967), dans HAS, 2000.

Le Stade 0 ou première phase est la phase pré-symptomatique. Elle peut durer de nombreuses années et est caractérisée par la perte de l'odorat, une dysautonomie alimentaire et des troubles du sommeil (Defebvre & Vérin, 2015). Ces premiers signes restent discrets, épisodiques et apparaissent de manière insidieuse. Un patient sur quatre est victime d'une dépression dite inaugurale (Derouet, 2007). On peut alors se demander s'il s'agit d'un réel symptôme ou une conséquence de ces signes précurseurs.

Le diagnostic suit (Stade I) et se fait avec l'apparition des troubles moteurs. Des démarches d'évaluation et de prise en charge paramédicales peuvent débuter. Le patient ainsi que son entourage doivent être informés et prévenus des troubles dus à la maladie.

Après le diagnostic suit la phase appelée « lune de miel ». Cette phase est la phase d'apparition des signes cliniques et celle de la meilleure efficacité du traitement dopaminergique. Ce traitement permet au patient de garder son autonomie. Elle dure entre 3 et 5 ans selon les études (Defebvre & Vérin, 2015). Cette phase correspond aux stades I et II décrits par Hoehn et Yahr.

Cependant après ces quelques années de lune de miel apparaissent les fluctuations motrices et non motrices (stade III). Elles sont causées par le traitement dopaminergique qui atteint un plateau (Marsden & Parkes, 1977; Obeso et al., 1989., cités dans Letanneux, 2014). Les fluctuations d'efficacité du traitement entraînent des périodes appelées *on* de bonne mobilité et des périodes *off* de mobilité réduite. Les symptômes de la triade parkinsonienne sont majorés et entraînent un important handicap. Ainsi au cours d'une même journée un patient peut passer du stade II au stade III ou IV de Hoehn et Yahr. Par conséquent l'autonomie du patient est ébranlée. Les complications du traitement dopaminergique peuvent conduire à des dyskinésies : mouvements anormaux involontaires du type choréique ou dystonique (aller chercher dans dico ortho). Mais les effets ne sont pas que moteurs, les symptômes peuvent être sensitifs, neurovégétatifs, psychiques et cognitifs. Les signes tardifs apparaissent progressivement avec les troubles de la marche, les chutes, les troubles de la posture, les troubles de la parole et de la déglutition (Defebvre et Vérin, 2015). Les chutes témoignent d'un réel déclin. Au dernier stade ou stade V d'Hoehn et Yahr le patient perd la marche et ainsi toute autonomie. Il doit donc être accompagné dans la vie quotidienne. Les fluctuations et les mouvements anormaux sont moins présents : les symptômes s'installent et la durée des périodes « on » est réduite (Defebvre et Vérin, 2015).

Enfin, une évolution vers une démence se fait pour 75% des patients dont la maladie évolue depuis plus de dix ans.

II. Anatomopathologie et physiopathologie

La mort neuronale fait partie du processus de vieillissement normal mais dans le cas des maladies dégénératives la destruction se fait à un rythme accéléré et sélectivement. Cela entraîne un dysfonctionnement cérébral propre à chaque maladie.

1. Anatomopathologie

Dans la maladie de Parkinson, l'affection dégénérative du système nerveux central est caractérisée par une perte neuronale dopaminergique prématurée et sélective de la voie nigrostriatale. La perte en neurones dopaminergiques est environ deux fois supérieure à celle du vieillissement normal (Giquello, 2004).

Dans la pathologie sous-corticale de la maladie de Parkinson on a donc la destruction sélective de ces neurones dopaminergiques. C'est la substance noire compacte qui produit la dopamine. A partir de là le dysfonctionnement physiologique responsable de la maladie de Parkinson émerge. La substance noire ou *locus niger*, située dans le mésencéphale (soit dans la partie haute du tronc cérébral), est un des six noyaux gris centraux ou ganglions de la base. Elle contient un pigment, la neuromélanine, qui donne cette couleur sombre. On observe ainsi une dépigmentation de la substance noire dans le cadre de la maladie de Parkinson (Annexe 1).

Les cellules dopaminergiques du cerveau forment des circuits bien définis. Ainsi de la substance noire au striatum on a un de ces circuits dopaminergiques : la voie nigro-striatale ou nigrostriée. Les neurones dopaminergiques se projettent sur le striatum où est libérée et stockée la dopamine. Cette dernière intervient sur la régulation motrice et comporte des quantités importantes de dopamine.

Un autre système dopaminergique que le système nigrostrié est touché dans la maladie de Parkinson : le système mésocorticolimbique. La dopamine a donc ce rôle fondamental de réguler non seulement la motricité, mais aussi les émotions, le comportement, la motivation, le sommeil en plus du rôle de « *pilote automatique* » (Camize et coll., 2013 cité par cavalier et Toulon, 2014). La dopamine a un rôle de « *pilote automatique* » car elle permet au cerveau d'exécuter plusieurs tâches en même temps. On observe ainsi assez rapidement dans la maladie de Parkinson une difficulté voire une incapacité à réaliser deux tâches en même temps.

De plus le contrôle de la motricité se fait grâce à l'équilibre entre trois neurotransmetteurs : la dopamine, l'acétylcholine et le glutamate. On a une déplétion dopaminergique qui va être responsable de l'akinésie. Et cela crée, en parallèle un excédent de glutamate et de l'acétylcholine, créant un tremblement et une rigidité musculaire chez la personne atteinte de la maladie de Parkinson.

On trouve également des corps de Lewy dans la maladie de Parkinson : inclusions cytoplasmiques dans les neurones lésés. Leur présence est corrélée à la dégénérescence des neurones dopaminergiques. Cependant, ils ne sont pas spécifiques de l'anatomopathologie de la maladie de Parkinson puisqu'on les retrouve dans d'autres maladies neurodégénératives.

2. Physiopathologie

Nous avons vu la complexité anatomique des sites touchés par la maladie de Parkinson. Mais il convient de s'intéresser aux fonctionnements physiopathologiques.

Les noyaux gris centraux ont un rôle essentiellement de contrôle moteur, mais ils participent également à diverses fonctions cognitives (fonctions exécutives) et comportementales dites limbiques c'est à dire le support des émotions et de la motivation (aphysionado). Les ganglions de la base sont donc impliqués dans la coordination des fonctions motrices, cognitives et limbiques.

Ils appartiennent au système extra pyramidal. C'est un ensemble de voies de transmission avec des fibres afférentes et efférentes, intervenant dans l'activité motrice automatique. Il est l'intermédiaire entre le cortex associatif producteur de l'idée de mouvement et le cortex moteur qui assure l'exécution du mouvement.

Dans le système extrapyramidal, le locus niger recrute les informations du cortex et exerce une action inhibitrice sur le striatum. Le striatum (putamen et noyau caudé) intègre les informations et inhibe le pallidum. Enfin le pallidum est la structure effective qui induit les mouvements automatiques comme les mimiques, adaptations posturales du corps en permanence (Giquello, 2004).

Il en résulte une perte des gestes automatiques associés et le patient atteint de la maladie de Parkinson doit commander de façon volontaire tous ces mouvements.

L'anatomopathologie et la physiopathologie de la maladie de Parkinson sont complexes et donnent lieu à une très grande diversité de signes cliniques.

III. Tableau clinique de la maladie de Parkinson

La symptomatologie de la maladie de Parkinson est complexe. Elle est caractérisée par de nombreux signes, moteurs et non moteurs. On retrouve cependant une certaine constance des signes inauguraux à travers la triade parkinsonienne.

1. La triade parkinsonienne

La maladie de Parkinson a longtemps été appelée « la paralysie tremblante » ou « agitante » et on retrouve cet aspect dans la triade parkinsonienne. Ce sont les signes classiques initiaux les plus fréquents de la maladie de Parkinson : l'akinésie, la rigidité musculaire et les tremblements de repos. Ce sont les critères retenus dans la littérature (Giquello, 2004). On parle de syndrome parkinsonien en présence de deux ou trois de ces symptômes de la triade.

L'akinésie est la perte des mouvements automatiques et les difficultés de réalisation des mouvements volontaires. On y trouve trois composantes : l'hypokinésie, la bradykinésie et la difficulté dans la réalisation des mouvements complexes et coordonnés. L'hypokinésie est le ralentissement à l'initiation du mouvement et donc la réduction de l'amplitude du geste. On observe ainsi un temps de latence entre la pensée et l'acte. La bradykinésie correspond, quant à elle, au ralentissement de l'exécution du mouvement.

Les manifestations peuvent ainsi être en conséquence : l'amimie (un visage inexpressif), le « freezing » qui est le phénomène d'arrêt dans une position si le patient rencontre un obstacle, la micrographie, la dysarthrie. L'hypersialorrhée est fréquente et présente dans près de 80% des cas. C'est gênant et cela entraîne un « inconfort social » (Defebvre & Vérin 2015). La salive n'est pas avalée en raison de la perte des mouvements automatiques de déglutition. La trop grande présence de liquide dans la bouche donne alors lieu à des écoulements salivaires. A un stade avancé de la maladie, une dysphagie peut apparaître en raison de la déficience du déclenchement de la déglutition. Les risques sont alors la malnutrition, la pneumonie par aspiration et l'étouffement.

La rigidité ou hypertonie musculaire permanente est due à l'insuffisance du relâchement des muscles contractés. La rigidité plastique atteint la sphère bucco-faciale et est donc responsable de dysphonie, dysarthrie, dysphagie. Elle se traduit donc par des douleurs cervicales, lombaires ou des membres supérieurs (Boulenger, 2006) et on trouve aussi une marche perturbée, une atteinte de la posture assez tardive, l'acathisie.

Les **tremblements de repos** apparaissent lors du relâchement musculaire partiel mais s'arrêtent à la réalisation de mouvements volontaires. On peut aussi trouver un tremblement postural au maintien d'une posture mais c'est plus rare. Le tremblement n'est pas systématique

On trouve d'autres troubles en plus de la triade : troubles axiaux, neurovégétatifs, sensitifs, psychologiques, cognitifs.

2. Les troubles associés à la triade parkinsonienne

Les signes moteurs de la triade parkinsonienne ont longtemps été au cœur de la prise en charge de la maladie de Parkinson. Il existe cependant des signes non moteurs ou associés. Les signes non moteurs comme les troubles psychiques ou cognitifs sont plus difficiles à prendre en charge (Defebvre & Vérin 2015).

2.1. Les troubles psychiques

Les troubles psychologiques concernent la dépression et l'anxiété. Les aspects psychiatriques de la maladie de Parkinson concernent la dépression, l'apathie, la psychose parkinsonienne, les addictions, etc. (Meyer, 2014). Ces aspects influent sur la qualité de vie. La fréquence de la dépression dans la maladie de Parkinson est variée de 4 à 76% selon les études. Les contraintes physiques de la maladie sont en effet vécues sur le mode dépressif. Des hallucinations visuelles à un stade avancé de la maladie peuvent également se produire.

2.2. Les troubles cognitifs

Les troubles cognitifs sont présents bien plus précocement qu'on ne le décrivait auparavant (Defebvre & Vérin 2015) avec un ralentissement cognitif, le déclin de la mémoire et des ressources attentionnelles, les troubles visuo-spatiaux, un syndrome dysexécutif.

Les troubles cognitifs appartiennent ainsi au tableau clinique de la maladie de Parkinson. Ces derniers influent sur les activités quotidiennes et ainsi la qualité de vie du patient. Si l'orientation dans le temps et l'espace, les fonctions instrumentales ainsi que l'efficacité intellectuelle restent

bonnes, la plainte cognitive concerne la perte de rendement intellectuel avec un déclin mnésique (Defebvre & Vérin, 2015). Ces troubles peuvent alors venir perturber les échanges conversationnels.

2.2.1. Ralentissement cognitif

On le trouve dès le début de la maladie mais il s'aggrave progressivement. La bradyphrénie est discutée dans la maladie de Parkinson. Les études qui l'abordent aboutissent en général au constat d'un ralentissement global des temps de réponse pour les patients parkinsoniens. Le ralentissement concerne alors à la fois les processus moteurs et pré-moteurs, surtout au moment de prendre une décision. Les processus pré-moteurs étant dans une tâche cognitive ceux « d'identification des caractéristiques du stimulus » (Defebvre & Vérin, 2015).

2.2.2. Le déclin des mémoires et des ressources attentionnelles

« Les systèmes de vigilance et d'alerte sont préservés » (Defebvre & Vérin, 2015) dans la maladie de Parkinson. De plus les études soulignent en général une conservation des capacités d'attention soutenue (Defebvre & Vérin, 2015). En revanche, l'évaluation des ressources attentionnelles souligne en majorité des déficits de la composante exécutive de l'attention. Il est difficile pour un patient parkinsonien de focaliser son attention sur l'information pertinente et de résister aux différentes distractions. Les épreuves de double tâche sont ainsi souvent échouées (Defebvre & Vérin, 2015).

« La maladie de Parkinson ne touche pas toutes les composantes de la mémoire mais affecte plus particulièrement la mémoire de travail et la mémoire épisodique » (Defebvre & Vérin, 2015). L'atteinte de la mémoire de travail peut conduire à une faiblesse des capacités d'apprentissage.

Les épreuves déficitaires dans la maladie de Parkinson concernent celles où des stratégies implicites d'organisation avec un plan d'action sont nécessaires. En revanche, les performances sont comparables à celles de sujets sains dès que des informations explicites sont fournies tout au long de l'épreuve (Defebvre & Vérin, 2015). Dans ce cas la mémoire de travail est, en effet, allégée.

La mémoire épisodique peut être évaluée dans le cadre d'épreuves de type rappel libre, rappel indicé. Dans ce type d'épreuves avec des personnes atteintes de la maladie de Parkinson, le rappel libre est déficitaire, en revanche la tâche de rappel indicé est réussie. Dans ce cadre on fournit un indice en rapport avec l'information recherchée. Si les capacités à encoder, stocker et consolider les

événements sont préservées, les capacités de récupération du contenu mnésique sont déficitaires. Le cortex préfrontal est atteint, ce qui perturbe les stratégies d'encodage et d'organisation des informations comme celles de récupération active des informations (Defebvre & Vérin, 2015).

2.2.3. Les troubles visuo-spatiaux

Les fonctions sensorielles, la perception et la cognition visuelles sont touchées dès les stades précoces de la maladie de Parkinson. La maladie entraîne une difficulté pour résoudre les ambiguïtés visuelles (discrimination de forme, catégorisation de mots, reconnaissance de silhouettes) et des difficultés pour juger les distances, l'orientation des lignes ou la forme d'un objet (Defebvre & Vérin, 2015).

2.2.4. Le syndrome dysexécutif

Lors de nombreux tests cliniques comme le Wisconsin ou le test de la tour de Londres des déficits exécutifs sont relevés chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson. Le syndrome dysexécutif sous-cortico frontal signe l'atteinte des fonctions exécutives qui permettent l'adaptation à toute situation nouvelle. La planification, la capacité d'inhibition sont atteintes et gênent le patient dans son attention, dans la gestion des diverses activités quotidiennes.

Il en résulte une réelle fatigue intellectuelle. Le retentissement de tous ces troubles cognitifs est variable d'un individu à l'autre. Une juste évaluation devra être faite en parallèle avec l'estimation des retentissements dans la vie quotidienne du patient spécifiquement concerné.

2.2.5. Les répercussions sur les compétences pragmatiques

Mesurer la portée dans la vie quotidienne de ces troubles cognitifs permet de prendre des mesures pour éviter l'humeur dépressive ou l'installation de l'apathie et permet de réduire les impacts fonctionnels des atteintes dans la vie quotidienne.

En 2003, McNamara et Durso soulignent que les capacités pragmatiques dans la communication sont touchées avec la maladie de Parkinson. Cependant les sujets atteints de cette maladie n'en sont pas conscients. Les domaines particulièrement atteints en pragmatique sont : la justesse dans le discours (pauses, feedback, concision, etc.), la prosodie, les gestes et l'expression faciale. De plus, les tours de

rôle et le maintien du thème de la conversation demandent de suivre le sujet de conversation et le garder en mémoire, résister aux interférences. Ces difficultés induisent une qualité de vie de ces patients moins bonne.

En ce qui concerne la compréhension des aspects pragmatiques du langage, le langage non littéral (ironie), en 2009 Monetta, Grindrod & Pell ont publié un article. Les sujets atteints de la maladie de Parkinson sont moins aptes à déterminer si la fin d'une histoire est ironique ou mensongère, suggérant des capacités chutées en interprétation pragmatique.

Un intérêt doit donc être porté à ces difficultés cognitives qui influent sur la qualité de vie des sujets atteints de la maladie de Parkinson et de leur entourage. Les modifications apparaissent dans la vie quotidienne et peuvent alors provoquer des incidents dans la conversation. Enfin le risque de démence dans la maladie de Parkinson requiert une attention particulière à ces troubles cognitifs.

2.3. Les troubles dysautonomiques

Très discrets au début de la maladie, les signes dysautonomiques s'aggravent tout au long de la maladie. Les patients se plaignent de troubles digestifs comme la constipation en raison de l'akinésie musculaire et donc du ralentissement du transit. Peuvent également être présents des troubles vésicosphinctériens (dysfonction vésicale), des troubles vasculaires (hypotension artérielle), des troubles sexuels

2.4. Les troubles sensitivo-douloureux

Les troubles sensoriels concernent l'olfaction, souvent déficiente au début de la maladie et la vision avec l'altération possible des mouvements oculaires.

Les troubles sensitifs concernent des localisations variables et sont différentes d'un sujet à l'autre : crampes, engourdissements, picotements, etc.

La personne atteinte de la maladie de Parkinson ressent beaucoup de douleurs en réaction aux troubles moteurs (rigidité, crampes, spasmes, douleurs musculaires).

2.5. Les troubles de la vigilance et du sommeil

Les troubles de la vigilance et du sommeil peuvent être présents. Les nuits sont perturbées par des troubles sphinctériens, des douleurs motrices, etc. Des insomnies peuvent également survenir. En journée, la somnolence peut gêner le patient (Defebvre & Vérin 2015).

La diversité des lésions donne des tableaux très différents de la maladie de Parkinson, et viennent perturber la qualité de vie en majorant le handicap fonctionnel. Des traitements ont donc été mis en place pour limiter les répercussions de ces troubles.

IV. Les traitements

Ce n'est qu'à partir des années 1960 que se font les avancées thérapeutiques, médicamenteuses avec la lévodopa et chirurgicales avec la stimulation cérébrale profonde (J.-M. Gracies, 2014 dans à propos de la SEP et de la MPK).

On trouve donc trois grands types de traitement pour la maladie de Parkinson : les traitements pharmacologiques, les traitements chirurgicaux et les traitements paramédicaux. La L-Dopa a transformé l'évolution de la maladie en permettant aux patients de garder leur autonomie bien plus longtemps.

1. Les traitements pharmacologiques

Les traitements médicamenteux sont la première réponse à la maladie. Le but est la stimulation dopaminergique continue (Defebvre & Vérin, 2015, p.143) afin de retrouver une motricité plus harmonieuse. Même si nous avons vu que la maladie ne se résumait pas à l'atteinte seule de la voie nigrostriée, le traitement a pour but de compenser la dégénérescence dopaminergique.

De plus, étant donné que l'étiologie de la maladie de Parkinson est encore inconnue, le traitement est symptomatique. Plusieurs possibilités existent alors pour traiter les symptômes moteurs de la maladie. L'apport de lévodopa exogène avec la L-dopa est le plus utilisé. En effet la L-dopa est le médicament le plus actif pour réduire les symptômes moteurs de la triade parkinsonienne. Cependant il existe des effets on/off de cette médication. En effet, après la phase dite de lune de miel, la L-dopa ne permet plus une stimulation stable et avant chaque prise le sujet atteint de la maladie de Parkinson subit des fluctuations motrices et des dyskinésies. Un autre traitement est la stimulation directe des récepteurs dopaminergiques grâce aux agonistes dopaminergiques.

2. Les traitements chirurgicaux

Un traitement neurochirurgical du cerveau est parfois proposé en seconde intention.

Les techniques chirurgicales peuvent parfois être efficace dans le cadre de la maladie de Parkinson. Les patients devront cependant être rigoureusement sélectionnés selon la chirurgie. Des critères d'éligibilité existent donc (Vanderheyden, 2010). La maladie de Parkinson doit être idiopathique, avec une réponse initiale à la L-Dopa mais un échappement progressif à la dopathérapie. La réduction de l'autonomie et de la qualité de vie doit également être prises en compte avec une absence de détérioration cognitive significative (Vanderheyden, 2010).

La Stimulation Cérébrale Profonde (SCP) est utilisée notamment lorsque le traitement dopaminergique n'agit plus sur les signes moteurs. Apparue et développée à la fin des années 1980 par Benabib et Pollak, c'est un traitement neurochirurgical symptomatique qui consiste à stimuler des noyaux ciblés du cerveau. Ainsi, une électrode est implantée dans un noyau comme le noyau sous-thalamique, le Globus Pallidus interne.

Cette technique présente cependant des limites en termes d'indications et de coût. De plus, elle ne prend pas en compte les troubles cognitifs, les troubles dysautonomiques, les troubles de la stabilité posturale qui sont invalidants pour le patient (Defebvre & Vérin, 2015).

Aujourd'hui les recherches en thérapie cellulaire et génique sont en développement.

3. Les traitements paramédicaux

A ces deux types de traitement est bien sûr à prendre en compte la prise en charge non médicamenteuse et paramédicale du patient. La recherche actuelle démontre l'intérêt de la rééducation orthophonique et notamment dans la communication orale (USA) (Brin, Courier, Lederle & Masy, 2004) mais également la rééducation kinésithérapique. Cette dernière permet de maintenir au maximum l'autonomie du patient en agissant sur les tremblements, la rigidité et l'akinésie. C'est le contrôle du mouvement qui est recherché pour améliorer ainsi la marche et l'équilibre.

La prise en charge orthophonique est nécessaire dans le cas de la maladie de Parkinson. En effet l'isolement du patient parkinsonien est aussi dû aux troubles de la parole qui s'ajoutent aux troubles

de l'écriture, de la mimique, et de la gestuelle. La rééducation vise une meilleure perception de ses difficultés pour le patient, ainsi qu'une correction de « la coordination pneumophonique, de la motricité buccolinguofaciale, le contrôle de l'articulation et de la prosodie » (Brin, Courrier, Lederle & Masy, 2004). La rééducation orthophonique a ainsi pour but le contrôle volontaire afin de relayer le contrôle automatique défaillant de l'acte de la parole (Rousseau, 2004).

3.1. Rééducation de la dysarthrie

La prise en charge orthophonique concerne les difficultés motrices oro-pharyngo-laryngées c'est à dire les troubles de l'articulation, de la phonation ou de la déglutition.

Deux études sur 200 patients parkinsoniens ont observé des troubles de la parole. On les retrouve dans 74% des cas (Ho et al., 1978, cité par Auzou, 2008) et dans 89% des cas (Logemann et al., 1978 cité par Auzou et al., 2008).

Le travail intensif de la voix sur des paramètres d'intensité et de surarticulation permet d'améliorer durablement la production de la parole. Cependant la dégradation de la prosodie et de l'intelligibilité reste inéluctable.

De nombreuses études ont révélé l'efficacité de la méthode de rééducation phonatoire intensive ou LSVT protocole *Lee Silverman Voice Treatment* (LSVT).

C'est un traitement intensif qui cible les éléments prédominants de la dysarthrie parkinsonienne (troubles phonatoires et prosodiques). Il apporte des améliorations sur tous les aspects de la parole. Mise au point aux Etats-Unis à la fin des années 1980, cette méthode est diffusée en France depuis 2000. Cinq principes essentiels la constituent : se focaliser sur l'intensité de la voix, fournir un effort intense, suivre un programme intensif, améliorer la perception sensorielle de l'effort, quantifier les performances. Le but est ainsi une amélioration de la communication fonctionnelle des patients dans leur vie quotidienne et inscrire leurs progrès dans le temps.

Cette méthode intensive et de courte durée repose sur une méthodologie simple et standardisée sur 4 semaines avec quatre séances d'une heure par semaine et un travail du patient à domicile à domicile avec des exercices (Auzou, 2008).

La comparaison de patients traités avec la LSVT et de patients traités sans la LSVT montre une claire augmentation de l'intensité chez les patients traités avec une amélioration de l'articulation et de l'intelligibilité. Elle doit ainsi être proposée en première intention avant que la dysarthrie ne soit trop importante.

3.2. La prise en charge des troubles cognitifs

La prise en charge rééducative des troubles cognitifs de la maladie de Parkinson est encore très limitée en pratique. Or des études ont montré qu'un entraînement spécifique peut améliorer les fonctions exécutives déficitaires (Defebvre & Vérin, 2015).

En cas de démence, des études récentes ont montré l'effet positif d'un traitement par inhibiteurs de l'acétylcholinestérase. Les conséquences sont la réduction des troubles attentionnels, visuo-spatiaux et exécutifs chez les patients atteints de la maladie de Parkinson.

Ce n'est pas seulement le mécanique qui est à prendre en compte mais également les conséquences au quotidien d'une compétence à communiquer affaiblie.

3.3. L'approche écologique et pragmatique de la communication selon Rousseau

La prise en charge écologique fait référence à une prise en charge qui intervient sur la communication fonctionnelle du patient dans son lieu de vie. Le but n'est pas une bonne communication en séance avec l'orthophoniste, mais bien dans la vie de tous les jours.

Rousseau part du principe que les capacités de communication dépendent de différents facteurs. On a des **facteurs individuels et psycho-sociaux** : les capacités de communication du patient en milieu socio-familial ont des capacités meilleures de communication que celui en institut.

Les facteurs sont également **cognitifs et implicites**. Dans le cadre de la maladie de Parkinson, plus la dégradation cognitive augmente, plus l'interaction verbale est mise en danger.

Enfin les **facteurs contextuels** peuvent venir modifier les capacités de communication. C'est le cas du thème (passé, présent, famille, événements particuliers, etc.), mais également sur type d'acte de langage produit par l'interlocuteur. La situation de communication vient modifier les capacités de communication.

Finalement les **facteurs psychologiques** sont aussi à prendre en compte : l'atteinte d'une pathologie neuro-dégénérative comme la maladie de Parkinson implique de connaître la conscience chez le patient et son entourage de sa maladie : vécue avec courage, fatalisme, souffrance, déni, etc. Il

convient également de connaître le vécu de cette maladie auprès du patient mais aussi toujours auprès des aidants.

3.4. L'application de la thérapie écosystémique et l'utilisation de la médiation thérapeutique

Nous avons vu que l'intervention écologique reposait sur le maintien de la communication fonctionnelle du patient sur son lieu de vie. L'intervention systémique, quant à elle, intervient sur les systèmes de vie du patient comme le microsystème familial ou le système institutionnel dans lequel il évolue.

L'intervention écosystémique, ou approche cognitivo-comportementale, va intervenir sur le milieu naturel, sur l'environnement dans lequel évolue l'individu. L'orthophoniste utilise ainsi des situations, des thèmes et des actes de langage facilitateurs. Les patients peuvent alors émettre des actes de langage encore à leur compétence. Une médiation thérapeutique est ainsi mise en place pour mettre en relation les différentes personnes présentes, cela peut être de la cuisine, un jeu comme la belote, du chant, etc.

Le patient est de nouveau reconnu comme individu communiquant, et non plus comme l'individu en situation de tests en séances au cabinet. Il convient donc de faire retrouver au patient la confiance en son statut d'être communicant. Eliminer les situations de tests hors contexte pour le patient c'est limiter, de plus, l'apparition de troubles comportementaux en réaction. Ces troubles comportementaux dans le cadre de la maladie de Parkinson sont très présents avec la fréquence de l'apathie, de la dépression, etc.

On peut donc relever plusieurs intérêts de la prise en charge à domicile puisque la réalisation d'une activité bien connue par les patients offre un espace de communication. Une expérience positive peut alors naître parce que le patient ne se sent pas en échec. La pertinence du vocabulaire utilisé pour faire référence la biographie du sujet est facilitée en contexte. Enfin les différents éléments abordés à domicile peuvent participer à maintenir l'autonomie du patient le plus longtemps possible.

Rousseau (2014) « la prise en charge contribue véritablement au mieux-être des patients, en leur apportant une stimulation cognitive et affective, en leur permettant de s'exprimer et surtout de mieux communiquer avec leur entourage ».

4. Les groupes de communication et l'entraide

Des groupes peuvent également être mis en place avec plusieurs objectifs :

- La construction d'un projet collectif
- Accepter le regard de l'autre et les commentaires
- S'accepter, être valorisé et prendre du plaisir
- Exprimer la globalité de sa personne au travers la créativité, l'imagination, etc.
- Exprimer des émotions et les verbaliser
- Pouvoir accéder à une concentration et une structuration

Le rôle du soignant est ainsi la qualité à reformuler, verbaliser, utiliser ce qui est exprimé pour le ré-exprimer.

La déglutition, l'amélioration de la voix et de la parole, ainsi que les difficultés cognitives sont à prendre en compte. Mais c'est également une prise en charge globale avec comme objectif l'amélioration de la vie quotidienne du patient qui peut être mise en place.

CHAPITRE 3. L'IMPACT DE LA MALADIE DE PARKINSON SUR LA COMMUNICATION

Dans le cadre de la maladie de Parkinson la dysarthrie et l'hypophonie sont particulièrement invalidantes pour la communication. Les troubles de la communication apparaissent progressivement et s'accroissent avec l'évolution de l'atteinte cognitive. La communication s'amointrit et son efficacité également. Sans accompagnement cela peut contribuer à l'isolement social d'une personne atteinte de la maladie.

La qualité de vie est touchée dans la maladie de Parkinson, une corrélation a été mise en évidence avec la dépression (Amami et al., 2010).

I. La dysarthrie

1. Définitions

1.1. Définition générale de la dysarthrie

Du grec *dys* signifiant « difficulté » et *arthron* « articulation », la dysarthrie est le « trouble de la réalisation motrice de la parole, secondaire à une lésion du système nerveux central, périphérique ou mixte » (Darley, Aronson & Brown 1975). C'est un terme qui englobe toute perturbation dans le contrôle neuromusculaire et est responsable d'un dysfonctionnement de la parole. La dysarthrie retentit donc sur différentes composantes de la parole : respiration, la phonation, l'articulation, la résonance et la prosodie.

Il existe de nombreuses classifications des dysarthries. La plus répandue actuellement est celle dite physiopathologique des travaux de Darley, Aronson & Brown (1969, 1975). A partir d'une analyse perceptive elle décrit les différents niveaux physiologiques perturbés (respiration, phonation, résonance, articulation, prosodie). En effet, le classement s'est effectué de manière perceptive en écoutant 212 patients, répartis en 7 groupes étiologiques différents, lire un texte. 38 paramètres répartis en 7 catégories ou *clusters* étaient notés de 0 (normal) à 7 (perturbation maximale). Les catégories d'écoute étaient la hauteur, l'intensité, la qualité vocale, la respiration, la prosodie, l'articulation et une catégorie globale comprenant les critères intelligibilité et bizarrerie de la parole (Auzou, 2007). Six types de dysarthries ont ainsi été définis.

1.2. Définition de la dysarthrie hypokinétique

Dans la dysarthrie hypokinétique ce sont les noyaux gris centraux qui sont atteints et la maladie de Parkinson en est l'archétype. Plus de 80% des patients sont concernés (Defebvre et Vérin, 2015). En ce qui concerne la dysarthrie hypotonique de la maladie de Parkinson les paramètres les plus touchés sont ceux représentés dans le tableau ci-dessous.

Dysarthrie hypokinétique	
Monotonie	4.64
Diminution accentuation	4.46
Mono-intensité	4.26
Imprécision consonnes	3.59
Silences inappropriés	2.40
Accélérations paroxystiques	2.22
Voix rauque	2.08
Voix soufflée (continue)	2.04
Hauteur	1.76
Débit variable	1.74

TABLEAU AUZOU, 2008

Dans ce tableau sont reportés les critères dont le score moyen est supérieur à 1,5, c'est-à-dire considérés comme déviants par rapport à la normale. Les clusters sont notés de 0 à 7.

2. Les conséquences de la dysarthrie sur la parole d'un sujet atteint de la maladie de Parkinson

2.1. La dysprosodie

Le tableau ci-dessus montre que la dysarthrie, dans la maladie de Parkinson, engendre une diminution de la modulation de la prosodie (Galaz et al., 2016). La dysprosodie est le trouble le plus caractéristique. La monotonie de la hauteur et de l'intensité est très marquée, ainsi que la diminution voire l'annulation de l'accentuation. Les pauses sont inadaptées et les accélérations paroxystiques, spécifiques à la dysarthrie hypokinétique, peuvent surgir dans le discours. Ainsi on peut avoir des accélérations brèves (tachyphémie), un débit variable, des palilalies qui sont la réitération involontaire du dernier mot ou d'une partie d'un mot, un pseudobégaiement, une dysfluence (omissions, faux départs et répétitions).

C'est tout le caractère naturel de la parole qui est touché.

2.2. La dysphonie parkinsonienne

Les troubles phonatoires sont très présents et on parle de dysphonie parkinsonienne. La voix est rauque, faible et soufflée en raison des troubles musculaires au niveau des cordes vocales. La hauteur est un critère contesté mais elle est plus élevée. En raison de la réduction de la pression sous-glottique, l'intensité est atteinte causant une hypophonie.

2.3. Les troubles de l'articulation

Des troubles articulatoires avec l'imprécision des consonnes viennent perturber l'enchaînement du discours. En effet il y a une réelle réduction de l'amplitude des mouvements articulatoire. La fermeture du conduit vocal nécessaire à la production des occlusives est insuffisante. Une spirantisation est ainsi observée avec la transformation des occlusives /p/, /b/ en fricatives /f/, /v/. La phonation se fait avec une tendance rhinolalique, c'est à dire avec la modification des résonances de la cavité nasale.

3. Les conséquences en situation d'interaction verbale

Malgré ces atteintes de la parole, un sujet parkinsonien peut se faire comprendre. Cependant, si le contenu est complet, la parole peut être perçue comme altérée. Trois composantes sont alors à étudier : intelligibilité, compréhensibilité et efficacité (Auzou, 2007).

3.1. L'intelligibilité

L'intelligibilité est le « caractère de ce qui peut être facilement compris dans le sens à la fois de la forme (parler à haute et intelligible voix) et du contenu (discours intelligible, que l'on peut comprendre car s'appuyant sur des liens logiques et explicites) » (Brin, Courrier, Lederle & Masy, 2004). La dysarthrie influe sur le caractère intelligible du discours du sujet atteint de la maladie de Parkinson. Ainsi la compréhension des interlocuteurs est mise en péril. Les patients mentionnent eux-mêmes le marmonnement, la lenteur dans le discours, le manque de clarté et la difficulté à maintenir un effort tout au long de la prise de parole (Miller et al., 2006).

L'analyse repèrera la perturbation des pauses dans l'intelligibilité du discours.

3.2. La compréhensibilité

La compréhension fait appel à la fois à la compétence linguistique pour analyser le signal acoustique, mais également à la compréhension non verbale des paramètres extralinguistiques qui viennent conditionner l'interprétation du message (gestualité, mimiques, contexte, relation entre les interlocuteurs). Dans le contexte de l'interaction verbale entre le patient et son partenaire de communication privilégié, c'est un élément majeur. Or nous avons vu que la gestualité et les mimiques sont altérées dans la maladie de Parkinson. La compréhensibilité est ainsi menacée. La compréhensibilité est ainsi présente plutôt en situation de communication : c'est « le degré avec lequel un auditeur comprend la parole à partir du signal acoustique (intelligibilité) et des autres informations qui contribuent à la compréhension de l'énoncé » (Auzou, 2007).

3.3. L'efficacité

Elle est la quantité de message intelligible ou compréhensible, transmise par unité de temps (Auzou, 2007). On peut donc conclure à une altération de l'efficacité en situation d'interaction. Nous affinerons cette faible efficacité lors de l'étude de notre corpus.

Dans la communication, l'atteinte de ces aspects de la parole rejoint les caractéristiques paraverbales décrites plus haut et est évaluée dans la Batterie d'Evaluation Clinique de la Dysarthrie (BECD).

II. L'impact des troubles de la communication et de la maladie de Parkinson sur la qualité de vie des patients et de leurs aidants

La maladie de Parkinson est une maladie dégénérative chronique qui demande donc une prise en charge quotidienne. Lorsque le patient est à domicile c'est le plus souvent le conjoint ou un des enfants qui assument cette tâche. S'intéresser à la dyade aidant-patient et aux répercussions sur leur quotidien des troubles de la communication est donc fondamental.

1. Définition des aidants

Pour l'union nationale des associations familiales (UNAF), « l'aidant familial est une personne non professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non. Cette aide peut prendre plusieurs formes : nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance et veille, soutien psychologique, communication, activités domestiques... »

Les aidants informels sont « des aidants non professionnels intervenant auprès d'un tiers en raison d'un problème de santé ou d'un handicap particulier » (Defebvre et Vérin, 2015). L'aide informelle intervient dans les activités de la vie quotidienne comme les activités élémentaires (s'habiller, faire sa toilette, etc.) et les activités instrumentales (gérer ses papiers, médicaments, etc.) La plupart de ces aidants sont des conjoints ou des enfants, mais ils peuvent également être des amis, proches, voisins, bénévoles, etc.

Ils se différencient des aidants formels qui sont « plus ou moins disponibles au domicile des malades, et qui, eux, sont rétribués par la collectivité » (Thomas, 2009).

2. Les rôles de l'aidant

Il existe dans le cas des maladies neurologiques dégénératives comme la maladie de Parkinson une relation triangulaire entre le ou les aidants, le patient et les représentants médicaux ou paramédicaux. Fantino et al. (2007) donnent les rôles potentiels attribués à l'entourage :

- l'aide au choix de maintien à domicile ou institutionnalisation ;
- l'aide au diagnostic par l'observation ;
- l'aide au respect et à l'observance des traitements ;
- l'aide à l'observance et à l'alerte en cas de besoin ;
- l'aide à l'évaluation de l'efficacité du traitement ;
- l'aide au soutien psychologique du patient ;
- l'aide au respect des règles hygiéno-diététiques ;
- l'aide à décider de la stratégie thérapeutique.

Dans cette étude on trouve des données chiffrées sur la population des accompagnants qui est caractérisée par une prédominance de femmes (67%) et de l'époux ou du compagnon dans 57% des cas. Dans le cas présent c'est une femme qui est l'épouse. Le rôle de l'aidant est majoritairement perçu comme positif et contributif à l'efficacité des soins dans le contexte de pathologies chroniques. Pour la maladie de Parkinson l'aidant a un rôle majeur dans l'aide au diagnostic, l'aide à l'observance des traitements et à l'évaluation de leur efficacité, l'aide psychologique et la surveillance des patients, alerte si besoin (Fantino & al., 2007).

3. Le fardeau

Qu'entraîne le rôle d'aidant informel ? De nombreux travaux soulignent les répercussions négatives sur la santé de l'aidant, en particuliers sur sa santé mentale (Andrieu et al., 2003). Andrieu et al. (2003) mettent en valeur deux types de difficultés rencontrées par l'aidant : les difficultés objectivables et les difficultés ressenties par l'aidant. Dans le premier cas les difficultés concernent le temps consacré au soin, les tâches d'aide. Alors que les difficultés ressenties par l'aidant sont les sentiments de l'aidant dans cette prise en charge comme la surcharge, l'isolement, etc.

En effet dans le cadre de la maladie l'aidant fait face à la souffrance morale de la personne aimée, mais également sa dépendance progressive. Ainsi apparaissent l'appauvrissement de la vie relationnelle et l'isolement progressif à la fois de l'aidant et du patient. Plusieurs études ont été menées afin d'objectiver la situation des aidants informels. En 2008 une étude est réalisée sur 153 aidants informels de patients malades vivant à domicile, et souffrant de pathologies chroniques acquises. (Thomas, 2009). Les conséquences sont la fatigue physique, la perte de poids, la perte de la qualité du sommeil, l'arrêt des loisirs. Malgré la difficulté de leur rôle c'est le sentiment d'utilité qui ressort. L'aidant a l'impression d'être reconnu dans ce qu'il fait malgré la présence parfois de désespoir dans plus de 40 couples, de tristesse dans plus de 80 couples, et d'anxiété dans plus de 60 couples. Le manque de temps est profondément ressenti et une aide semble indispensable à mettre en place, parce que sans soutien adéquat, ces aidants informels sont exposés à la dépression.

Il y a réellement une joie à se rendre utile chez l'aidant, objectivée dans cette étude, cependant le renforcement des aides formelles permettrait l'allègement de la charge des soins, et la réduction de l'isolement. En effet, le contexte de la maladie peut vite devenir le seul contexte de vie chez l'aidant.

4. Une communication aidant – aidé entravée

La communication avec le malade est souvent limitée et il y a peu de partage avec l'aidant puisque les principaux sujets d'interaction verbale concernent le pratique, le matériel, la toilette et les repas. Il devient alors difficile pour l'aidant de percevoir l'autre comme une personne véritable étant donné qu'il ne communique plus comme avant (Pitaud & Valarcher, 2007).

Si on prend le point de vue de la personne atteinte de la maladie de Parkinson des difficultés dans l'interaction verbale sont également pointées. Les changements dus à la maladie font ressurgir quatre thèmes principaux : « mes conversations avec les autres ont été affectées », « j'ai des problèmes pour converser », on a une plainte sur « les sentiments pour se faire comprendre » et enfin « ma voix » (Miller & al., 2006). Dans cette étude 47 patients parkinsoniens se confient sur l'impact de la maladie sur la qualité de vie. Il est important de noter que la personne atteinte de la maladie de Parkinson au moment de parler, ne sait pas comment sa voix va sortir, avec quelle intensité et quelle tonalité. Si elle a quelque chose en tête ce sont parfois des éléments différents qui sont produits.

D'autres difficultés sont pointées dans la conversation comme la distractibilité, la diminution de l'attention, les problèmes dans l'initiation de la parole et la difficulté à trouver des mots et formuler des idées. C'est ainsi qu'entrer dans une conversation et y garder sa place est difficile. Cela donne lieu à des sentiments de frustration de ne pouvoir exprimer ses envies et ses besoins, des sentiments de dépression et d'agacement peuvent également surgir. Une des conséquences fréquentes est alors le retrait (Miller & al., 2006). L'économie de la parole est en effet une stratégie utilisée par les patients par peur que les mots ne sortent pas.

Au-delà des changements acoustiques, perceptifs et physiologiques de la voix dans la maladie de Parkinson, on a également de nombreuses situations de communication qui sont mises en danger avec les partenaires de communication privilégiés. Nous allons ainsi nous intéresser à deux situations de communication entre un patient et son partenaire de conversation privilégié afin de constater

comment sont contournées les difficultés de fluence dans la parole, et notamment les nombreux temps de pause dans le discours d'un patient avec la maladie de Parkinson.

PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE ET HYPOTHESE

I. PROBLEMATIQUE

La maladie de Parkinson entraîne des troubles communicationnels, perturbant ainsi les différentes interactions qu'un sujet atteint de la maladie peut avoir avec son entourage, ses proches, etc. Les études réalisées soulignent les conséquences de la dysarthrie hypokinétique sur la voix (Galaz et al., 2015). Avec les changements acoustiques, perceptifs et physiologiques de la voix dans la maladie de Parkinson, ce sont tous les aspects naturels et intelligibles de la parole qui sont impactés par la maladie.

Peu d'études ont été faites sur les conséquences de ces troubles sur la communication dans la maladie de Parkinson. Selon Miller et al. (2006) il faut entendre la plainte et la souffrance de ces sujets. Ils ont en effet réalisé des interviews qui témoignent de l'impact de la dysarthrie sur leur qualité de vie. Selon ces patients, l'inquiétude n'est pas dans les différents symptômes comme la monotonie de la voix, l'absence de contrastes entre certains sons mais dans l'habileté générale à communiquer. Cet article rapporte les difficultés pointées par les patients dans le déroulement dans le temps d'une conversation : la distractibilité, les difficultés pour initier la parole, les difficultés pour trouver des mots et formuler des idées, la lenteur ou la précipitation dans le discours, le manque de clarté, l'effort important à fournir tout au long de la prise de la parole pour maintenir audible et intelligible leur parole, etc. Les personnes interviewées soulignent également leur retrait de toute communication par peur que les mots ne sortent pas. Ces termes montrent bien les répercussions de la maladie de Parkinson sur la socialisation.

La recherche d'un mot et la formulation d'une phrase ne sont plus naturelles et spontanées dans la maladie de Parkinson. Le partenaire de conversation a alors un rôle encore plus important pour maintenir l'échange en tant qu'activité structurée et structurante (Diane, 2001). L'aidant est la personne la plus proche du malade et ainsi celle la plus apte à faciliter l'interaction. En revanche, dans le cadre d'une maladie neurodégénérative, la charge, souvent nommée *fardeau*, qui repose sur les aidants est telle que la communication peut être fragilisée (Pitaud et Valarcher, 2007).

Ces différents aspects vont venir perturber la temporalité des interactions dans les conversations de tous les jours. « La conversation est une activité sociale où la parole est produite en alternance par

différents participants. Il s'agit d'une activité conjointe » (Diane, 2001). Or cette alternance qui participe à la dynamique naturelle de la conversation dans le temps ne semble plus partagée dans la maladie de Parkinson.

Ces divers constats amènent à la question suivante. L'analyse conversationnelle va-t-elle permettre d'objectiver les conséquences de la maladie de Parkinson sur la dynamique temporelle interactionnelle entre deux sujets ayant la maladie de Parkinson et leur partenaire de communication privilégié dans le contexte d'une conversation filmée ?

II. HYPOTHESE

Grâce à l'analyse conversationnelle et l'étude de certains critères linguistiques, nous allons nous intéresser à l'organisation temporelle de l'interaction entre deux personnes ayant une maladie de Parkinson et leur partenaire de conversation privilégié. C'est l'impact direct des troubles de la maladie de Parkinson dans une conversation banale entre deux patients et leur conjointe qui va être étudiée.

L'hypothèse suivante sera donc traitée : la maladie de Parkinson entraîne des modifications dans la temporalité des interactions entre une personne ayant la maladie et son partenaire de conversation privilégié.

L'analyse conversationnelle à partir d'un support vidéo va permettre d'objectiver les incidents dans l'enchaînement temporel de l'interaction, ainsi que les stratégies employées par les deux interactants pour réparer ces incidents.

Dans le cadre de cette étude nous allons nous intéresser à deux corpus de conversation entre deux patients avec la maladie de Parkinson et leurs conjointes dans le but de constater les conséquences sur la temporalité de la maladie.

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE 1. METHODOLOGIE

Ce travail est l'observation de deux conversations filmées au moyen de l'analyse linguistique d'interactions libres, des gestes coverbaux, du regard, de la posture et de la mimique de deux sujets ayant la maladie de Parkinson avec leurs partenaires de conversation privilégiés. Les situations de conversation tendent alors à être écologiques. En effet la conversation mise en place se veut la plus proche possible de la conversation naturelle.

I. Le cadre de l'élaboration

Kennes & Vanderheyden (2009) énoncent « nous pensons que l'accompagnement le mieux adapté est celui qui mettra la relation entre le malade et son environnement au cœur du soin ». Comment alors mettre le patient et son environnement au cœur d'une étude, et de la manière la plus juste qu'il soit ?

1. Choix du lieu d'observation

Au cours du développement théorique nous avons vu que les difficultés communicationnelles du sujet ayant la maladie de Parkinson résultaient de sa dysarthrie hypokinétique. Les résultats sont ceux de tests particuliers liés à l'évaluation de la dysarthrie. Cependant, qu'en est-il des conséquences de ces difficultés dans les conversations quotidiennes ?

La rencontre s'est ainsi déroulée au domicile des patients de manière à objectiver le plus fidèlement possible les difficultés quotidiennes et les moyens de collaboration mis en œuvre par les partenaires dans la conversation. L'objectif est de s'approcher le plus possible du contexte naturel de conversation des sujets. La réalisation de l'étude dans un lieu calme et connu des participants a permis de mettre à l'aise les participants pour dialoguer avec moi. En effet, je me dois de préciser que je n'avais jamais rencontré les participants avant le jour de l'enregistrement.

2. Matériel et analyse filmique

Filmer a permis de ne pas détacher l'étude de l'interaction de son cadre. L'importance est moins dans la relation entre le patient et son langage qu'entre le patient et ses interlocuteurs par le biais de la communication. Il s'agit donc d'étudier, en contexte, la communication qu'elle soit verbale ou non verbale. L'analyse filmique permet cette finesse d'analyse qu'un seul enregistrement audio ne permet pas.

La caméra a été choisie pour être la plus discrète possible et permettre aux interactants de l'oublier le plus possible. Dans les deux rencontres avec les participants, le choix a été fait de la placer entre différents objets sur les cheminées. La caméra intrigue ainsi au début et les participants la regardent mais très vite elle est oubliée.

3. Déroulement de l'enregistrement

3.1. Avant la rencontre

La réalisation d'un protocole de mise en situation pour l'analyse conversationnelle de patients atteints de la maladie de Parkinson a été transmis aux orthophonistes de Bordeaux, ainsi qu'à l'association France Parkinson (Annexe) afin de trouver des sujets pour mon étude.

Suite aux réponses positives, j'ai appelé les deux participants et ce sont les épouses des patients que j'ai eu au téléphone. Je leur ai alors expliqué la démarche scientifique poursuivie dans le cadre de mon mémoire.

3.2. Pendant la rencontre

Cette rencontre ne devait pas durer plus d'une heure et demie. En effet les patients ayant la maladie de Parkinson sont fatigables et se plaignent souvent d'un déficit attentionnel lors de trop longs entretiens. Faire durer la conversation plus longtemps aurait ainsi été un biais à l'obtention d'un corpus signifiant.

Une des questions a été le choix de ma place pendant la rencontre. En effet l'étude porte sur l'analyse conversationnelle entre un patient ayant la maladie de Parkinson et son partenaire de conversation privilégié. Il n'est pas question dans l'étude de l'intégration d'une tierce personne dans la conversation. Cependant, il semblait difficile de placer une caméra dans une pièce et de laisser les interactants converser en prétendant créer la situation la plus naturelle de conversation. Il a donc été choisi que je reste dans la pièce converser avec les patients. Le but est alors de déstabiliser le moins possible les interactants par ma présence et celle de la caméra, tout en leur laissant le plus possible la parole.

L'étude se veut également celle d'une conversation libre. Cependant, le cadre d'une conversation libre implique des imprévus où des moments de gêne peuvent apparaître et la conscience de la présence de la caméra ressurgir. Le caractère naturel de la conversation est alors mis en péril. Il a donc été choisi, afin de toujours maintenir le caractère le plus spontané possible de la conversation entre les deux interactants, d'avoir des moyens de pallier les éventuelles impasses dans la conversation.

Ainsi, s'il convenait de relancer la conversation il avait été prévu de s'intéresser à :

- > Une **présentation générale** avec des questions sur l'âge du patient, ses origines, son métier, etc. Si c'était possible l'histoire de la maladie pouvait être un sujet abordé.
- > Un dialogue à trois avec l'aidant pouvait aussi se mettre en place sur le **déroulement d'une journée** pour le sujet, et son partenaire.
- > Puis dans cette même dynamique de dialogue la conversation pouvait se faire autour de la **famille** du sujet. Mais tout en restant dans une dynamique la plus fluide possible de l'échange.

4. Réalisation du corpus

Le choix a été fait de réaliser l'analyse conversationnelle d'un corpus de 10 minutes pour chacun des deux enregistrements de conversation. En effet, les enregistrements réalisés sont chacun de 90 minutes. Les enregistrements constituent alors des corpus trop longs pour en réaliser une étude fine et détaillée. L'analyse a donc été faite sur un temps de 10 minutes dans chacun des enregistrements vidéo de 90 minutes. Ces 10 minutes ont été choisies pour ne pas se situer au commencement ou en fin d'interaction.

En effet, le choix a été fait d'analyser le développement d'un thème où l'interaction entre les partenaires était plus importante. L'ouverture des situations conversationnelles présente alors le désavantage d'avoir à mettre en place la dynamique d'une conversation à trois, avec des personnes qui ne m'avaient jamais rencontrée auparavant. La prise de contact de l'ouverture va ainsi permettre la mise en place de l'interaction à venir. De plus, il est nécessaire de laisser passer un peu de temps avant que les interactants se détachent de l'objet caméra. Enfin je n'ai pas choisi de prendre la fin de l'enregistrement vidéo parce qu'il existe une réelle fatigabilité dans la communication pour les patients ayant la maladie de Parkinson. Choisir la clôture de l'enregistrement comme étude aurait pu se faire au détriment des capacités communicationnelles réelles des patients.

Ainsi dans le corpus 1, la partie choisie démarre à partir de 15 minutes et 25 secondes d'enregistrement et se termine à 25 minutes et 24 secondes. En ce qui concerne le corpus 2, l'enregistrement étudié démarre à 10 minutes et 35 secondes pour se terminer à 20 minutes et 45 secondes.

Les séquences étudiées ont ensuite été retranscrites avec des symboles empruntés à (2004) pour la plupart (annexe 2).

5. Principe de l'analyse

C'est une approche inductive qui partira des données recueillies et transcrites du corpus. De cette analyse conversationnelle pourra découler une description et une tentative de généralisation de certains éléments redondants et signifiants. Il s'agit des effets de la maladie de Parkinson sur le déroulement dans le temps d'une conversation entre deux patients ayant la maladie de Parkinson et leurs partenaires de conversation privilégiés, soient leurs conjointes dans cette étude.

II. Réflexions préalables

1. Analyse filmique

La question de l'analyse filmique s'est posée. En effet, filmer c'est introduire un élément non naturel dans une situation qui se veut, au contraire, la plus naturelle possible. Filmer c'est ainsi risquer de biaiser la dynamique de la conversation, en voulant justement analyser le caractère naturel d'une conversation entre un patient avec la maladie de parkinson et son partenaire de conversation

privilegié. Mais l'analyse filmique présente l'avantage de respecter, dans l'analyse conversationnelle, la multicanalité dont parle Cosnier (1984). L'analyse filmique est la seule qui puisse satisfaire l'analyse conversationnelle des paramètres verbaux, para-verbaux et non verbaux. L'observation de la vidéo permet ainsi la retranscription de ces différents comportements multimodaux. C'est également le seul moyen de récupérer un corpus à transcrire selon les différentes modalités de communication.

2. Analyse quantitative ou qualitative

2.1. Analyse qualitative d'une conversation

L'analyse conversationnelle est de type qualitatif puisque les productions traitées s'inscrivent dans une situation donnée, la plus naturelle possible, avec des participants patients et proches donnés. L'importance donnée au contexte semble donc écarter le recueil quantitatif des données dans un premier temps.

Certaines questions sont alors à se poser pour analyser les difficultés de communication d'ordre pragmatique :

- Comment le patient communique ?
- Comment le patient arrive-t-il à prendre la parole et à s'insérer dans la conversation ?
- Quels sont les facteurs qui influent sur ses capacités de communication ?
- Pour chaque acte de langage produit par le patient est-il en adéquation avec le déroulement temporel de la conversation ?
- Quelles sont les situations favorables à la communication ?

Les questions concernent aussi les partenaires de conversation privilégiés choisis, c'est-à-dire les conjointes des patients dans le cadre des deux corpus étudiés :

- quelles réactions ont-elles lors des incidents dans les conversations ?
- quels sont les moyens de collaborer dans la conversation pour faire face aux difficultés de leurs maris ?

Ces questions trouveront ainsi leurs réponses dans l'analyse linguistique qualitative des incidents et réparations liés à l'enchaînement dans le temps des tours de parole, des thèmes de conversation, de l'utilisation de marqueurs discursifs.

2.2. Analyse quantitative et choix de l'étude de critères linguistiques

L'analyse quantitative permet de mettre en exergue certains phénomènes linguistiques récurrents et de venir illustrer certaines données qualitatives. Dans cette étude, nous nous intéressons à la temporalité du discours c'est-à-dire son écoulement dans le temps. Il paraît ainsi intéressant de quantifier certains comportements verbaux dans le temps.

Ce sera le cas des tours de parole. Ces derniers, comme nous l'avons vu dans la partie théorique, ont été définis différemment selon les auteurs. Les prises de paroles très courtes, parfois réduites à un seul mot ou à une tentative pour prononcer un mot, seront prises en compte. En effet, les patients avec la maladie de Parkinson se plaignent de la difficulté pour prendre la parole, il paraît ainsi important de comptabiliser les tours de parole même les plus courts.

Les mots seront également comptabilisés afin d'obtenir des données quantitatives sur les contributions respectives des interactants à l'échange. Dans le cadre de la maladie de Parkinson, nous avons vu dans la partie théorique que les difficultés prosodiques entraînent souvent une lenteur ou bien des accélérations dans le discours. Il paraît intéressant alors de compter le nombre de mots par rapport au temps des tours de parole. Les « petits mots » (Traverso, 2007) comme les marques d'hésitation : « euh », « bah », seront comptabilisés comme des mots. Les ébauches phonétiques ne seront en revanche pas comptabilisés.

L'analyse quantitative pourra également être intéressante afin de comptabiliser les temps de pause inter tours ou intra tours supérieurs ou égaux à une seconde.

L'analyse quantitative permet également une démarche comparative entre les deux corpus. En effet, ayant deux corpus à notre disposition, il est intéressant de comparer les phénomènes linguistiques récurrents entre les deux corpus.

L'analyse de la conversation dans son écoulement temporel se fera donc sous la forme d'une analyse à la fois quantitative et qualitative. Cette analyse est fondée sur le choix d'une population particulière.

III. Choix de la population

1. Les critères d'inclusion et d'exclusion

1.1. Les critères d'inclusion

L'étude a pour but l'analyse conversationnelle de patients atteints de la maladie de Parkinson avec leurs partenaires de conversation privilégiée. Dans un souci d'homogénéité entre les deux corpus, les deux sujets avec la maladie de Parkinson sont des hommes, et leurs partenaires de conversation sont leur épouse. Ils ont également quasiment le même âge et ont la compétence de converser.

1.2. Les critères d'exclusion

Les critères d'exclusion sont les critères qui vont exclure l'entrée de sujets dans la recherche. Ces derniers concernent, dans le cadre de cette étude l'étape de la maladie et certaines caractéristiques de la maladie. La démence devra être un caractère d'exclusion, de plus les patients ne devront pas être au début de la maladie. Les troubles concernant le langage sont alors moindres comme nous l'avons vu.

2. Présentation des corpus

L'étude repose sur l'évaluation des conséquences de la maladie de Parkinson dans l'enchaînement temporel d'une conversation, qui se veut la plus naturelle possible. Le protocole a été administré à deux couples de participants. Deux enregistrements en ont résulté avec la transcription de deux corpus. Le choix voulu au départ était de réaliser 6 enregistrements, dans le but d'en étudier trois. Cependant, la difficulté pour trouver des participants a limité le corpus à deux patients et leur partenaire de conversation privilégié, soit leur conjointe dans ces deux cas.

2.1. Corpus 1 (Annexe 3)

J'ai rencontré le couple du premier corpus en début d'après-midi, à leur domicile, dans leur salon. Monsieur R., âgé de 78 ans, est atteint de la maladie de Parkinson depuis plusieurs années. Il était

chercheur, et est d'un niveau socioculturel très élevé. Au terme de son activité il a pris sa retraite avec sa femme à Bordeaux. Ils ont deux fils qui vivent également à Bordeaux.

Monsieur R. bénéficie d'un suivi orthophonique en libéral à raison de deux séances par semaine. Le travail vocal est cher à Monsieur R. en séances. En effet, c'est une personne très cultivée et attachée à la conversation. Or la maladie vient modifier la capacité à converser. De plus, des troubles cognitifs commencent à apparaître et viennent également perturber l'attention dans la conversation.

Il convient de préciser qu'en arrivant Monsieur R. venait de prendre son traitement L-Dopa. Des fluctuations kinesthésiques (tremblements de la main gauche) sont donc apparues et il souligne dès mon entrée le fait que ce traitement le fatigue.

Lors de la rencontre Monsieur et Madame R. sont des personnes enclines à la conversation. D'un haut niveau socio-culturel ils ont eu à cœur de me raconter leur parcours, leurs voyages et se sont confiés avec plaisir. Madame R. a à cœur de prendre les devants sur cette maladie et s'est investie dans un groupe d'aidants.

2.2. Corpus 2 (annexe 4)

De manière identique au premier enregistrement je rencontre le deuxième couple à leur domicile, dans leur salon, après le déjeuner et la prise médicamenteuse pour Monsieur U (Sinemet et Requip).

Monsieur U. est atteint de la maladie de Parkinson également depuis plusieurs années. Âgé de 74 ans, il exerçait une activité de dirigeant de chantier. Il est à la retraite et vit avec sa femme à Bruges.

Monsieur U. bénéficie d'un suivi orthophonique en libéral à raison d'une séance par semaine. Il a aussi un atelier de mémoire une fois par semaine, de la gymnastique adaptée également une fois par semaine et des séances de kinésithérapie deux fois par semaine. Enfin, il a déjà suivi à deux reprises une rééducation LSVT à l'hôpital. Sa femme en souligne les côtés positifs, mais également la nécessité de refaire cette rééducation une fois par an.

Madame U. est ainsi très investie dans la prise en charge de la maladie de son mari. Elle participe à un groupe d'aidants qu'elle retrouve une fois par mois. Elle a beaucoup de questions encore sans réponses sur l'atteinte neurodégénérative de Monsieur U.

Lors de la rencontre Monsieur et Madame U. ont été eux aussi très enclins à la conversation et se sont volontiers confiés sur le vécu de la maladie, les traitements et les effets sur leur quotidien d'une prise en charge importante.

L'étude de ces deux corpus suppose ainsi de réaliser une analyse en profondeur de l'évolution dans le temps de la conversation. Le but est d'en faire apparaître les éléments signifiants par rapport à la maladie de Parkinson, et ainsi de saisir si une dynamique particulière de conversation est en lien avec la maladie.

CHAPITRE 2. ANALYSE CONVERSATIONNELLE

I. L'enchaînement de la conversation

1. Les tours de parole

Le tour de parole est cette contribution conversationnelle d'un participant suivie soit par un silence soit par la contribution d'un autre interlocuteur. Dans le cadre de l'analyse de l'enchaînement temporel de l'interaction dans ces deux corpus, il convient de s'intéresser à la répartition des tours de parole entre les participants mais également aux temps de ces tours de parole ainsi qu'aux nombres de mots par minute produits.

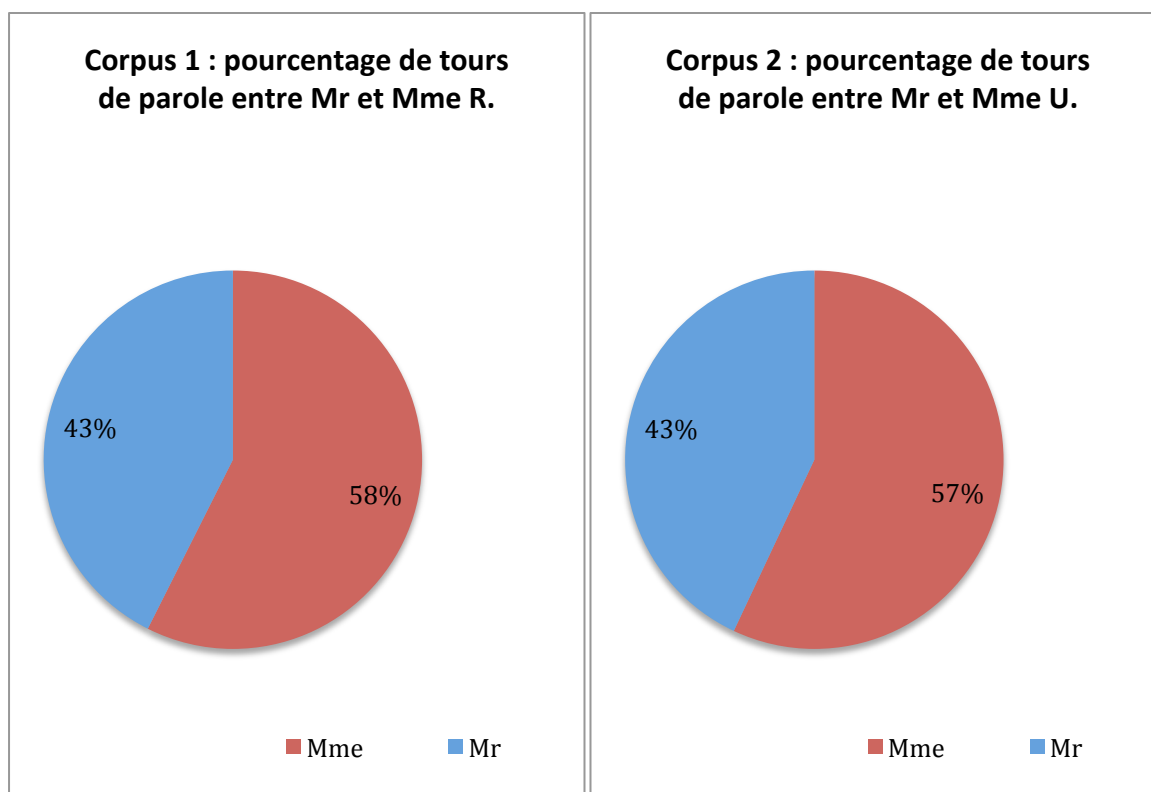
1.1. Répartition des tours de parole

Dans la recherche des conséquences de la maladie de Parkinson sur l'évolution de la conversation, il convient de s'intéresser au nombre de tours de parole saisis par les interlocuteurs dans l'échange sélectionné de 10 minutes.

	Interactant	Nombre de tours de parole
CORPUS 1	Mr	46
	Mme	63
CORPUS 2	Mr	40
	Mme	53

Tableau 2 – Répartition du nombre de tours de parole entre les interactants

On peut déjà observer un déséquilibre dans les prises de parole puisque dans les deux corpus ce sont les aidantes qui prennent le plus la parole. Les graphiques ci-dessous soulignent alors des pourcentages quasiment identiques de prises de parole de 57% dans le corpus 1 et 58% dans le corpus 2 pour les aidantes.



Ces données peuvent être complétées par le calcul du nombre de tours de parole à la suite de Monsieur R. et Monsieur U. sans l'intervention de leurs femmes. Il ne se passe pas plus de 3 tours de parole des patients parkinsoniens à la suite sans leur femme dans les deux corpus. Tandis que les aidantes peuvent parler 5 fois de suite sans que leur mari n'intervienne. Dans les deux corpus, il arrive donc que 10 tours de parole s'enchaînent sans que Monsieur R. ou Monsieur U. ne prennent la parole.

Ces chiffres peuvent déjà révéler une plus difficile prise de parole en conversation par les deux hommes atteints de la maladie de Parkinson. Ces données sont à compléter avec l'analyse du temps des tours de parole.

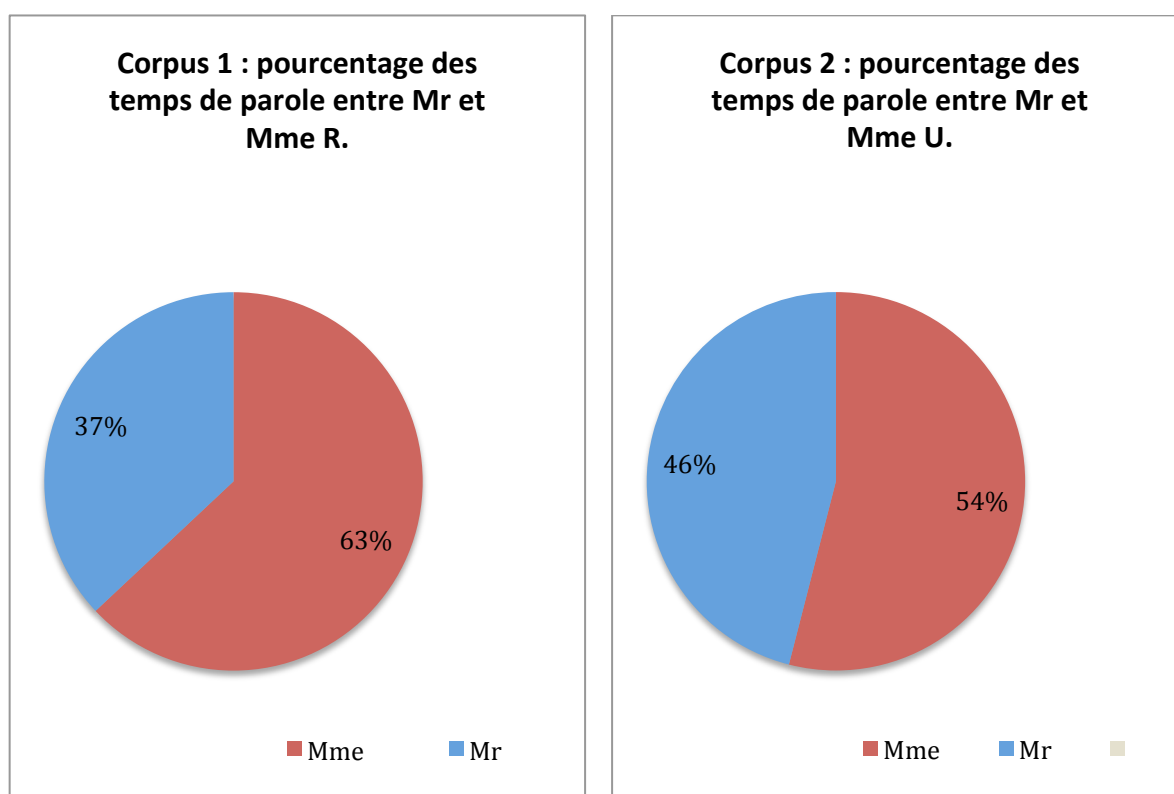
1.2. Partage du temps de conversation

La simple transcription écrite d'un corpus ne permet pas l'analyse de ces temps de parole, c'est l'analyse filmique qui a permis l'analyse du temps des tours de parole des patients ayant la maladie de Parkinson et de leurs conjointes.

Il est intéressant de savoir comment le temps de la conversation de 10 minutes est partagé entre les interactants. En effet, la répartition des tours de parole peut être différente de la répartition des temps de parole. Le calcul du temps des tours de parole pour Mr et Mme dans les deux corpus s'est fait en comptabilisant les tours de parole d'au moins une seconde. Ces temps restent approximatifs en raison de la difficulté de leur calcul. Les nombreux chevauchements rendent en effet complexe le chronométrage. Il a donc été choisi d'utiliser simplement ces données comme indices afin de se rendre compte du temps occupé par les interactants dans la conversation par rapport au nombre de tours de parole.

	Interactant	Temps de parole en minutes
CORPUS 1	Mr	2'42
	Mme	4'40
CORPUS 2	Mr	2'58
	Mme	3'76

Tableau 3 – Répartition du temps de parole en minutes entre les interactants.



Ces données globales montrent que dans le corpus 1, il existe un réel déséquilibre dans les tours de parole et dans le temps de parole puis que Madame R. occupe 63% du temps de parole. En revanche dans le corpus 2, les temps cumulés de parole s'équilibrent plus, soulignant que Monsieur R., en prenant la parole, monopolise souvent le temps. C'est lui qui fait les plus longues prises de parole comme au tour de parole 9 (annexe 1) où il parle durant 1 minute et 1 seconde à la suite. Dans le corpus 1, c'est aussi Monsieur R. qui a la plus longue prise de parole, elle est de 45 secondes au tour de parole 99 alors que sa femme ne prend pas la parole plus de 23 secondes au tour de parole 108.

Ces données peuvent être affinées en comptabilisant le nombre de mots produits par minute en moyenne par les interactants.

1.3. Le rapport entre les temps des tours de parole et les mots produits

La maladie de Parkinson a des conséquences sur la prosodie avec des troubles du rythme de la parole. Il peut être intéressant de calculer le rapport entre la longueur du tour de parole et le nombre de mots compréhensibles prononcés pour tous les interactants. Le calcul du nombre de mots par minute va ainsi permettre de constater si un décalage existe entre la temps total des prises de parole et les informations verbales données entre les deux interactants.

	CORPUS 1		CORPUS 2	
	Mr	Mme	Mr	Mme
Temps de parole total	2'42	4'40	2'58	3'30
Total du nombre de mots	271	1045	518	789
Moyenne du nombre de mots par minute (0,01 près)	100,37	223,93	174,61	225,43

Tableau 4 – Moyenne du nombre de mots produits par minute dans les deux corpus

Ce tableau donne les résultats du calcul du nombre de mots par minute des interactants. Les deux aidantes ont un nombre encore une fois quasiment similaire du nombre de mots par minute, soit 223,93 mots par minute pour Madame R. dans le corpus 1 et une moyenne de 225,43 mots par minute pour Madame U. En revanche la différence est très importante dans le couple du corpus 1. Il existe un réel déséquilibre dans le nombre de mots par minute dans le corpus 1 puisque monsieur R. prononce plus de deux fois moins de mots par minute. Parler est ainsi bien plus coûteux en temps. La différence est en revanche moins marquée dans le corpus 2 même si Monsieur U. a une moyenne inférieure du nombre de mots par minute en moyenne.

Une des particularités de la maladie de Parkinson est la dysarthrie hypokinétique avec la modification de la vitesse d'élocution. Comme nous l'avons vu dans la partie théorique, la dysprosodie est le trouble le plus caractéristique. On peut donc trouver dans le discours des accélérations ainsi que des ralentissements. On peut émettre la limite suivante : l'étude générale du nombre de mots par minute sur l'ensemble du corpus ne vient pas signifier cette dysprosodie. Il a ainsi paru intéressant de chercher sur les trois plus longues prises de parole de chaque interactant une éventuelle irrégularité prosodique dans le nombre de mots compréhensible prononcé par minute.

Tout d'abord nous allons nous intéresser à ce rapport entre la longueur du tour de parole et le nombre de mots compréhensibles pour les trois plus grands tours de parole de Monsieur et Madame R. dans le corpus 1.

Madame R.	Tour de parole 3	Tour de parole 92	Tour de parole 108	TOTAL
Nombre de mots	39	58	80	177
Temps en seconde	11	18	23	52
Nombre de mots par seconde (0,01 près)	3,54	3,22	3,48	3,40
Nombre de mots par minute (0,01 près)	212,72	193,33	208,70	204,23
Monsieur R.	Tour de parole 81	Tour de parole 99	Tour de parole 111	TOTAL
Nombre de mots	17	51	28	96
Temps en seconde	10	45	11	66

Nombre de mots par seconde (0,01 près)	1,70	1,13	2,54	1,45
Nombre de mots par minute (0,01 près)	102	68	152,72	87,27

Tableau 5 – Calcul du nombre de mots par minutes sur les trois plus longues prises de parole de Madame et Monsieur R. dans le corpus 1.

Dans le corpus 1 on constate un certain équilibre dans le nombre de mots par minute pour Madame R. Cela respecte les données générales du tableau précédent. En revanche, les données concernant le nombre de mots par minute pour les trois plus longues prises de parole de Monsieur R. sont révélatrices de l'irrégularité dans le débit de parole causée par la maladie de Parkinson. Les prises de parole les plus longues semblent couteuses alors pour Monsieur R. Il y a une grande variabilité du nombre de mots par minute entre ces trois prises de parole allant de 68 mots par minute au tour de parole 99 à 152,72 mots par minute au tour de parole 111.

Les données concernant le corpus 2 sont les suivantes. Nous allons nous intéresser dans les tableaux ci-dessous aux trois plus longues prises de parole de Monsieur et Madame U. et le rapport entre le nombre de mots compréhensibles et le temps de parole en seconde puis en minute.

Mme	Tour de parole 34	Tour de parole 106	Tour de parole 143	TOTAL
Nombre de mots	162	53	62	277
Temps en seconde	42	15	19	76
Nombre de mots par seconde (0,01 près)	3,86	3,53	3,26	3,64
Nombre de mots par minute (0,01 près)	231,43	212	195,79	218,68
Mr	Tour de parole 9	Tour de parole 43	Tour de parole 71	TOTAL
Nombre de mots	162	69	68	299
Temps en seconde	61	20	19	110
Nombre de mots par seconde (0,01 près)	2,51	3,45	3,58	2,72

Nombre de mots par minute (0,01 près)	150,49	207	214,74	163,09
--	--------	-----	--------	--------

Tableau 6 – Calcul du nombre de mots par minutes sur les trois plus longues prises de parole de Madame et Monsieur U. dans le corpus 2.

Dans le corpus 2, l'irrégularité dans le rapport de mots par minute pour Monsieur U. est moins importante que pour Monsieur R. Cependant elle est présente avec une différence de 150,49 mots par minute au tour de parole 9 et 214,74 mots par minute au tour de parole 71.

Ces irrégularités peuvent avoir une influence sur la dynamique de la conversation. En effet, nous pouvons nous poser la question des conséquences sur le rythme de la conversation de paroles tantôt accélérées tantôt ralenties par les prises de parole.

1.4. Les incidents dans l'enchaînement des tours de parole

Les tours de parole, selon les règles de l'alternance, s'enchaînent par attribution par le locuteur du locuteur suivant, ou bien par auto-sélection du locuteur suivant. Cependant, il peut y avoir des incidents dans l'enchaînement des tours de parole comme nous allons le voir avec l'analyse des moments de parole interrompue, les chevauchements, les temps de réponse non pris en compte en raison de la difficile initiation de la parole pour les deux patients parkinsoniens.

1.4.1. Parole interrompue

Dans les deux corpus des moments de temps de parole interrompue sont présents. Un des locuteurs prend la parole pendant le tour d'un autre locuteur. Dans le corpus 1 on note 9 interruptions de parole pendant les 10 minutes du corpus. 8 des 9 interruptions sont réalisées par Madame R. qui prend la parole pendant le tour de parole de Monsieur R. Il existe une autre interruption de la parole, réalisée par Monsieur R. pendant le tour de parole de Madame R., et puis particulièrement pendant une pause remplie sur un « euh » au tour de parole 104 de Madame R.

En ce qui concerne les 8 interruptions de parole de Madame R, trois sont dues aux modifications de l'intensité de la parole dans la maladie de Parkinson. En effet, la maladie influe sur l'intensité de la parole. Nous pouvons prendre l'exemple de l'interruption suivante :

95	Mr	Et puis après [...] /
96	Mme	/ Parle un tout p'tit peu plus fort. J't'entend pas même moi là

Madame R. explicite l'impact de la maladie de Parkinson sur l'intensité de la parole qui vient perturber la dynamique de la conversation.

Trois des interruptions de la parole sont dues à des hésitations de Monsieur R. Notamment deux fois avec un « euh » prolongé. Nous pouvons prendre l'exemple suivant :

79	Mr	Et euh:: /
80	Mme	/ Et ton autre fils alors qu'est-ce qu'il fait l'autre ?

Madame R. vient alors couper l'hésitation de Monsieur R. Dans ce cas elle s'approprie le tour de parole en posant une question à un moment où il hésite. Elle l'a peut-être interprété comme une difficulté dans la poursuite de son tour de parole.

Au tour de parole 105, on sent que Mr a envie d'ajouter quelque chose, il coupe la parole de sa femme en profitant d'un temps de pause rempli sur un « euh ». Cependant, il ne se fait pas comprendre.

104	Mme	Alors la naturopathie c'est un peu pareil c'est c'est. Donc i::ls sont censés: euh: non pas SOIGNER + euh::/
105	Mr	<i>(un geste de la main en décalé vient appuyer la volonté de prendre la parole) / [...] /</i>
106	Mme	/ Les pathologies graves. + Mais simplement euh:: (1s) pallier aux carences qu'on peut avoir euh: + dans l'organisme et puis aussi euh:

Cet exemple vient également souligner que dans la maladie de Parkinson, il existe une réelle difficulté pour hausser la voix et reprendre le dessus sur la conversation. Cela rejoint également les propos de personnes atteintes dans la maladie de Parkinson dans l'étude de Miller & al. (2006). Les propos recueillis soulignaient alors qu'au moment de parler les personnes ne savaient avec quelle intensité et tonalité la voix allait sortir. Ainsi au tour de parole 105 l'intensité de la parole est trop faible et efface le tour de parole potentiel de Monsieur R. C'est la dynamique de la conversation qui est touchée.

Dans le corpus 2, on remarque que l'intensité de la parole trop faible efface également trois tours de parole de Monsieur U. C'est le cas par exemple au début du corpus :

5	Mr	C'était [...]/
6	Mme	/et on ne connaît pas le patois girondin et: dans la:: dans la:: dans mais je crois pas qu'il se pratique encore beaucoup ou alors que euh: dans les landes ils essayent euh:: de le faire euh:: de le faire revivre/
7	Mr	/Alors j

On voit au tour de parole 6 que Madame U. prend la parole à la suite de paroles prononcées trop faiblement par son mari. Cependant, à la différence du premier corpus où jamais monsieur R. n'a pu hausser le ton, Monsieur U. arrive à reprendre la main et rattraper la conversation, en décalage, au tour de parole 7, en haussant la voix.

1.4.2. Des enchaînements de parole en décalage dans le temps

Dans le Corpus 1, il existe des moments où l'enchaînement des tours de parole dans le temps ne se fait pas de manière adaptée. En effet, les tentatives pour prendre la parole à un moment pour Monsieur R. ne sont plus en adéquation avec le thème de conversation. C'est le cas dans l'extrait suivant. On voit qu'au tour de parole 69 tout d'abord Monsieur R. a besoin d'un rappel sur le sujet débattu. Mais il souhaite revenir au sujet de conversation qui était sur son fils, et sur le métier d'avocat. Mais à la suite de paroles coupées à plusieurs reprises, le sujet est finalement relancé par Madame R. au tour de parole 80. Elle coupe la parole de son mari pour passer à son autre fils, et ainsi ne pas perdre la discussion au départ lancée sur le métier des deux enfants.

69	Mr	De faire quoi ? De:: /
70	Mme	/ De faire un numerus clausus pour les médecins ! La preuve c'est que maintenant on n'a <u>PLUS</u> de médecins
71	Mr	Ah oui tu parles <u>des</u> médecins
72	Mme	Oui
73	Mr	Oui mais enfin /
74	Mme	/ On en manque disons (3s)
75	Mr	Bon enfin <u>les</u> avocats
76	Mme	<u>Bon et ton</u>
77	Mr	C'est comme ça
78	Mme	= Oui
79	Mr	Et euh:: /
80	Mme	/ Et ton autre fils alors qu'est-ce qu'il fait l'autre ?

On constate dans cet extrait le décalage temporel créé avec une conversation qui semble aller trop vite pour Monsieur R. qui n'arrive pas à relancer le sujet sur les avocats. A ce moment, il semble presque'il y avoir deux temporalités : celle de Monsieur R., et celle de Madame R., plus rapide.

1.4.3. Les chevauchements

Le chevauchement est une prise de parole d'un locuteur simultanée à celle d'un autre locuteur. Il existe deux types de chevauchements : ceux qui vont interrompre le tour de parole en cours, et ceux qui ne vont pas interrompre le tour de parole en cours, mais seulement le perturber.

Le tableau ci-dessous vient comptabiliser ces deux types de chevauchements dans les deux corpus :

Types de chevauchements	CORPUS 1		CORPUS 2	
	Mme	Mr	Mme	Mr
Chevauchements non interruptifs	4	1	4	10
Chevauchements interruptifs	6	2	6	1
TOTAL	10	3	10	11

Tableau 7 – Calcul du nombre de chevauchements interruptifs et non interruptifs par interactant.

Les données de ce tableau sont assez révélatrices. Dans les deux cas il y a le même nombre de chevauchements interruptifs et non interruptifs pour les aidantes.

Les chevauchements sont nombreux dans les deux corpus et bien souvent en relation avec la faible intensité de voix due à la maladie de Parkinson. Les conjointes n'entendent pas toujours ce que disent leur mari et les tours de parole se chevauchent sans même qu'elles s'en rendent compte. En effet, il suffit que leur regard soit tourné vers moi pour qu'elles ne se rendent pas compte que leur mari a parlé. La difficulté est ainsi réelle sans contact visuel permanent pour maintenir une conversation.

C'est le cas dans cet exemple tiré du corpus 1. Madame R. était partie de la pièce chercher la carte de visite de son fils et était dans le couloir pour prendre son sac à main. Je m'adresse alors à son mari et

lui pose une question. Elle ne pouvait alors apercevoir son mari que de dos. Elle n'entend donc pas qu'il commence à répondre à ma question, et ainsi elle répond aussi, en chevauchant et coupant la parole de son mari. Mais sans s'en rendre compte.

146	C	Et donc vous êtes tous à Bordeaux ?
147	Mr	Mais oui <u>parce que</u> : /
148	Mme	(Mme est dans le couloir, voit son mari de dos, ne l'entend pas) / <u>Oui</u> . Ben oui finalement on est tous à bordeaux (2s) et puis on est pas enfin en tout cas nous sûrement (1s) maintenant

Cette situation vient confirmer le fait que les patients atteints de la maladie de Parkinson sont dans la nécessité de savoir si dans telle ou telle situation leur interlocuteur aura la capacité de les entendre et de les comprendre. Il convient de faire attention aux incidents de ce genre qui pourraient créer des tensions ou alimenter une certaine résignation avec l'évolution de la maladie.

Les chevauchements interruptifs peuvent également survenir en réaction à des défauts d'incitation motrice dus à la maladie de Parkinson. C'est le cas dans les deux corpus : à deux reprises successives dans le corpus 1 et à 4 reprises dans le corpus 2.

Nous pouvons prendre l'exemple du corpus 1 avec les deux chevauchements interruptifs liés à une non compréhensibilité de la parole de Monsieur R. Ce dernier éprouve des difficultés à initier la parole aux tours de parole 105 et 107 entraînant le chevauchement de ses mots avec ceux de sa femme.

105	Mr	(un geste de la main en décalé vient appuyer la volonté de prendre la parole) /[...] /
106	Mme	/ Les pathologies graves. + Mais simplement euh:: pallier aux carences qu'on peut avoir euh: + dans l'organisme et puis aussi euh:
107	Mr	[...]
108	Mme	<u>AIDER</u> certainement, apporter un soutien justement aux: aux: gens qui ont une pathologie lourde et qui ont besoin de: que leur organisme soit: un peu euh: renforcé (gestes qui viennent appuyer le discours) pour lutter contre la maladie et caetera. Et puis au et puis après en régime d'entretien aussi nous qui sommes âgés il nous + il nous fait prendre des tas de choses pour nous maintenir en bonne santé quoi hein, et puis surtout quand on vieillit on se carence quand même + donc euh: (1s)

Il existe de nombreux chevauchements non interruptifs pour les patients parkinsoniens. Dans le corpus 2, les chevauchements non interruptifs de la part de Monsieur U. sont au nombre de 10.

On peut prendre l'exemple suivant où il y a une succession de trois de ces dix chevauchements non interruptifs de Monsieur U. Dans ce passage, Monsieur U. a la réponse à la question que se pose Madame U. à savoir dans quel pays exactement d'Amérique du Sud on retrouve des concours de pelote basque. Au tour de parole 46, Monsieur U. donne la réponse : le Mexique. Cependant, sa femme ne l'entend pas. Au tour de parole 49, 51 et 55 il tente de montrer qu'il connaît la réponse mais les chevauchements successifs

45	Mme	<u>Et d'ailleurs</u> on retrouve des concours de pelote basque: (1s) dans:: dans les pays d'Amérique du sud
46	Mr	= Au Mexique euh::
47	C	<u>D'accord</u>
48	Mme	<u>Je sais pas</u> à quel endroit hein <u>exactement</u>
49	Mr	<u>Si si si si</u>
50	Mme	Je sais pas si c'est général dans tous les <u>pays</u>
51	Mr	<u>Si</u>
52	Mme	Parce que y'a quand même beaucoup de petits pays d'Amérique du sud
53	C	Hmm Hmm
54	Mme	Je ne sais pas exactement à quel <u>endroit</u>
55	Mr	<u>Si si</u>
56	Mme	Mais il y en a
57	C	D'accord. Eh ben je pensais pas du tout.
58	Mr	Eh oui (<i>tape sa main droite sur la cuisse</i>).

Finalement il y a un réel découragement de Monsieur U. qui abandonne. Les chevauchements donnent souvent une accélération à la conversation en accélérant le tempo et en ajoutant de la vivacité à la dynamique conversationnelle. Cependant, dans ce cas, ils n'ont aucun effet sur le déroulement temporel de la conversation. Le fait de ne pas arriver à s'insérer dans la temporalité de l'interaction a comme conséquence le retrait de la conversation de Monsieur U. avec une gestualité significative puisqu'au tour de parole 58 il en laisse tomber ses bras.

L'observation de l'alternance des tours de parole dans l'interaction vient mettre en exergue une organisation différente dans les deux corpus. Dans le corpus 1, l'attribution des tours de parole de Mr par Mme est largement observable. Les indices sont alors à la fois syntaxiques, prosodiques et gestuels. En revanche dans le corpus 2, l'alternance des tours de parole montre une certaine

domination de madame, mais son mari arrive à hausser le ton et prendre la parole de manière plus autonome.

Il existe ainsi un réel impact de la dysarthrie hypokinétique sur l'enchaînement des tours de parole et la dynamique de la conversation. Les chevauchements et interruptions des tours de parole, bien souvent non volontaires de la part des conjointes, créent deux temporalités parallèles dans la conversation. L'une des deux temporalités est celle de la maladie de Parkinson avec des débits inégaux mais un ralentissement général dans l'initiation de la prise de parole et une certaine résignation des deux hommes. L'autre temporalité est celle des aidantes qui vont avoir un réel rôle à jouer pour rétablir tout au long de la conversation un certain équilibre.

1.5. Les différentes réparations mises en place par les interactants

Les différents incidents que nous avons vus viennent isoler le locuteur de la maladie de Parkinson dans sa propre temporalité. Cependant, il existe des procédures de réparation conversationnelle. Utilisées de manière naturelle elles peuvent être de deux types comme nous l'avons vu dans la partie théorique. L'auto-réparation est réalisée par l'auteur de l'incident tandis que l'hétéro-réparation est réalisée par le partenaire de conversation. L'analyse des différentes réparations va nous permettre de constater si la temporalité des interactions mise à mal par la maladie de Parkinson peut être réparée par les aidantes.

Dans le corpus 1, Madame R. adopte souvent des comportements qui permettent de maintenir l'investissement dans l'échange de son mari. Ainsi elle lui évite des blocages, mais elle ne donne pas forcément la solution, elle lui repose la question. C'est ce que nous pouvons constater dans l'exemple ci-dessous :

39	Mr	Oui. Ben oui [...] (2s) Oui alors tout ça a des conséquences aussi (2s), ils comprennent bien que suivant [...] (2s)
40	Mme	Qu'est-ce qu'ils font tes fils ? Explique un petit peu, ils sont pas dans la préhistoire eux ?
41	Mr	<u>Ils sont</u> /
42	Mme	/ <u>Ni</u> même dans la recherche
43	Mr	Alors (1s) [...]
44	Mme	Non non mais qu'est-ce qu'il fait ton fils aîné par exemple ? Qu'est-ce qu'il est, qu'est-ce qu'il fait comme profession ?
45	Mr	Il est avocat
46	Mme	= Voilà

A deux reprises (aux tours de parole 40 et 44) Madame R. vient en aide à son mari qui hésite, baisse la voix et se perd dans des pauses inadaptées. Elle lui rappelle le thème qui est celui du métier de leurs enfants et relance son partenaire afin de le valoriser.

De même au tour de parole 80 elle redonne un cadre à la conversation et rappelle le thème. En demandant à son mari ce que fait son autre fils, il ne trouve plus le nom exact de son métier. L'analyse filmique montre alors la naissance de la plaisanterie chez sa femme au tour de parole 88 qui signifie la capacité à accepter la situation du manque de mot et souligne la complicité dans le couple. Les deux sourient et finalement c'est Monsieur R. qui pose la question à sa femme du nom du métier.

80	Mme	/ Et ton autre fils alors qu'est-ce qu'il fait l'autre ?
81	Mr	Mon mon autre fils il est il est dans le domaine des + de la médecine (2s) mais:: (2s) comment (1s)
82	Mme	= DOUCE
83	Mr	= Douce
84	Mme	= Parallèle
85	C	= D'accord
86	Mme	= Et alors il est quoi ?
87	Mr	Il est (2s)
88	Mme	(Rires) Pourtant tu dois le savoir depuis le temps qu'on en parle
89	Mr	Je sais [...] (<i>baisse la tête et les yeux puis les relève vers sa femme</i>) (5s) alors il fait quoi ?
90	Mme	= Il est naturopathe, phytothérapeute

Les réparations dans ces deux cas prennent plusieurs tours de parole mais aboutissent à une solution qui ne mette pas en retrait Monsieur R., au contraire. Elle redonne à son mari de la place dans la conversation en lui posant ces questions.

Un peu plus loin alors que Madame R. demande à son mari de parler plus fort. Elle souligne que sa voix est trop faible au tour de parole 96 et qu'elle n'entend pas ce qu'il dit. S'ensuit alors une remarque de défaite de son mari au tour de parole 97 avec un soufflement qui révèle sa lassitude. On voit tout l'impact de la maladie dans la remarque qu'il fait. Sa femme rappelle alors que la conversation, ancré dans un contexte particuliers, fait qu'il a toujours des choses à dire. Elle remet les éléments dans une temporalité du présent où il a sûrement des choses à rajouter. Ce qui donne une des plus longues prises de parole de Monsieur R. au tour de parole 99. Même s'il montre au début des signes de mécontentement suite à la réflexion de sa femme et même s'il utilise le

marqueur discursif « Bon » d'un air froid avec un temps de pause silencieuse par la suite, il prend de nouveau part à la conversation et ne se met pas en retrait.

96	Mme	/ Parle un tout p'tit peu plus fort. J't'entend pas même moi là
97	Mr	(Souffle) Oui mais tu sais tout ce que j'ai à dire
98	Mme	Mais non mais je sais tout ce que tu as à dire mais pas forcément à ce qu'on dit maintenant !
99	Mr	Bon. (2s) Alors pendant dix ans il a étudié (1s) [...] la discipline. Et (3s) Ce qu'il a fait à Bordeaux et (2s) étant donné le (2s) la: l'immensité du sujet (2s) [...] Alors si vous voulez la naturopathie en deux mots c'est une science qui n'est pas enseignée (1s) à l'université mais [...] la nécessité [...]

L'aidante a alors ce rôle crucial d'encourager la parole chez son mari. Les différentes réparations montrent un réel souci pour que son mari ne se mette pas en retrait de la conversation malgré la maladie de Parkinson. Les réparations sont exclusivement hétéro-réparatrice et le rôle de sa femme comme aidante est ainsi mis en valeur.

Dans le corpus 2, on voit également que Madame U. vient en aide aux difficultés d'organisation de la parole de son mari avec l'hétéro-signalisation. C'est le cas dans l'exemple suivant :

69	Mr	[...] 50 à 60 quand la France a commencé à se relever [...] le pays breton était tellement en retard dans dans le développement et dans [...] /
70	Mme	/ Là tu reviens en Bretagne ?
71	Mr	= Les infrastructures je veux dire parce que j'ai dirigé un peu tout ça, c'était compris en Bretagne. Toutes les routes ont été mises à à deux fois deux voies bien avant que tout le tout le tout le réseau national. + Et: ça c'est parce que parce que il était il était de notoriété que que que:: le pays de la Bretagne euh était:: comment dire::
72	Mme	Ben donc c'était une extrémité, ils se sentaient isolés.
73	Mr	= Ouais ils se sentaient isolés

Au tour de parole 69, Monsieur U. entreprend de parler mais reste très peu compréhensible. La parole est entre accélération et ralentissement. La dysfluente vient alors mettre en péril le sens de ses mots. Sa femme le coupe ainsi et recentre au tour de parole 70 ses propos. Le tour de parole qui suit est plus compréhensible. Il demande l'aide de sa femme pour combler son manque du mot à la fin et confirme au tour 73 la reformulation de cette dernière.

Enfin la reformulation est également utilisée lorsque son mari éprouve des difficultés à s'exprimer avec fluence et semble éprouver des difficultés à se sortir de palilalies. C'est le cas dans l'exemple ci-dessous.

119	Mr	[...] que le:: <u>que la::</u> [...]
120	Mme	<u>La cellule concernée</u> vraiment très vite

On observe l'importance des hétéro-réparations dans les deux corpus. Ces dernières sont des activités de collaboration qui réintègrent le discours de Monsieur R. et de Monsieur U. dans la temporalité de la conversation.

2. Initiation et clôture des thèmes de conversation

Les thèmes de conversation sont construits en collaboration entre les interactants et concernent les sujets de discussion. Une des difficultés mentionnées par les personnes atteintes de la maladie de Parkinson est la difficulté d'entrer dans une conversation et d'y garder sa place (Miller & al., 2006). Nous allons donc nous intéresser à la participation des interactants à la construction et la gestion de ces thèmes de conversation dans le temps de la conversation.

2.1 Répartition des initiations et clôtures de thèmes de conversation

Il convient de relever les différents thèmes et sous thèmes abordés dans les deux corpus. Dans le corpus 1 on peut les décrire ainsi :

- THEME A : le voyage
- THEME B : la famille de Monsieur et Madame R.
 - Sous-thème n°1 : le lieu d'habitation de leur fils
 - Sous-thème n°2 : le métier du fils aîné
 - Sous-thème n°3 : les numeros clausus de médecine et d'avocats
 - Sous-thème n°4 : la formation de naturopathe du deuxième fils
 - Sous-thème n°5 : son exercice de naturopathe à Bordeaux
- THEME C : le fait de rester habiter à Bordeaux

Dans le corpus 2, les thèmes et sous-thèmes sont les suivants :

- THEME A : les différents patois

- Sous-thème n°1 : anecdote sur le patois landais
- Sous-thème n°2 : l'attachement du pays basque à leur langue
- Sous-thème n°3 : l'attachement excessif à leur langue et à leur région des basques
- Sous-thème n°4 : les concours de pelote basque en Amérique du Sud
- Sous-thème n°5 : les bretons et leurs infrastructures
- Sous-thème n°6 : l'apprentissage du breton et du basque
- THEME B : la maladie de Parkinson
 - Sous-thème n°1 : autant de maladies que de parkinsoniens
 - Sous-thème n°2 : le traitement de Monsieur U.
 - Sous-thème n°3 : la prise en charge de Monsieur U.

Le tableau ci-dessous donne le nombre d'initiations et de clôture de thèmes et de sous-thèmes par les différents interactants.

	CORPUS 1		CORPUS 2	
	Mme	Mr	Mme	Mr
Initiation d'un thème	3	1	4	2
Clôture d'un thème	4	0	0	0
TOTAL	7	1	4	2

Tableau 8 – Nombre d'initiation et de clôture de thèmes et de sous-thèmes par interactant.

Dans le corpus 1, les initiations et clôtures de thèmes de conversation ne sont pas mises en place par Monsieur R. L'initiative vient la plupart du temps de sa femme. Au début du corpus elle clôture le thème précédent et essaie de donner la parole à son mari pour lancer un nouveau thème de conversation.

1	Mme	Bon et en dehors de la préhistoire peut-être qu'on peut parler d'autre chose ?
---	-----	--

Cette opération est réitérée selon le même principe quelques tours de parole plus loin. En effet au tour de parole 16, elle utilise, de la même manière, un marqueur discursif introductif puis un marqueur discursif de clôture pour marquer la fin du thème des voyages et montrer la nécessité de changer de thème.

16	Mme	Bien et puis sinon euh: (1s)
----	-----	------------------------------

C'est également elle qui clôt le sujet de leurs deux enfants au tour de parole 143 :

143	Mme	Et:: voilà donc euh:: c'est c'est nos deux fils. On n'en a que deux (<i>se lève pour aller chercher la carte de son fils naturopathe</i>)
-----	-----	---

Madame R. tient également le rôle de relance du thème auprès de son mari comme nous pouvons le voir avec la question au tour de parole 28.

26	Mme	On a DEUX fils oui
27	C	D'accord
28	Mme	Alors ? Vas-y sur tes fils, raconte un peu
29	Mr	Nos deux fils sont très beaux (<i>rires</i>).

A deux reprises par la suite Mr prend la parole dans un jeu de questions – réponses.

40	Mme	Qu'est-ce qu'ils font tes fils ? Explique un petit peu, ils sont pas dans la préhistoire eux ?
41	Mr	Ils sont /
42	Mme	/ Ni même dans la recherche
43	Mr	Alors (1s) [...]
44	Mme	Non non mais qu'est-ce qu'il fait ton fils aîné par exemple ? Qu'est-ce qu'il est, qu'est-ce qu'il fait comme profession ?
45	Mr	Il est avocat
46	Mme	= Voilà

En effet sa femme aux tours de parole 40 et 44 tente de lui faire dire le métier de son fils. Les questions sont alors directement informatives.

Le respect du thème de la conversation se fait grâce à madame R. qui, au lieu de voir s'écarter la conversation vers le métier d'avocat, va redonner le cadre initialement introduit en passant au métier de l'autre fils. Elle n'hésite donc pas à couper la parole à son mari pour rétablir le thème initialement prévu de conversation.

79	Mr	Et euh:: /
80	Mme	/ Et ton autre fils alors qu'est-ce qu'il fait l'autre ?

Son mari est également capable d'initier un sous-thèmes en voulant parler par exemple du métier d'avocat au tour de parole 48 à l'aide du marqueur discursif introductif « Alors » :

48	Mr	Alors les avocats ça commence à [...]
----	----	---------------------------------------

Cependant c'est la seule fois que Monsieur R. entreprend la gestion des thèmes de la conversation. On observe alors réellement la difficulté à initier, clôturer ou relancer la conversation.

Dans le corpus 1 c'est Madame R. qui maintient le thème de conversation. Elle donne un fil conducteur à l'enchaînement dans le temps de la conversation. C'est elle qui relance son mari. Et c'est elle qui clôture également les thèmes de conversation.

Dans le corpus 2, l'initiation des thèmes de conversation vient plus souvent de Madame U. Le thème B cependant est mis en place par Monsieur U. Ce dernier profite d'un temps de pause silencieuse de 4 secondes pour changer de thème de conversation.

101	C	D'accord (4s)
102	Mr	Alors Monsieur Parkinson il était basque lui, il était: ?

Il est également présent dans l'introduction de nouveaux sous-thèmes comme au tour de parole 37 :

37	Mr	Après c'est vrai que les basques voyagent beaucoup,
38	Mme	= Oui c'est vrai.

Tout comme Madame R. dans le corpus 1, Madame U. maintient les thèmes de conversation et veille à leur juste poursuite. Ainsi au tour de parole 70 elle demande à son mari dans quelle direction il oriente sa prise de parole :

69	Mr	[...] 50 à 60 quand la France a commencé à se relever [...] le pays breton était tellement en retard dans dans le développement et dans [...] /
70	Mme	/ Là tu reviens en Bretagne ?

La majeure partie des prises de paroles liées à l'initiation, la relance ou la clôture des thèmes de conversation est réalisée par les aidantes. La relation entre les personnes ayant la maladie de Parkinson et leur femme est ainsi rendue dissymétrique dans l'organisation structurale et temporelle de la conversation.

2.2 L'utilisation des marqueurs discursifs

Les marqueurs discursifs viennent donner du sens et structurer la conversation. Dans le cadre de cette étude, nous allons nous intéresser à leur rôle dans le dynamisme qu'ils apportent à l'enchaînement des interactions. Nous allons donc nous intéresser aux marqueurs discursifs en début et en fin de tour de parole pour considérer leur rôle dans l'évolution de la communication.

2.2.1. Les marqueurs discursifs en début de tour de parole

Rappelons que dans la partie théorique il a été mentionné la complexité de la définition des marqueurs discursifs. Ils « sont les expressions caractéristiques de l'oral spontané, produites dans une situation d'interlocution » (Somolinos, 2011). Des exemples seraient : bon, euh, hein, ben, voilà, alors, puis, tiens, etc.

Le tableau ci-dessous vient quantifier le nombre de ces marqueurs discursifs en début de tour de parole en fonction du nombre de tours de parole de chaque interactant. Un pourcentage a été réalisé pour illustrer le pourcentage de tour de parole commençant par un marqueur discursif.

	CORPUS 1		CORPUS 2	
	Mme	Mr	Mme	Mr
Nombre de marqueurs discursifs en début de tour de parole	36	16	24	9
Nombre de tours de parole	63	46	53	40
Pourcentage des tours de parole initiés avec un marqueur discursif	57%	35%	45%	22%

Tableau 9 – Calcul pour chaque interactant du pourcentage de tours de parole commençant par un marqueur discursif.

Les marqueurs discursifs sont ces marques de l'oral spontané qu'il est intéressant de prendre en compte car ils viennent donner du sens et structurer la prise de parole. On constate à travers ces

chiffres qu'ils sont nettement moins utilisés au commencement d'une prise de parole par les deux personnes atteintes de la maladie de Parkinson. Les marqueurs initient une prise de parole dans 35% des cas pour Monsieur R. dans le corpus 1 et dans 22% des cas pour Monsieur U. dans le corpus 2. On peut alors émettre l'hypothèse que la maladie de Parkinson vient modifier ce caractère naturel et spontané de la parole.

Dans le corpus 1, nous pouvons prendre l'exemple de l'utilisation de ce type de marqueurs discursifs d'inauguration dès le premier tour de parole par Madame R.

1	Mme	Bon et en dehors de la préhistoire peut-être qu'on pourrait parler d'autre chose hein ? (Mr baisse la tête à ce moment)
---	-----	--

Le « Bon » vient dynamiser sa prise de parole et donner de l'élan à la prise de parole. De plus, cette prise de parole est conclue par un autre marqueur discursif : « hein ». Nous allons ainsi nous intéresser à ces marqueurs discursifs de clôture.

2.2.2. Les marqueurs discursifs de clôture de tour de parole

Le tableau ci-dessous vient également comptabiliser le pourcentage, pour chaque interactant, de tours de paroles clôturés par un marqueur discursif.

	CORPUS 1		CORPUS 2	
	Mme	Mr	Mme	Mr
Nombre de marqueurs discursifs en début de tour de parole	25	2	9	4
Nombre de tours de parole	63	46	53	40
Pourcentage des tours de parole initiés avec un marqueur discursif	40%	4%	17%	10%

Tableau 10 – Calcul pour chaque interactant du pourcentage de tours de parole se terminant par un marqueur discursif.

Les marqueurs discursifs peuvent venir signifier la fin d'un tour de parole. On remarque alors leur caractère précieux pour l'enchaînement de la conversation. Monsieur R. n'arrivait pas à prendre la parole depuis deux tours de parole, et réalisaient des essais infructueux sur des pauses remplies de sa femme sur des « euh ». Il réussit à exprimer ce qu'il voulait dire au moment où sa femme choisit de clôturer sa prise de parole par « voilà ».

104	Mme	Alors la naturopathie c'est un peu pareil c'est c'est. Donc i::ls sont censés: euh: non pas SOIGNER + euh::/
105	Mr	<i>(un geste de la main en décalé vient appuyer la volonté de prendre la parole) /[...] /</i>
106	Mme	/ Les pathologies graves. + Mais simplement euh:: pallier aux carences qu'on peut avoir euh: + dans l'organisme et puis aussi euh:
107	Mr	[...]
108	Mme	AIDER certainement, apporter un soutien justement aux: aux: gens qui ont une pathologie lourde et qui ont besoin de: que leur organisme soit: un peu euh: renforcé <i>(gestes qui viennent appuyer le discours)</i> pour lutter contre la maladie et caetera. Et puis au et puis après en régime d'entretien aussi nous qui sommes âgés il nous + il nous fait prendre des tas de choses pour nous maintenir en bonne santé quoi hein, et puis surtout quand on vieillit on se carence quand même + donc euh: (1s)
109	C	D'accord
110	Mme	= Donc tout ça c'est à base en principe de:: de plantes, de produits naturels, au moins de produits naturels, c'est pas toujours des plantes. + Et:: bon, voilà.
111	Mr	= Il s'agit donc de soigner non pas + la maladie une fois qu'elle est + déclarée + mais d'empêcher qu'elle se déclare + en amenant + le corps euh: /

Le marqueur discursif « voilà » a un réel effet de relance dans la conversation. La clôture du message permet en effet à l'interlocuteur de formuler son message en connaissant les intentions de madame R. qui était de clôturer son tour de parole.

Les marqueurs qui clôturent une prise de parole sont moins utilisés également dans le cadre de la maladie de Parkinson. Ils accompagnent seulement 4% des prises de parole de Monsieur R. dans le corpus 1 et seulement 10% des cas pour Monsieur U. dans le corpus 2. Il convient alors de se demander si la dysarthrie hypokinétique n'a pas cette réelle influence sur la fluence de la parole et son caractère naturel. Le fait que les patients ne clôturent pas les tours de parole ainsi que les thèmes pourrait être dû aux troubles cognitifs et aux troubles de la parole, notamment de la fluence qui induit que les conjointes prennent les devants et clôturent à leur place.

2.3. L'appui des gestes dans l'évolution de la conversation

La gestualité peut aussi alors prendre une place importante dans l'enchaînement dans le temps de la conversation. Nous pouvons prendre l'exemple de Madame R. dans le corpus 1 qui va venir d'un seul geste inciter son mari à prendre la parole. Alors que je m'adresse en effet à lui pour lui demander de me parler de sa famille, sa femme le pousse à parler d'un geste de la tête.

17	C	Et sinon j'ai entendu vous avez de la famille un petit peu ? vous avez des enfants ?
18	Mme	Oui
19	C	Oui ?
20	Mr	(<i>Signe de la tête vers son mari pour l'inciter à prendre la parole</i>) Moi j'ai des enfants et il se trouve que ma femme + aussi

La gestualité dans le deuxième corpus est bien plus présente et vient donner du sens aux mots qui sont prononcés à une très grande vitesse et ne sont ainsi souvent pas compréhensibles. Dans la plus grande prise de parole de Monsieur U. dans le corpus 2, ils sont indispensables à la compréhension de l'anecdote de Monsieur U. au tour de parole 9. Ils viennent alors illustrer plusieurs éléments de l'histoire :

9	Mr	<u>J'ai</u> eu pendant longtemps à la SCNF une activité de: de + dirigeant de chantier si bien que ça me faisait + rester le soir dans les petites gares pour dormir sur place pour partir au boulot et:: (2s) et un jour on a échangé de zone on a échangé de place (<i>geste avec les deux mains qui vient accompagné l'idée de changement de zone</i>) [...] je rentrais de bordeaux pour re revenir à Chalet et:: (1s) le:: euh:: [...] euh les gars les gars qui étaient beaucoup détachés des landes parce que on avait refait les voies à l'intérieur des landes donc [...] ils avaient [...] on les déplaçait (<i>léger et rapide geste des deux mains pour mimer le déplacement</i>) pour faire les chantiers donc on avait tous ces gars là + et je rigolais ce jour là comme toujours + et les gars ils discutaient en patois tous c'était patois et:: yen a un qui: vient vers moi yen a un qui m'a aperçu le premier (<i>parle en patois landais</i>) [...] et il dit ça comme ça et (<i>avec l'intonation</i>) : « oh pardon bonjours monsieur le chef de chantier » (<i>rires</i>).
---	----	--

Au tour de parole 43 également, Monsieur U. utilise un geste de la main gauche qu'il lève simultanément à sa prise de parole afin de s'octroyer le tour de parole. Il signifie par là son envie de parler par rapport à sa femme, chevauche les mots de sa femme et finit par l'emporter.

37	Mr	Après c'est vrai que les basques voyagent beaucoup,
38	Mme	= Oui c'est vrai.
39	Mr	= En particuliers en Amérique du Sud et en Amérique centrale
40	C	D'accord.
41	Mr	Oui beaucoup [...]
42	Mme	Oui <u>y a des, y a des</u> /
43	Mr	/ (Geste de la main gauche qu'il lève pour montrer qu'il veut prendre la parole) <u>A une époque, à une époque</u> un collègue de mon père + qui était en poste au pays basque euh disait il part + de:: de de de tous les ports de: de: la côte atlantique et il part sur [...] je connais plus les nombres mais c'était faramineux le nombre de basques [...] c'était le bateau un bateau avec je ne sais pas combien de gens dedans mais [...] quoi

La gestualité est très présente dans le corpus 2 et vient donner du sens aux mots de Monsieur U. En revanche dans le corpus 1, la gestualité est rendue compliquée parce que la maladie de Parkinson gêne bien plus la motricité de Monsieur R.

3. Les temps de pause

L'étude des temps de pause dans le discours d'une personne ayant la maladie de Parkinson dans le cadre d'une conversation mériterait une étude spécifique. Dans le cadre théorique de l'étude nous avons distingué les pauses remplies et les pauses silencieuses.

3.1. Les pauses remplies

Les pauses remplies ou pleines sont des hésitations audibles comme sur le « euh ». Ces pauses remplies peuvent être vues comme l'occasion de prendre la parole et de s'insérer dans la conversation. C'est le cas dans le corpus 2 avec Monsieur U. qui tente de prendre la parole au tour de parole 2 en profitant d'une de ces pauses :

2	Mme	/ Oh si:: si si. Mais tous c'est sur la base du gascon mais: quand même euh ya <u>des::</u>
3	Mr	[...]
4	Mme	<u>des variations</u> (1s)

Monsieur R. dans le corpus 1 tente également de prendre la parole sur le temps d'une de ces pauses remplie au tour de parole 31 :

30	Mme	Ça c'est::
31	Mr	[...]
32	Mme	= Pas la peine de le mentionner

De même que pour le corpus 2, les propos ne sont pas compréhensibles et entraînent la reprise de la parole par l'aidante.

Le même schéma se réitère à la prise de parole 106 de Monsieur R. dans le corpus 1 :

106	Mme	/ Les pathologies graves. + Mais simplement euh:: pallier aux carences qu'on peut avoir euh: + dans l'organisme et puis aussi euh:
107	Mr	[...]
108	Mme	<u>AIDER</u> certainement, apporter un soutien justement aux: aux: gens qui ont une pathologie lourde et qui ont besoin de: que leur organisme soit: un peu euh: renforcé (<i>gestes qui viennent appuyer le discours</i>) pour lutter contre la maladie et caetera. Et puis au et puis après en régime d'entretien aussi nous qui sommes âgés il nous + il nous fait prendre des tas de choses pour nous maintenir en bonne santé quoi hein, et puis surtout quand on vieillit on se carence quand même + donc euh: (1s)

Ainsi la prise de parole sur des temps de pauses remplies ne semble pas être un facteur de réussite dans la prise de parole.

3.2. Les temps de pause silencieux

Seules les pauses longues, supérieures ou égales à une seconde, ont été étudiées.

3.2.1. Les temps de pause intratours

Les pauses silencieuses intratours qui nous intéressent sont celles égales ou supérieures à 1 seconde. Dans les deux corpus elles sont notées par leur durée entre parenthèses. Le tableau ci-dessous vient quantifier le total du temps en secondes pris par ces pauses à l'intérieur des tours de parole de chaque interactant dans les deux corpus.

CORPUS 1		CORPUS 2	
Mme	Mr	Mme	Mr

Temps total en secondes des pauses intratours	7	28	5	3
--	---	----	---	---

Tableau 11 – Calcul pour chaque interactant du temps cumulé en secondes de pauses intratours.

Dans le corpus 2, on n’observe pas de temps de silence inapproprié pour Monsieur U. par rapport à sa femme. En revanche, dans le corpus 1, on se rend compte de l’emploi très important de ces pauses à l’intérieur des tours de parole de Monsieur R. Souvent les temps de pauses intratours sont utilisés lors de longues prises de parole coûteuses en énergie pour Monsieur R. C’est le cas par exemple au tour de parole 99 :

99	Mr	Bon. (2s) Alors pendant dix ans il a étudié (1s) [...] la discipline. Et (3s) Ce qu’il a fait à Bordeaux et (2s) étant donné le (2s) la: l’immensité du sujet (2s) [...] Alors si vous voulez la naturopathie en deux mots c’est une science qui n’est pas enseignée (1s) à l’université mais [...] la nécessité [...]
----	----	--

On a dans ce tour de parole 13 secondes au total de pauses intratours. L’emploi massif de ces pauses n’a pas l’objectif de donner à un autre locuteur en place la possibilité de prendre la parole. C’est une des conséquences de la dysarthrie hypokinétique. La dysarthrie crée des temps de pause qui ne sont pas toujours adaptés.

3.2.2. Les temps de pause inter-tours

Les temps de pause inter-tours sont des pauses qui se situent entre la fin du tour d’un locuteur et le début de la prise de parole d’un autre locuteur. On comptabilise dans le tableau ci-dessous les temps de pause silencieuses inter-tours avant la prise de parole des locuteurs concernés.

	CORPUS 1		CORPUS 2	
	Mme	Mr	Mme	Mr
Nombre de pauses inter-tours précédant la prise de parole	3	5	2	2
Temps total en secondes des pauses inter-tours	5	8	5	3

Tableau 12 – Calcul pour chaque interactant du temps cumulé de pauses inter-tours précédant leur tour de parole.

Les temps de pause inter-tours peuvent venir faciliter la prise de parole des patients parkinsoniens. C'est surtout le cas dans le corpus 1. On voit que Monsieur R. profite de ces temps de pause entre les tours de parole pour initier un temps de parole, et pas seulement répondre à une question ou une incitation de sa femme.

9	Mme	On peut pas changer de sujet de recherche comme ça, quand vous <u>changez de terrain</u> ,
10	C	<u>Oui bien sûr</u>
11	Mme	= Vous changez plus ou moins de sujet donc c'est pas::
12	C	Hmm Hmm (2s)
13	Mr	Par contre ils nous demandent au contraire + de pas changer de s
14	Mme	= Ouais. Ben c'est le principe un peu de la recherche, hein l'INRS n'a pas toujours + le même domaine de recherche euh

Dans cet exemple, au tour de parole 14, Monsieur R., va profiter de ce ralentissement de l'enchaînement des tours de parole pour s'insérer dans la conversation.

C'est également le cas un peu plus loin au tour de parole 50, 69 et 75. Au tour de parole 69, Monsieur R. n'avait pas parlé depuis le tour de parole 57. Ce temps de ralentissement dans la conversation est ainsi bénéfique pour pallier les difficultés d'initiation motrice dues à la maladie de Parkinson.

67	Mme	Mais ça c'était une erreur grossière hein franchement hein
68	C	Oui (1s)
69	Mr	De faire quoi ? De:: /
70	Mme	/ De faire un numerus clausus pour les médecins ! La preuve c'est que maintenant on n'a <u>PLUS de médecins</u>

Dans le corpus 2, Monsieur U. va également profiter d'un temps de pause inter-tour de 4 secondes pour initier le changement de thème de conversation.

101	C	D'accord (4s)
102	Mr	Alors Monsieur Parkinson il était basque lui, il était: ?
103	C	Monsieur Parkinson il était ANGLAIS.

Si les temps de pause inter-tours permettent aux patients une plus grande facilité à initier un tour de parole, lorsqu'ils précèdent les tours de parole des aidantes ils ont un autre but. Ces dernières utilisent ces temps pour relancer la conversation ou réparer certains incidents de la communication. C'est le cas dans le corpus 1 avec l'exemple suivant :

39	Mr	Oui. Ben oui [...] (2s) Oui alors tout ça a des conséquences aussi (2s), ils comprennent bien que suivant [...] (2s)
40	Mme	Qu'est-ce qu'ils font tes fils ? Explique un petit peu, ils sont pas dans la préhistoire eux ?

Devant la difficulté de son mari à formuler son idée Madame R. va relancer la conversation et redynamiser l'interaction en profitant de ce temps de silence pour poser deux questions. Ces questions ont pour but d'aider son mari à retrouver son idée.

4. Conclusion

Au terme de l'analyse nous avons pu voir un réel déséquilibre conversationnel dans les critères étudiés. C'est la temporalité soit l'évolution dans le temps de la conversation qui est touchée. En effet, un des effets majeurs de la dysarthrie est la dysprosodie avec la dysfluence qui vient perturber l'enchaînement des tours de parole.

On a pu observer dans les deux corpus des tours de parole et des temps de conversation plus majoritairement utilisés par les aidantes. Le déséquilibre s'installe déjà et est accentué par un nombre moyen de mots par minute inférieur pour les personnes ayant la maladie de Parkinson. Les tours de parole sont donc plus coûteux en énergie pour les deux hommes et peuvent être très irréguliers. A certains moments, le débit de parole est très rapide et à d'autres moments très lents, avec des temps de pauses silencieuses inadaptées. Ainsi dans la gestion des thèmes de conversation Monsieur R. et Monsieur U. sont quasiment absents.

Les conséquences sur le déroulement de la conversation peuvent être l'interruption de la parole non volontaire parce que l'intensité de la parole est trop faible et irrégulière, ou bien des chevauchements pour les mêmes raisons.

Cependant des solutions sont mises en place naturellement par les aidantes comme le jeu de questions – réponses de manière à ne éviter le retrait de la conversation de leur mari. La reformulation est également une aide précieuse à la difficile formulation d'idées ou de simples mots.

Ces résultats concordent avec l'étude de Miller & al. (2006) où les patients parkinsoniens se plaignent de la lenteur dans leur discours, de leur manque de clarté, de l'effort à maintenir tout au long de la prise de parole et du marmonnement. On retrouve tout cela dans les deux corpus avec un nombre important de passages pas compréhensibles. La difficulté est d'avoir conscience de ces troubles ce qui amène les patients à parler d'un décalage entre la conscience et la voix qui ne sort pas comme ils le veulent.

C'est l'habileté à communiquer et à soutenir la temporalité d'une conversation qui est perturbée dans la maladie de Parkinson. L'aspect naturel et spontané de la parole est touché par la maladie comme le montre l'utilisation nettement moins importante des marqueurs discursifs. Les patients parkinsoniens peuvent alors prendre une position plus passive dans la conversation, créant comme une temporalité parallèle avec l'abandon de la participation à la dynamique conversationnelle.

II. Discussion sur l'analyse conversationnelle

Les résultats ont permis d'objectiver la perturbation de l'enchaînement dans le temps d'une conversation en raison de la maladie de Parkinson. Des intérêts et des limites sont alors à souligner dans l'utilisation de l'analyse conversationnelle.

1. Les intérêts

L'analyse conversationnelle présente de nombreux avantages. Elle est un outil de recherche d'une grande richesse qui vient se placer au cœur de l'interaction. La communication est non plus mise en exercice comme en séance d'orthophonie par exemple mais elle est prise sur le vif. L'étude est ainsi

réalisée dans un contexte où le patient, en relation avec son environnement, est plus apte à produire un discours naturel et spontané. L'intérêt est alors aussi que dans ce contexte connu, les deux couples se sont volontiers confiés sur leur histoire et l'histoire de la maladie.

Partir d'une situation du quotidien permet de se rendre compte des réelles difficultés que la maladie occasionne. Un tel support, utilisé comme outil thérapeutique, pourrait servir de référence à une prise en charge orthophonique. Dans le cadre d'une maladie de Parkinson où les expressions de la maladie sont très différentes d'un patient à un autre, réfléchir préalablement sur la singularité d'une situation de communication quotidienne, en amont de la prise en charge, permet de cibler la prise en charge avec des objectifs adaptés.

Il y a un réel intérêt à ne pas seulement prendre en compte les incidents conversationnels dans l'analyse. Les différentes réparations et stratégies efficaces mises en place par les aidantes sont valorisées dans l'analyse conversationnelle.

Il a été intéressant également de travailler avec les aidantes. Lors des deux rencontres, il est évident que les femmes des patients avec la maladie de Parkinson ont un réel rôle, pris à cœur, dans la maladie de leur conjoint. Elles ne sont plus simplement observatrices ou simplement écartées de la prise en charge. Au contraire, elles sont au cœur de cette prise en charge, en deviennent actrices, et leur place d'aidante remise en valeur.

L'analyse filmique enfin a permis de prendre en compte les productions verbales, non verbales ainsi que paraverbales des patients. L'utilisation de la caméra permet ainsi l'étude de la multicanalité dont parle Cosnier (1984). L'étude vient envelopper la parole dans sa globalité. L'analyse filmique a également présenté l'avantage de ne pas avoir à prendre de notes pendant l'entretien, j'étais alors plus facilement considérée comme un partenaire de conversation et non pas seulement comme une personne venue réaliser une étude scientifique.

Un dernier intérêt de l'analyse conversationnelle est de permettre à tout orthophoniste de se rendre compte de son propre comportement conversationnel avec les patients et proches des patients rencontrés.

2. Les limites

La volonté est de mettre en place le cadre le plus écologique possible pour obtenir un corpus d'étude qui soit le plus fidèle au quotidien des personnes ayant la maladie de Parkinson et leur partenaire de conversation privilégié. Cependant, la conversation filmée vient introduire l'objet caméra qui n'est pas habituel. De plus, ma présence associée à la réalisation d'une étude scientifique vient ajouter un biais à l'aspect naturel de la conversation. Ainsi, dans le corpus 1, il arrive souvent que Madame R. se tourne vers la caméra pendant la rencontre.

Il n'y a pas une mais des maladies de Parkinson. C'est ce que montrent les avancées génétiques et moléculaires. Cette pluralité rend d'emblée difficile une généralisation. Ainsi à partir de l'étude de deux corpus uniquement il était difficile d'homogénéiser les résultats. De plus, la maladie avait des retentissements très différents chez Monsieur R. et Monsieur U. Monsieur R. dans le corpus 1 commence à présenter des troubles cognitifs. Ces troubles cognitifs rendent l'attention à la conversation plus complexe. Il perd à quelques reprises le fil conducteur. Un autre exemple de cette différence serait le débit de voix. Chez Monsieur R. il y a un ralentissement certain. On observe, au contraire, des accélérations de débit de parole chez Monsieur U.

Une des limites a également été de ne pas avoir de moyen de comparer les capacités communicationnelles actuelles des deux couples avec les capacités communicationnelles précédant la maladie ou au début de la maladie. En effet, lors de l'annonce de la maladie, les troubles de la maladie de Parkinson n'ont en général pas encore de conséquences sur les capacités à converser.

Pour aller encore plus loin il aurait fallu évaluer l'éventuel changement de perception de soi ou la perception de leur qualité de vie par les patients en réaction aux changements dans la voix et le discours.

L'analyse conversationnelle suppose une part de subjectivité du clinicien dans son analyse qualitative. Il convient alors d'en avoir conscience.

L'analyse conversationnelle présente de nombreux avantages mais le temps d'analyse des données est très important. Dans le quotidien de la pratique, on pourrait ainsi imaginer une autre utilisation de ce recueil filmique. En effet, des extraits pourraient être utilisés en séance avec le patient et son

proche pour à la fois mentionner quelques incidents conversationnels mais également valoriser les comportements réparateurs.

3. Perspectives

Il aurait été intéressant de réaliser d'autres études de cas afin de compléter les remarques difficilement généralisables à partir de deux corpus.

L'étude de l'interaction faite, il serait intéressant également de proposer une prise en charge orthophonique adaptée pour accompagner les patients mais aussi les proches. Le but est ainsi de rendre la communication la plus efficiente possible entre les partenaires de communication. Le travail de la voix est nécessaire, mais des clés pour maintenir une communication efficace entre les partenaires également.

CONCLUSION

La maladie de Parkinson est une maladie dont la symptomatologie motrice est pesante. Elle peut également entraîner des troubles communicationnels. L'orthophonie est ainsi importante dans la prise en charge de la maladie parce que la dysarthrie modifie la parole. La dysarthrie hypokinétique rend difficile la prise de parole à un moment précis ainsi que le fait de mettre un terme à son tour de parole distinctement. On a en effet observé des éléments qui viennent perturber la fluence du discours chez les patients parkinsoniens comme les silences inappropriés, les troubles d'articulation, les imprécisions consonantiques, les accélérations paroxystiques ou ralentissement, la modification de l'intensité, etc. Les différents patients rapportent également les difficultés dans la recherche d'un mot, la formulation d'une phrase.

L'analyse conversationnelle a donc permis d'étudier la temporalité des interactions. Elle est perturbée avec une asymétrie entre les personnes atteintes de la maladie de Parkinson et leur aidant principal.

La temporalité dans l'interaction n'est plus la même entre un malade de Parkinson et son partenaire. Elle est vécue différemment. Les chevauchements et interruptions des tours de parole, bien souvent non volontaires de la part des conjointes, créent deux temporalités parallèles dans la conversation. Les patients parkinsoniens non déments en ont conscience. Cette conscience donne alors parfois lieu au retrait et à l'abandon de la conversation. Betty-Anne Gehin (2005) énonce : « Qu'y a-t-il de plus naturel que de parler ensemble ? ». Or ce côté naturel et spontané de la conversation est entravé dans la maladie de Parkinson. L'enchaînement des tours de parole ne se fait plus naturellement.

Cela met en exergue le rôle du partenaire de conversation. L'exclusion des conversations va venir faire perdre une part de la dignité humaine. Si l'indépendance et l'autonomie dans le discours viennent nourrir la dignité humaine, dans la maladie neurodégénérative de Parkinson, on observe une certaine dépendance à l'autre dans la prise de parole. Les patients répondent plus à des sollicitations qu'ils n'initient. L'aidant a ainsi ce rôle crucial et central dans la dyade.

Ce rôle central du conjoint pourrait alors être valorisé en séances d'orthophonie. En effet, il pourrait être proposé aux partenaires de conversation privilégiés des patients parkinsoniens de participer à des séances d'orthophonie où l'interaction quotidienne serait le sujet de séances. L'objectif est alors une qualité de vie meilleure pour les patients et leurs proches et les accompagner dans la maladie. Ce travail ne remplace cependant pas la situation duelle entre l'orthophoniste et son patient avec le travail particuliers sur la rééducation de la dysarthrie dans la maladie de Parkinson.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Amami, O., Hachicha, C., Aribi, L., Boukhris, A., Njeh, F., & Mhiri, C., (2010). Dépression, coping et qualité de vie dans la maladie de parkinson. A propos de 50 patients tunisiens. *L'information psychiatrique*, 86, 621-625.

Austin, J.-L. (1970). *Quand dire, c'est faire*. Paris : Editions du Seuil.

Auzou, P. & Rolland, V. (2004). Rééducation des dysarthries neurologiques. In Rousseau T. et coll., *Les Approches thérapeutiques en Orthophonie*, 4, 9-33. Isbergues : Ortho Edition.

Auzou, P. (2007). *Définition, classification et évaluation des dysarthries*. In Rééducation orthophonique n°229, mars 2007.

Baggio, S. (2011). *Psychologie sociale*. Bruxelles : De Boeck.

Boulenger, V. (2008). *Le langage et l'action : Dynamique des liens fonctionnels unissant verbes d'action et contrôle moteur*. Thèse de doctorat de Neuropsychologie, Université Lumière Lyon 2.

Brin, F., Courrier, C., Lederle, E. & Masy, V. (2004). *Dictionnaire d'orthophonie*. Isbergues : Ortho Edition.

Campione, E. et Véronis, J. (2004). Pausés et hésitations en français spontané. *Actes des XXV^è Journées d'Etude sur la Parole 2004*, Fès, Maroc.

Cavalier, A. & Toulon, S. (2014). *Normes sociales dans les pathologies dégénératives (corticales, sous-corticales et mixtes) : jugements moraux et conventionnels*. Mémoire d'orthophonie, Université Paris VI.

Cobby, F. (2009). Critères de textualité. <http://analyse-du-discours.com>.

Cormier Laisné, A. & Dupuis Bolloré, M.-P. (2014). *Approfondissement d'un support d'observation clinique des interactions en vue d'une utilisation auprès d'adultes cérébrolésés droits et leur partenaire privilégié de conversation*. Mémoire d'orthophonie, Université de Nantes.

Cosnier, J. & Brossard, A. (1984). Communication non verbale : co-texte ou contexte ? In J. Cosnier & A. Brossard (Eds.), *La communication non verbale* (pp. 119-128). Paris, Neuchâtel : Delachaux & Niestlé.

Cosier, J. (1996). Les gestes du dialogue, la communication non verbale. *Psychologie de la motivation*, 21, 129, 138.

Croll, A. (2008). *La compétence conversationnelle en classe de maternelle ; outils d'évaluation linguistique*. Psychologie de l'interaction. Paris : l'Harmattan.

Darley, F.-L., Aronson, A.-E. & Brown J.-R. (1975). *Motor speech disorders*. Philadelphia : W.B. Saunders.

Defebvre, L. & Vérin, M. (2015). *La maladie de Parkinson*. Paris : Elsevier Masson.

De Partz, M.-P. (2001). Une approche fonctionnelle des troubles aphasiques : l'analyse conversationnelle. *Glossa*, n°75 (4-12).

Derouet, V. (2007). *La prise en charge orthophonique précoce et multidisciplinaire des patients parkinsoniens. Enquête déclarative auprès des orthophonistes et des personnes ayant la maladie de Parkinson*. Mémoire d'orthophonie, Université de Nantes.

Diane, V. (2001). Les enjeux de l'analyse conversationnelle ou les enjeux de la conversation. *Revue québécoise de linguistique*, 30(1).

Duncan, S. (1972). Some Signals and Rules for Taking Speaking Turns in Conversations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 23, 283-292.

Fantino, B. et al. (2007). Représentations par les médecins généralistes du rôle de l'entourage accompagnant le patient. *Santé Publique*, 19, 241-252.

Galaz, Z. et al. (2015). Prosodic analysis of neutral, stress-modified and rhymed speech in patients with Parkinson's disease. In *Computer methods and programs in biomedicine*.

Giquello, A.-L. (2004). *La maladie de Parkinson*. Thèse de pharmacie, Université de Nantes.

Goffman, E. (1987). *Façons de parler*. Paris : Editions de minuit.

Gracies, J.-M. (2014). Neurorééducation dans la maladie de Parkinson : vers une déparkinsonisation des patients ? In *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 57.

Kerbrat-Orecchioni, C. (1998). *Les interactions verbales, tome 1 : Approche interactionnelle et structures des conversations*. Paris : Armand Colin.

Lebegue, A. & Mottais, E. (2015). *Contribution à l'élaboration d'une grille d'observation clinique des interactions entre une personne cérébrolésée et son partenaire privilégié : adaptation aux cérébrolésés droits, vérification de la fiabilité inter-juges*. Mémoire d'orthophonie, Université de Nantes.

Letanneux, A. (2014). *Exploration de l'interface langage-motricité : le traitement lexical dans la Maladie de Parkinson*. Thèse de psychologie, Université d'Aix-Marseille.

Marie Dit Dinard, C. (2008). *Etude de cas : impacts d'une thérapie dynamique interactive sur la communication en situations naturelles d'échange entre les personnes aphasiques et leur conjoint*. Mémoire d'orthophonie, Université de Nantes.

McNamara, P. & Durso, R. (2003). Pragmatic communication skills in patients with Parkinson's disease. *Brain and Language*, 84, 414-423.

Miller, N., Noble, E., Jones, D. & Burn, D. (2006). Life with communication changes in Parkinson's disease.

Moeschler, J. & Reboul, A., (1994). Paris : Editions du Seuil.

Monetta, L., Grindrod, C. & Pell, M. (2009). Irony comprehension and theory of mind deficits in patients with Parkinson's disease.

Ortolan, C. (2012). *Elaboration d'une grille d'observation clinique des interactions entre une personne cérébro-lésée et son partenaire privilégié*. Mémoire d'orthophonie, Université de Nantes.

Sacks, H., Schegloff, E.-A. et Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language*, 50, 696-735.

Taboada, M. (2006). Spontaneous and Non-spontaneous Turn-taking. *Pragmatics*, 16, 329-360.

Traverso, V. (1996). *La conversation familière : analyse pragmatique des interactions*. Lyon : Presses Universitaires Lyon.

Traverso, V. (2004). *L'analyse des conversations*. Paris : Nathan.

Trinchero, F. (2009). *Etude de cas : pertinence de l'analyse conversationnelle dans la prise en charge orthophonique d'une patiente dysarthrique en vue d'améliorer la communication avec son conjoint*. Mémoire d'orthophonie, Université de Nantes.

Vandreheyden et al. (2010). *Traiter le Parkinson*. Bruxelles : De Boeck Supérieur.

Vion, R. (2000). *La communication verbale : analyse des interactions*. Paris : Hachette.

Watzlawick, P., Helmick Beavin, J., Jackson, D. (1972). *Une logique de la communication*. Paris : Editions du Seuil.

ANNEXES

ANNEXE 1 : protocole de mise en situation envoyé aux orthophonistes et associations pour la recherche de patients parkinsoniens.

ANNEXE 2 : Règles de transcriptions

ANNEXE 3 : Corpus 1

ANNEXE 4 : Corpus 2

ANNEXE 1

PROTOCOLE DE MISE EN SITUATION POUR L'ANALYSE CONVERSATIONNELLE DE PATIENTS ATTEINTS DE LA MALADIE DE PARKINSON

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études d'orthophonie je cherche à analyser les interactions en conversation de patients atteints de la maladie de Parkinson avec leur partenaire de conversation privilégié (notamment son conjoint).

Ce travail sera proposé à deux personnes atteintes de la maladie de Parkinson et leurs partenaires respectifs et privilégiés de communication. Pour cela les différentes conversations seront filmées et le visionnage de ces dernières sera le support du travail d'analyse conversationnelle.

L'objectif de cette analyse est alors de mettre en évidence les adaptations qui fonctionnent ou dysfonctionnent dans la situation de communication, et ainsi de trouver des moyens pour pallier les échecs discursifs et conversationnels en proposant aux aidants des stratégies pour rendre l'échange efficace.

CHOIX DES PATIENTS

2 patients seront choisis pour le recueil des données filmiques. Par la suite, une analyse conversationnelle de ces deux patients sera envisagée.

Pour conserver une certaine homogénéité il convient de prendre en compte le stade de la maladie : la démence devra être un critère d'exclusion.

CADRE DE PASSATION

Est ainsi proposée une rencontre avec ces patients.

- Cette rencontre se déroulera au domicile du patient (ou dans son EHPAD si c'est le cas). L'objectif étant alors de s'approcher le plus possible du contexte naturel de conversation.
- Les enregistrements se feront avant la fin du mois de Novembre
- Chaque rencontre réunira le patient, son partenaire de conversation privilégié, installés à leurs places habituelles pour échanger.
- Le patient et son aidant auront été prévenus du projet préalablement par un courrier
- Cette rencontre ne durera pas plus d'une heure et demie et s'articulera autour :
 - Une **présentation générale** avec des questions sur l'âge du patient, d'où il vient, quel était son métier, etc. Si c'est possible on pourra aborder l'histoire de la maladie.
 - Un **dialogue à trois** avec l'aidant pourra alors se mettre en place sur le déroulement d'une journée pour le sujet, et son partenaire.
 - Puis dans cette même dynamique de dialogue la conversation se fera autour de la **famille** du sujet. Mais tout en restant dans une dynamique naturelle de l'échange.

PRINCIPE DE L'ANALYSE

C'est une approche inductive qui partira des données recueillies et transcrites du corpus. De cette analyse conversationnelle pourra en découler une description et une tentative de généralisation des éléments redondants.

CLAUSE DE CONFIDENTIALITE

Je m'engage à ne divulguer aucune information confidentielle concernant les faits et les personnes filmées rencontrées à l'occasion de ce travail de recherche.

ANNEXE 2

Les règles de transcription sont inspirées de Traverso (2004).

TOURS ET MODES DE PASSAGE ENTRE LES TOURS

1	Les numéros correspondent aux tours de parole
Mr Mme	Les locuteurs sont désignés ainsi
C	C correspond à mes tours de parole
=	Enchaînement rapide entre deux tours
/	Interruption du tour
<u>Les mêmes</u>	Passages soulignés pour les chevauchements de parole
<u>Euh</u>	
+	Pauses intra et inter-tours de moins d'une seconde
(2s)	Pauses intra et inter-tours supérieurs à

INTONATION

! ? Exclamation ou interrogation claire

ASSOCIATIVES Les majuscules soulignent l'emphasis, l'accentuation marquée d'un mot

AUTRES INDICATIONS

: :: ::: Allongement plus ou moins long d'un son

[...] Passage inaudible

(*rires*) Les gestes et les actions les plus signifiants sont notés entre parenthèses, en italique

ANNEXE 3

CORPUS 1 DE CONVERSATION : Monsieur et Madame R.

1	Mme	Bon et en dehors de la préhistoire peut-être qu'on pourrait parler d'autre chose hein ? <i>(Mr baisse la tête à ce moment)</i>
2	C	= <i>(Rires)</i> Du coup vous avez beaucoup voyagé <u>euh</u> ?
3	Mme	<u>Euh</u> : pas tant que ça finalement parce que euh: mon mari est resté dans la zone euh + subsaharienne alors on est allés du Tchad au Niger ce qui est <i>(geste qui vient illustrer la description géographique)</i> . Et puis après en Tunisie donc vous voyez ça fait: <i>(nouveau geste pour illustrer géographiquement le cheminement du Niger à la Tunisie)</i>
4	C	= D'accord
5	Mme	= C'est pas très éloigné les uns des autres c'est toujours le ++ le le <i>(geste du bras gauche pour indiquer le nord)</i> nord de l'Afrique.
6	Mr	[...]
7	Mme	Hmm. (1s) Ben oui parce qu'ils sont spécialisés forcément
8	C	Hmm
9	Mme	On peut pas changer de sujet de recherche comme ça, quand vous <u>changez de terrain</u> ,
10	C	<u>Oui bien sûr</u>
11	Mme	= Vous changez plus ou moins de sujet donc c'est pas::
12	C	Hmm Hmm (2s)
13	Mr	Par contre ils nous demandent au contraire + de pas changer de [...]
14	Mme	= Ouais. Ben c'est le principe un peu de la recherche, hein l'INRS n'a pas toujours + le même domaine de recherche euh
15	C	Hmm hmm oui c'est sûr (2s)
16	Mme	Bien et puis sinon euh: (1s)
17	C	Et sinon j'ai entendu vous avez de la famille un petit peu ? vous avez des enfants ?
18	Mme	Oui
19	C	Oui ?
20	Mr	<i>(Signe de la tête vers son mari pour l'inciter à prendre la parole)</i> Moi j'ai

		des enfants et il se trouve que ma femme + aussi
21	Mme	(Rires) les mêmes !
22	Mr	Ce sont les <u>mêmes</u> ! C'est [...]
23	C	<u>C'est incroyable</u> !
24	Mme	= Ce sont les mêmes ! Oh ben ça pourrait être chacun de notre côté qu'on ait eu des enfants.
25	C	Ah oui non c'est sûr !
26	Mme	On a DEUX fils oui
27	C	D'accord
28	Mme	Alors ? Vas-y sur tes fils, raconte un peu
29	Mr	Nos deux fils sont très beaux (<i>rires</i>).
30	Mme	Ça c'est::
31	Mr	[...]
32	Mme	= Pas la peine de le mentionner
33	Mr	Et: [...]
34	C	D'accord
35	Mr	Donc ils sont ici depuis quelques mois
36	Mme	Enfin ça fait trente ans quand même qu'ils sont ici
37	Mr	Qu'ils sont ici ?
38	Mme	Ben nous ça fait trente ans qu'on est là, ils sont venus avec nous ici ici à Bordeaux.
39	Mr	Oui. Ben oui [...] (2s) Oui alors tout ça a des conséquences aussi (2s), ils comprennent bien que suivant [...] (2s)
40	Mme	Qu'est-ce qu'ils font tes fils ? Explique un petit peu, ils sont pas dans la préhistoire eux ?
41	Mr	<u>Ils sont</u> /
42	Mme	/ <u>Ni</u> même dans la recherche
43	Mr	Alors (1s) [...]
44	Mme	Non non mais qu'est-ce qu'il fait ton fils aîné par exemple ? Qu'est-ce qu'il est, qu'est-ce qu'il fait comme profession ?
45	Mr	Il est avocat
46	Mme	= Voilà
47	C	= D'accord
48	Mr	Alors les avocats ça commence à [...]

49	Mme	Ben:: pas tellement les avocats ils sont réduits à: (1s) à leur barreau en principe ils peuvent pas tellement bouger hein
50	C	Oui c'est vrai oui (1s)
51	Mr	[...]
52	C	Hmm
53	Mr	ET effectivement la: (3s) la profession est très réglementée
54	C	Hmm
55	Mr	Il y a un nombre (2s) de d'avocats qui dépend du barreau [...]
56	Mme	= Il n'y a pas de numerus clausus chez les avocats comme il y en a en médecine hein
57	Mr	[...]
58	C	<u>Il n'y a pas</u> de numerus clausus ?
59	Mme	= Chez les avocats ? Non. (1s) C'est à dire que SI pour euh les centres de formation: pour la profession d'avocats, ils en prennent tant pas an alors euh
60	C	Hmm
61	Mme	Oui c'est un numerus clausus, oui f::, + plus ou moins oui. + Enfin c'est (1s) c'est vrai que + je crois qu'ils en rajoutent un petit peu tous les ans quand même hein
62	C	Hmm hmm
63	Mme	C'est pas (1s) ça n'est pas verrouillé comme ça l'a été en médecine pendant un temps. + Je sais pas si ce sont assouplis depuis là hein mais::
64	C	Pas tant que ça hein.
65	Mme	Non.
66	C	Non non non, c'est un problème
67	Mme	Mais ça c'était une erreur grossière hein franchement hein
68	C	Oui (1s)
69	Mr	De faire quoi ? De:: /
70	Mme	/ De faire un numerus clausus pour les MEDECINS ! La preuve c'est que maintenant on n'a <u>PLUS de médecins</u>
71	Mr	<u>Ah oui tu parles des</u> médecins
72	Mme	Oui
73	Mr	Oui mais enfin /
74	Mme	/ On en manque disons (3s)

75	Mr	Bon enfin <u>les avocats</u>
76	Mme	<u>Bon et ton</u>
77	Mr	C'est comme ça
78	Mme	= Ouais
79	Mr	Et euh:: /
80	Mme	/ Et ton autre fils alors qu'est-ce qu'il fait l'autre ?
81	Mr	Mon mon autre fils il est il est dans le domaine des + de la médecine (2s) mais:: (2s) comment (1s)
82	Mme	= DOUCE
83	Mr	= Douce
84	Mme	= Parallèle
85	C	= D'accord
86	Mme	= Et alors il est quoi ?
87	Mr	Il est (2s)
88	Mme	(Rires) Pourtant tu dois le savoir depuis le temps qu'on en parle
89	Mr	Je sais [...] (<i>baisse la tête et les yeux puis les relève vers sa femme</i>) (5s) alors il fait quoi ?
90	Mme	= Il est naturopathe, phytothérapeute
91	C	D'accord. Alors ça marche comment ça ?
92	Mme	(Rires) (1s) Ben ça marche que:: c'est une: ce sont des:: des:: formations euh: privées. Y a pas de formations universitaires. Euh:: lui il se trouve qu'il a fait ça au Canada + parce qu'il est parti vivre au Canada et que finalement + il a trouvé ça qui l'intéressait parce qu'il était ingénieur avant alors euh
93	Mr	<u>Il avait un diplôme d'ingénieur</u>
94	Mme	<u>Et donc c'est::</u>
95	Mr	Et puis après [...] /
96	Mme	/ Parle un tout p'tit peu plus fort. J't'entend pas même moi là
97	Mr	(Souffle) Oui mais tu sais tout ce que j'ai à dire
98	Mme	Mais non mais je sais tout ce que tu as à dire mais pas forcément à ce qu'on dit maintenant !
99	Mr	Bon. (2s) Alors pendant dix ans il a étudié (1s) [...] la discipline. Et (3s) Ce qu'il a fait à Bordeaux et (2s) étant donné le (2s) la: l'immensité du sujet (2s) [...] Alors si vous voulez la naturopathie en deux mots c'est une

		science qui n'est pas enseignée (1s) à l'université mais [...] la nécessité [...]
100	Mme	Bah c'est: un peu:
101	Mr	Comment ?
102	Mme	C'est un peu:: renversé quand même hein c'est:. Vu vu le temps que l'homéopathie a mis à s'implanter au bout d'un moment. + Ou l'ACUPONCTURE !
103	Mr	Oui
104	Mme	Alors la naturopathie c'est un peu pareil c'est c'est. Donc i::ls sont censés: euh: non pas SOIGNER + euh::/
105	Mr	<i>(un geste de la main en décalé vient appuyer la volonté de prendre la parole) / [...] /</i>
106	Mme	/ Les pathologies graves. + Mais simplement euh:: pallier aux carences qu'on peut avoir euh: + dans l'organisme et puis aussi euh:
107	Mr	[...]
108	Mme	<u>AIDER</u> certainement, apporter un soutien justement aux: aux: gens qui ont une pathologie lourde et qui ont besoin de: que leur organisme soit: un peu euh: renforcé <i>(gestes qui viennent appuyer le discours)</i> pour lutter contre la maladie et caetera. Et puis au et puis après en régime d'entretien aussi nous qui sommes âgés il nous + il nous fait prendre des tas de choses pour nous maintenir en bonne santé quoi hein, et puis surtout quand on vieillit on se carence quand même + donc euh: (1s)
109	C	D'accord
110	Mme	= Donc tout ça c'est à base en principe de:: de plantes, de produits naturels, au moins de produits naturels, c'est pas toujours des plantes. + Et:: bon, voilà.
111	Mr	= Il s'agit donc de soigner non pas + la maladie une fois qu'elle est + déclarée + mais d'empêcher qu'elle se déclare + en amenant + le corps euh: /
112	Mme	/ A un meilleur niveau
113	Mr	= <u>Niveau</u>
114	Mme	<u>De résistance</u> , d'immunité:: diverse voilà.
115	C	D'accord.
116	Mme	Voilà

117	C	Et euh: du coup il a: il a un cabinet comment ça se passe ?
118	Mme	<u>Oui il</u>
119	Mr	<u>Il est en train d'avoir [...]</u> dans le cabinet des autres
120	Mme	C'est-à-dire qu'il rentre du Canada là y'a pas longtemps
121	C	Ah oui d'accord
122	Mme	Donc il:: se réinstalle à Bordeaux. Et LA et là oui ça se passe à Bordeaux mais il va consulter à domicile souvent.
123	C	D'accord ok.
124	Mme	Quand ça arrange les gens il va à domicile.
125	C	Hmm Hmm
126	Mme	Sinon il a un:: cabinet au cours d'Albret hein donc en ville là et puis:: (1s)
127	Mr	Vous avez son <u>adresse</u> ?
128	Mme	<u>EN TEMPS</u> partagé parce que:: f::
129	Mr	[...] noter son <u>adresse</u>
129	C	Non je n'ai pas son adresse.
130	Mr	Alors on va vous la donner.
131	C	<u>Oui si vous avez son adresse</u>
132	Mme	<u>Oui si vous voulez un naturopathe.</u> On vous <u>trouvera ça</u> (rires)
133	C	<u>Eh ben:: oui</u>
134	Mme	Je vous donnerai sa carte !
135	C	Vous me donnerez sa carte ?
136	Mme	Si vous avez besoin de:: oui
137	C	Oui, ça m'intéresse oui.
138	Mr	Vous n'allez pas être déçu parce que [...]
139	Mme	Ben pour l'orthophonie je sais pas si il y a une influence là-dessus mais après je pense pas trop
140	C	Non mais souvent on peut avoir des patients qui <u>cherchent</u>
141	Mme	<u>Ah oui</u> absolument oui oui
142	C	C'est intéressant
143	Mme	Et:: voilà donc euh:: c'est c'est nos deux fils. On n'en a que deux (se lève pour aller chercher la carte de son fils naturopathe)
144	C	C'est déjà pas mal deux, + deux fils !
145	Mr	Oui c'est déjà (1s), c'est déjà très bien.

146	C	Et donc vous êtes tous à Bordeaux ?
147	Mr	Mais oui <u>parce que</u> : /
148	Mme	<i>(Mme est dans le couloir, voit son mari de dos, ne l'entend pas)</i> / <u>Oui</u> . Ben oui finalement on est tous à Bordeaux (2s) et puis on n'est pas enfin en tout cas nous sûrement (1s) maintenant.
149	C	Hmm
150	Mme	Il est peu probable qu'on + se re déplace.
151	C	Oui
152	Mme	On y a songé quand mon mari a pris sa retraite !
153	C	Ah bon ?
154	Mme	OUI on se disait après tout pourquoi rester à Bordeaux euh f:: oh f:: + on est originaires moi j'suis originaire d'la Gironde mais enfin +
155	C	D'accord.
156	Mme	Euh: j'y ai peu vécu:: Donc on est revenu là tardivement. + Lui il est normand.
157	C	D'accord.
158	Mr	[...]
159	Mme	Donc euh::: on se disait:: et puis alors on a fait le tour de l'île de France, enfin dans notre tête, et puis on s'est dit : « où est ce qu'on irait bien s'installer ? »
160	C	Hmm
161	Mme	Alors à part Paris <i>(geste des deux mains qui veulent signifier une évidence)</i>
162	C	Oui
163	Mme	Qui est la ville qui: bon pour nous 'fin moi surtout <i>(se montre du doigt)</i> est + la seule ville de France qui existe (rires) si j'puis dire !
164	C	C'est vrai ?
165	Mme	Euh: on ne euh on n'a pas voulu tellement d'endroits où on f: où on avait vraiment envie d'aller. Alors du coup on a dit bon ben on va rester à Bordeaux (rires).

ANNEXE 4

CORPUS 2 DE CONVERSATION : Monsieur et Madame U.

1	C	J'pensais pas qu'il y avait autant de:: (1s) de: de fin de: de langages différents, de patois différents à/
2	Mme	/ Oh si:: si si. Mais tous c'est sur la base du gascon mais: quand même euh ya <u>des::</u>
3	Mr	[...]
4	Mme	<u>des variations</u> (1s)
5	Mr	C'était [...] /
6	Mme	/et on ne connaît pas le patois girondin et: dans la:: dans la:: dans mais je crois pas qu'il se pratique encore beaucoup ou alors que euh: dans les landes ils essayent euh:: de le faire euh:: <u>de le faire revivre</u> /
7	Mr	/Alors j
8	C	<u>Oui</u>
9	Mr	J'ai eu pendant longtemps à la SCNF une activité de: de + dirigeant de chantier si bien que ça me faisait + rester le soir dans les petites gares pour dormir sur place pour partir au boulot et:: (2s) et un jour on a échangé de zone on a échangé de place (<i>geste avec les deux mains qui vient accompagné l'idée de changement de zone</i>) [...] je rentrais de bordeaux pour re revenir à Chalet et:: (1s) le:: euh:: [...] euh les gars les gars qui étaient beaucoup détachés des landes parce que on avait refait les voies à l'intérieur des landes donc [...] ils avaient [...] on les déplaçait (<i>léger et rapide geste des deux mains pour mimer le déplacement</i>) pour faire les chantiers donc on avait tous ces gars là + et je rigolais ce jour là comme toujours + et les gars ils discutaient en patois tous c'était patois et:: yen a un qui: vient vers moi yen a un qui m'a aperçu le premier (<i>parle en patois landais</i>) [...] et il dit ça comme ça et (<i>avec l'intonation</i>) : « oh pardon bonjours monsieur le chef de chantier » (<i>rires</i>).
10	C	Ah oui c'est dingue. (1s) Et du coup vous disiez que::: que dans les LANDES ils essayaient vraiment de: faire perdurer cette euh:
11	Mr	[...]/
12	Mme	/ <u>Euh</u> : moins que dans certains autres pays hein parce que on a par exemple le

		pays basque euh
13	C	Oui
14	Mme	Où vraiment eux ils s'y <u>accrochent</u>
15	Mr	[...] <i>(fait le geste qui correspond au terme « accrocher » avec ses mains)</i>
16	C	Oui
17	Mme	Et puis d'une manière très forte
18	Mr	= [...]
19	Mme	= Non là on n'en est pas là dans les landes hein non
20	C	Hmm
21	Mr	[...] inutilement d'ailleurs [...]
22	Mme	= Alors ils essayent quand même sur les panneaux tu te rappelles Biscarosse c'était marqué/
23	Mr	/ Ah oui oui mais ça c'était /
24	Mme	/ C'était marqué en /
25	Mr	/ Autrement autrement [...] ils passent leur temps à commander des des plaques <i>(effectue le geste qui mime le contour d'une plaque)</i> [...]
27	C	Hmm Hmm
28	Mme	= Ou de carabines parce que comme il y a beaucoup de chasseurs
29	C	= Ah oui oui
30	Mme	= Donc ils tirent facilement sur les:
31	C	= Comme en Corse
32	Mme	= Sur les panneaux
33	C	= Ouais (2s)
34	Mme	Vous savez il suffit qu'il y ait qu'il y ait qu'il y ait des gens qui s'y enfin bon + s'ils le font d'une manière positive pourquoi pas hein mais: mais euh je trouve que ça frôle tellement le racisme à certains moments euh: quand ils sont tellement acharnés + ça c'est un peu comme la religion hein quand on s'y acharne trop ça ne fait que des DIVISIONS ! Ça ne fait pas, ça ne fait pas de l'UNION hein ! Et alors c'est pour ça que je me méfie toujours des moments + OU il va y avoir + justement ça parce que on a eu des guides en visitant le pays basque + où la fille nous disait : « mais de toute façon euh: on n'a pas besoin de parler autre chose que le basque puisque quand on se déplace il y a toujours des basques ». <i>(Grand geste des deux bras levés au ciel)</i> Ben voyez quand même c'est c'est c'est::

35	C	C'est un petit peu extrême peut être
36	Mme	= Peut être, peut être, peut être.
37	Mr	Après c'est vrai que les basques voyagent beaucoup,
38	Mme	= Oui c'est vrai.
39	Mr	= En particuliers en Amérique du Sud et en Amérique centrale
40	C	D'accord.
41	Mr	Oui beaucoup [...]
42	Mme	Oui y a des, y a des /
43	Mr	/ (Geste de la main gauche qu'il lève pour montrer qu'il veut prendre la parole) A une époque, à une époque un collègue de mon père + qui était en poste au pays basque euh disait il part + de:: de de de tous les ports de: de: la côte atlantique et il part sur [...] je connais plus les nombres mais c'était faramineux le nombre de basques [...] c'était le bateau un bateau avec je ne sais pas combien de gens dedans mais [...] quoi
44	C	C'est impressionnant
45	Mme	Et d'ailleurs on retrouve des concours de pelote basque: (1s) dans:: dans les pays d'Amérique du sud
46	Mr	= Au Mexique euh::
47	C	D'accord
48	Mme	Je sais pas à quel endroit hein exactement
49	Mr	Si si si si
50	Mme	Je sais pas si c'est général dans tous les pays
51	Mr	Si
52	Mme	Parce que y'a quand même beaucoup de petits pays d'Amérique du sud
53	C	Hmm Hmm
54	Mme	Je ne sais pas exactement à quel endroit
55	Mr	Si si
56	Mme	Mais il y en a
57	C	D'accord. Eh ben je pensais pas du tout.
58	Mr	Eh oui (tape sa main droite sur la cuisse).
59	C	Je savais que les bretons aussi étaient /
60	Mme	/ pareil
61	C	Hmm assez euh::
62	Mme	Oui oui c'est dans la mentalité avec les corses, les bretons les::

63	C	Hmm hmm Ah bah Corses, bretons et basques euh
64	Mme	= Oui
65	C	= Ils s'entendent bien hein
66	Mme	Mais:: (2s) Fin bon euh:: les les les les bretons vous avez qu'à voir ils veulent euh se désolidariser de la France + et seulement ils veulent quand même PAS perdre la la mère patrie <u>parce qu'</u>
67	Mr	<u>Oui</u>
68	Mme	<u>Ils</u> veulent quand même qu'ils subsistent alors bon
69	Mr	[...] 50 à 60 quand la France a commencé à se relever [...] le pays breton était tellement en retard dans dans le développement et dans [...] /
70	Mme	/ <u>Là</u> tu reviens en Bretagne ?
71	Mr	= Les infrastructures je veux dire parce que j'ai dirigé un peu tout ça, c'était compris en Bretagne. Toutes les routes ont été mises à à deux fois deux voies bien avant que tout le tout le tout le réseau national. + Et: ça c'est parce que parce que il était il était de notoriété que que que:: le pays de la Bretagne euh était:: comment dire::
72	Mme	Ben donc c'était une extrémité, ils se sentaient isolés.
73	Mr	= Ouais ils se sentaient isolés
74	C	Hmm hmm
75	Mr	[...] ce qu'on fait ici [...] notamment eux, ils l'ont fait beaucoup plus tard.
76	C	De quoi ? Les: ?
77	Mr	<u>Les:: Les:</u>
78	Mme	<u>Beaucoup plus tôt tu veux dire [...]</u>
79	Mr	<u>[...] les routes à deux fois deux voies</u>
80	C	Ah oui. D'accord (1s)
81	Mme	C'est vrai que ça fait déjà un très grand moment que: nous sommes que nous allions en Bretagne puisque nous avons eu un gendre euh:
82	C	= Breton
83	Mme	= Euh: qui était breton. Et puis un vrai breton. Et:: donc nous allions en Bretagne en voiture et:: et: les routes étaient très jolies. (1s)
84	C	Oui, oui, oui. (1s) Mais euh c'est vrai que moi j'ai une partie de ma famille qui est basque
85	Mme	Ah
86	C	Et effectivement ils parlent tous basque, ils ont appris le basque à l'école (<i>rires</i>).

		Alors qu'en Bretagne on n'apprend pas le breton, fin à part dans les écoles spécialisées mais euh:
87	Mme	Spécialisées oui. Et au pays basque si ? Tout le monde l'apprend ?
88	C	Alors en primaire ils l'apprennent.
89	Mr	[...]
90	Mme	C'est ce que ? Ah bon. D'accord. Et ça a été généralisé euh: ?
91	C	Alors je sais pas alors peut être que c'est juste des petites initiations <u>ou euh:</u>
92	Mr	<i>(Un discret geste de la main droite accompagne la prise de parole)</i> <u>Mais il y a</u> des il y a deux types : il y a il y a des des des des + options + langue [...] mais c'est très limité
93	C	Hmm hmm
94	Mr	Et après il y a il y a il y a le mouvement basque qui qui qui a créé des::
95	C	= Des écoles
96	Mr	= Qui a créé des écoles ASSOCIATIVES, associatives
97	Mme	= <i>(Désigne la télévision en même temps de la main droite)</i> On voit bien y a des informations qui sont qui:, sur France 3
98	C	Hmm hmm
99	Mme	En basque
100	Mr	Oui
101	C	D'accord (4s)
102	Mr	Alors Monsieur Parkinson il était basque lui, il était: ?
103	C	Monsieur Parkinson il était ANGLAIS.
104	Mr	[...]
105	C	= James, il s'appelait James
106	Mme	Et + je:: je comprends pas très bien la finalité moi de cette maladie étant donné que je crois qu'il y a autant de maladies que de parkinsoniens. + Ce qui:, quelle est la ligne directrice de tout ça ? Si y en a qui ont des tremblements, d'autres qui n'en ont pas
107	C	Oui
108	Mme	Il y en a qui ont des problèmes d'élocution, d'autres ce n'est pas ça:, fin bon euh::
109	C	Alors euh: oui euh c'est ce qu'on dit en fait en:: général euh de beaucoup de pathologies c'est qu'y a autant de parkinsoniens voilà que: de maladie de Parkinson. Mais après il y a quand même un fil fin:

110	Mme	Un fil conducteur, <u>un fil rouge</u>
111	Mr	<u>Conducteur</u>
112	C	<u>Conducteur</u> voilà qui est: qui est l'atteinte particulière de certains neurones dans le cerveau et voilà après ça: a des conséquences différentes selon les personnes
113	Mme	On sait qu'c'est euh l'absence de la dopamine
114	C	= Voilà
115	Mme	= Qui qui entraîne tout tout ces problèmes
116	C	Voilà c'est ça
117	Mr	Du fait que:: que la consigne ne se fait pas, ne se fait pas à l'intérieur de l'organe (<i>geste de la main droite vers lui pour signifier l'intérieur</i>)
118	C	En fait c'est ça en fait oui c'est ça
119	Mr	[...] que le:: <u>que la::</u> [...]
120	Mme	<u>La cellule concernée</u> vraiment très vite
121	Mr	[...] qui fait le [...] quoi
122	C	Le ?
123	Mr	Le le truc qui fait qu'on qu'on évolue + la: la glande qu'on va titiller (<i>pointe le doigt vers son cou et fait le geste qui correspond à « titiller »</i>) quand on fait le le traitement là le traitement profond
124	C	Vous êtes du coup oui vous
125	Mme	Pour pour pour non /
126	Mr	/ C'est /
127	Mme	/ Pour PARKINSON + quand ils font des INTERVENTIONS
128	C	Hmm
129	Mme	Dans le cerveau
130	C	Hmm Hmm
131	Mme	Ca concerne une zone TRES petite.
132	C	Oui. Mais je ne sais pas si vous avez eu un traitement particuliers euh:: ?
133	Mr	Oui
134	Mme	Euh il a plein il a plein de traitements mais::
135	Mr	[...] me donne des traitements j'ai pas de <u>traitement</u> , j'ai pas de <u>traitement</u>
136	C	<u>L-Dopa peut-être ?</u>
137	Mme	<u>Non</u> , non il a Sinemet. + Sinemet et Requip.
138	C	D'accord

139	Mme	Enfin REQUIP. (1s) Le générique de Requip
140	C	D'accord
141	Mme	= Puisque le Requip n'est plus en vente
142	C	= Hmm hmm d'accord. D'accord.
143	Mme	Du fait de toutes les activités enfin qu'il arrive à maintenir Jean-Pierre, il revient + souvent en car. + Tout seul. + Et::: moi je l'y amène et il revient. + Et là tout à l'heure là il est allé à la barrière judaïque puisque le:: jeudi il va chez la kiné. (1s) Et le lundi matin. + Maintenant on a rajouté une séance.
144	C	D'accord
145	Mme	Parce qu'il elle l'a trouvé, enfin le docteur l'a trouvé trop: trop raide donc il lui a prescrit des:: (1s) des séances de de supplémentaires. + Parce que ce ne sont que des séances d'une demi heure.

RESUME

La maladie de Parkinson est une maladie neurodégénérative qui entraîne des troubles moteurs importants. Elle peut également entraîner des troubles communicationnels difficiles à vivre pour le patient mais aussi pour son entourage. La dysarthrie hypokinétique modifie le discours. Entre lenteur et accélération de débit, c'est la temporalité du discours qui est modifiée. Afin d'observer les conséquences de la maladie sur la communication, la situation la plus naturelle et spontanée d'observation a été choisie. Un enregistrement vidéo a donc été réalisé au domicile de deux patients avec leur aidant principal : leur femme. L'analyse conversationnelle sert ensuite d'outil pour répondre à l'objectif de l'étude. L'objectif est de montrer les modifications dans la temporalité des interactions entre une personne ayant la maladie de Parkinson et son aidant principal. L'analyse conversationnelle a confirmé cette hypothèse.

Mots-clés : maladie de Parkinson – dysarthrie hypokinétique – analyse conversationnelle – aidant – communication – interaction – temporalité.

SUMMARY

Parkinson's disease is a neurodegenerative disease which leads to major motor disorders. It also can lead to communicational disorders. Those disorders can be real handicaps for both the patient and their entourage. Hypokinetic dysarthria disturb the speech. The speech rate slowness and accelerations change the temporality of the speech. In order to observe the consequences of the disease on the communication, the most natural and spontaneous situation has been chosen. A video recording was realised in patient's home with their primary caregiver : their wife. The conversational analysis is used to meet the aim of the study. The goal of this study is to show that there are changes in conversations due to Parkinson's disease. This study confirms it.

Key words : Parkinson's disease – hypokinetic dysarthria – conversational analysis – caregiver – communication – interaction – temporality