



UNIVERSITÉ DE NANTES

Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales

Année Universitaire 2017/2018

Mémoire

pour l'obtention du

Certificat de Capacité en Orthophonie

**Mise en place d'une thérapie des interactions et
observation de l'évolution de la communication
entre un sujet atteint de la maladie de Parkinson et
son partenaire de conversation privilégié.**

présenté par *Pauline DEGORTES*

Née le 24/04/1993

Président du jury : Monsieur MAZOUÉ Aurélien – Orthophoniste, chargé de cours.

Directrice du mémoire : Madame COLUN Hélène – Orthophoniste, chargée de cours.

Membre du jury : Madame TERPEREAU Juliette – Orthophoniste, chargée de cours.

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Mme Hélène COLUN, qui m'a proposé ce sujet et a su me guider et m'accompagner dans les étapes de ce travail. Je la remercie pour son investissement et nos nombreux échanges qui m'ont permis d'avancer dans mon projet et dans ma réflexion.

Je remercie Mr MAZOUÉ, président du jury, et Mme TERPEREAU, membre du jury, pour l'intérêt qu'ils portent à ce travail.

Je remercie le couple concerné par l'étude de m'avoir accueillie chez eux et d'avoir pris de son temps pour ce projet. Leur investissement et leur motivation ont permis de mener à bien ce travail.

Je remercie également Fanny ANDREO, étudiante en Master 1 d'orthophonie, qui a accepté de donner de son temps pour faire une seconde analyse de mes données afin de pouvoir appliquer la fidélité inter-observateurs.

Je remercie Fanny GIRAUDO, orthophoniste, qui m'a aidée dans la recherche des participants pour cette étude.

Enfin, je remercie ma famille et mes proches pour leur présence et leur soutien tout au long de l'année.

Engagement de non-plagiat

« 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 ».

Je, soussignée Pauline DEGORTES déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes ses formes de support, y compris l'Internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Fait à : Nantes

Le 12/09/2017

Signature :

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Degortes', written in a cursive style and slanted upwards to the right.

Sommaire

Remerciements

Engagement de non-plagiat

Sommaire

Abréviations

Introduction	1
PARTIE THEORIQUE	2
I. La Maladie de Parkinson (MP)	2
1. Définition.....	2
2. Principales données cliniques.....	2
2.1. La triade parkinsonienne.....	2
2.2. La dysarthrie.....	3
2.3. La dysgraphie.....	4
2.4. Les troubles de déglutition.....	4
2.5. Les troubles cognitifs.....	5
3. Handicap et qualité de vie.....	5
II. L'aidant	6
1. Définition.....	6
2. Fardeau de l'aidant.....	6
3. Des moyens et des solutions.....	7
III. La communication et l'interaction	8
1. Définitions.....	8
2. Eléments de l'interaction.....	9
2.1. La pragmatique.....	9
2.2. Les tours de parole.....	9
2.3. Phatiques, régulateurs et marqueurs d'appui.....	10
2.4. Les gestes.....	10
2.5. La prosodie.....	11
2.6. Les règles interactionnelles.....	11

2.7. Incidents et réparations.....	12
2.8. Le contexte.....	12
3. Les particularités de la communication dans la MP.....	12
3.1. La dysprosodie parkinsonienne et ses conséquences.....	13
3.2. L'organisation temporelle.....	13
3.3. L'amimie.....	14
3.4. Le partenaire de conversation.....	14
4. L'analyse conversationnelle.....	15
4.1. Définition.....	15
4.2. Évaluations et supports.....	15
5. Thérapie des interactions.....	16
<i>Synthèse de la partie théorique.....</i>	<i>17</i>
PARTIE PRATIQUE.....	17
I. Problématique.....	17
II. Méthode.....	18
1. Recherche de participants.....	18
2. Population.....	18
3. Présentation du couple.....	18
3.1. Anamnèse.....	18
3.2. Ethique et déontologie.....	20
3.3. Bilan.....	20
3.3.1. BECD.....	20
3.3.2. PDQ-8.....	23
4. Procédure.....	23
4.1. Film pré-thérapeutique.....	24
4.2. Thérapie des interactions.....	24
4.2.1. Temps de réflexion et points théoriques.....	25
4.2.2. Débats.....	26
4.2.3. Missions.....	26
4.2.4. Travail type PACE.....	26
4.3. Film post-thérapeutique.....	27

4.4. Film à un mois post-thérapeutique.....	28
4.5. Questionnaire.....	28
5. Observation systématique.....	28
5.1. Choix des périodes à analyser.....	29
5.2. Cotation.....	29
6. Fidélité inter-observateurs.....	30
<i>Synthèse de la partie pratique</i>	30
RÉSULTATS	31
I. Analyse des données	31
II. Présentation des résultats	31
1. Au niveau qualitatif.....	31
1.1. Posture et proxémie.....	31
1.2. Discours et interaction.....	31
1.3. Tours de parole.....	32
1.4. Verbal.....	32
1.5. Paraverbal.....	32
1.6. Non verbal.....	32
1.7. Incidents et réparations.....	33
2. Au niveau quantitatif.....	33
2.1. Temps de parole.....	33
2.2. Interventions spontanées.....	34
2.3. Initiation et clôture.....	35
2.4. Rupture du thème.....	36
2.5. Développement et maintien du thème.....	36
2.6. Interruptions, chevauchements et silences excessifs.....	36
2.7. Phatiques, régulateurs et marqueurs d'appui.....	37
2.8. Gestes déictiques et gestes illustratifs.....	38
2.9. Actes de langage dévalorisants.....	39
2.10. Inférences et humour.....	40
3. Résultats de la fidélité inter-observateurs.....	40
3.1. Au niveau qualitatif.....	40

3.2. Au niveau quantitatif.....	41
<i>Synthèse des résultats</i>	42
DISCUSSION	42
I. Intérêts	42
II. Limites	45
III. Remarques	49
IV. Perspectives	49
Conclusion	50

Références bibliographiques

Liste des tableaux

Liste des figures

LIVRET DES ANNEXES

Abréviations

BECD : Batterie d'Evaluation Clinique de la Dysarthrie

dB : décibel

F0 : Fréquence fondamentale

Hz : Hertz

IA : Interaction

k : Coefficient de kappa de Cohen

MP : Maladie de Parkinson

NGC : Noyaux Gris Centraux

NV : Non verbal

PACE : Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness

Pc : Proportion théorique du hasard

PDQ-8 : Parkinson's Disease Questionnaire – 8 items

PDQ-39 : Parkinson's Disease Questionnaire – 39 items

Po : Proportion d'accord observée

PV : Paraverbal

QV : Qualité de Vie

SNC : Système Nerveux Central

SNP : Système Nerveux Périphérique

V : Verbal

VHI : Voice Handicap Index

Introduction

« Il y a une chose plus triste à perdre que la vie, c'est la raison de vivre, plus triste que de perdre ses biens, c'est perdre son espérance. » (Paul Claudel)

En 1817, la maladie de Parkinson (MP) est décrite pour la première fois par le docteur James Parkinson. La MP est la deuxième maladie neurodégénérative du sujet âgé. Elle constitue un réel problème de santé publique ainsi qu'un enjeu économique majeur. De nombreuses études récentes sur l'étiopathogénie, l'évaluation, la physiopathologie et les différentes thérapies ont permis d'enrichir les connaissances sur la maladie.

En France, environ 170 000 personnes sont atteintes de la MP et ce chiffre ne cesse de croître chaque année (Bonnet, & Hergueta, 2016). Le nombre d'individus réellement impactés est démultiplié si tout l'entourage est pris en compte. La MP demande un accompagnement pluridisciplinaire et coordonné entre les différents professionnels de santé. Le patient est considéré dans sa globalité, comme un individu singulier. L'orthophonie, qui fait partie intégrante du parcours de soin, a pour objectif premier le maintien de la communication dans le but de conserver au mieux des liens sociaux et une qualité de vie (QV) satisfaisante. Toutefois, les troubles moteurs de la maladie viennent modifier la communication entre un patient et son partenaire. Le caractère naturel de l'interaction (IA) est touché, les échanges deviennent difficiles, coûteux et s'amenuisent. La maladie conduit progressivement le patient vers l'isolement. Peu de travaux sur la MP et les thérapies des IA sont publiés à ce jour.

L'objectif de ce travail est de savoir si la mise en place d'une thérapie des IA entre un sujet atteint de la MP et son partenaire de conversation privilégié a un impact sur leur communication. Ce mémoire est exploratoire et vise à améliorer les données existantes, notamment grâce à l'apport d'une participation active de l'aidant.

Dans un premier point, les fondements théoriques en relation avec ce travail seront exposés. Dans un deuxième point, la méthodologie suivie sera décrite. Les résultats seront ensuite analysés. Pour terminer, une discussion sera proposée, abordant les intérêts, les limites et les perspectives nouvelles ouvertes par ce travail.

PARTIE THEORIQUE

I. La Maladie de Parkinson

1. Définition

La MP se caractérise comme un modèle singulier de dysfonctionnement du système nerveux central (SNC), avec une dénervation dopaminergique nigro-striatale progressive : il en découle un dysfonctionnement chronique des noyaux gris centraux (NGC), essentiels dans le contrôle de l'exécution des plans moteurs appris comme le « geste articulaire » (Viallet, & Gayraud, 2005). L'observation d'une perte neuronale dans la substance noire ainsi que l'accumulation d'alpha-synucléine (protéine) dans le tronc cérébral, sous forme de corps et de neurites de Lewy, sont essentiels au diagnostic de la MP (Joyon, & Duyckaerts. In Defebvre & Vérin (Eds.), 2015).

La MP ne se présente pas comme une maladie unique. Elle possède des tableaux cliniques hétérogènes car elle n'a pas pour seul cœur lésionnel l'atteinte du système dopaminergique nigro-striatal. D'autres systèmes dopaminergiques (au niveau mésencéphalique et extra-mésencéphalique) ou non dopaminergiques (au niveau noradrénergique, cholinergique, sérotoninergique et cortical) sont susceptibles d'être touchés. Le développement d'une synucléopathie extra-cérébrale initiale, pour certains patients, explique l'apparition de signes non moteurs comme une anosmie, des troubles du sommeil ou du transit plusieurs années avant les symptômes moteurs de la MP (Derkinderen, & Damier. In Defebvre & Vérin (Eds.), 2015). La MP est probablement multifactorielle avec notamment la participation de facteurs génétiques liés à l'hérédité et de facteurs environnementaux liés à des substances toxiques.

2. Principales données cliniques

2.1. La triade parkinsonienne

Selon Defebvre (2005), la triade parkinsonienne constitue les signes inauguraux les plus fréquents. Elle se définit par :

- **Un tremblement de repos**, unilatéral ou très asymétrique, qui démarre en général au niveau des membres supérieurs ou de la face.

Ce tremblement rythmique s'observe au repos et s'efface lors du mouvement. Il représente dans 70 % des cas le signe initial.

- **Une rigidité** (ou hypertonie) qui s'explique par une gêne segmentaire ou une raideur à la marche ou lors d'un mouvement. Elle prédomine au niveau des fléchisseurs. Cette résistance aux mouvements passifs imposés aux membres peut être douloureuse et entraîner des déformations physiques.
- **Une akinésie** qui se caractérise comme un retard à l'initiation du geste. L'amplitude et la vitesse sont diminuées. L'akinésie est variable dans le temps et peut être déclenchée par la fatigue ou les émotions. On peut observer un faciès qui se fige (amimie), une marche à petits pas, la perte du ballant automatique d'un bras à la marche...

Cette triade retentit dans d'autres domaines de la motricité, notamment au niveau de la parole, de l'écriture et de la déglutition.

2.2. La dysarthrie

La dysarthrie est une perturbation de l'exécution motrice de la parole et du contrôle neuromusculaire. Plus précisément, elle se définit comme un trouble de la parole secondaire à une lésion du SNC et/ou du système nerveux périphérique (SNP) (Auzou, 2007). Elle a un impact négatif sur l'autonomie et sur l'évolution motrice et cognitive du patient. La voix, la prosodie, puis l'articulation et le débit sont affectés et menacent l'intelligibilité ainsi que les relations sociales du patient avec son entourage (Viallet, & Gayraud, 2005). La respiration est également altérée. La dysarthrie se distingue des troubles du langage (aphasies) qui s'associent à des fonctions cognitives plus élevées (Pinto, Ghio, Teston, & Viallet, 2010) .

La parole « permet le transfert du message d'un locuteur vers l'auditeur » (Auzou, 2007, p. 79). Elle dépend d'interconnexions corticales, sous-corticales, cérébelleuses et du tronc cérébral complexes. Cet acte est volontaire et se réalise en plusieurs étapes : la planification, suivie de la programmation puis de l'exécution du mouvement, avec en parallèle le contrôle, la coordination et la correction de ce même mouvement (Pinto, 2007). Les NGC ont un rôle important dans ces différentes phases.

Darley, Aronson et Brown (1969a, 1969b) ont élaboré une classification physiopathologique des dysarthries. Parmi les types de dysarthrie, celle qui concerne la MP est la **dysarthrie hypokinétique**. Cette dysarthrie se caractérise par une atteinte des NGC et notamment du système extra-pyramidal. Elle « ne se distingue des dysarthries spastique et mixte que par un score significativement plus élevé pour la fonction du voile du palais, suggérant une perturbation moindre de la résonance » (Teston, & Viallet, 2005, p. 168). Selon Darley et al. (1969a, 1969b) et Rusz et al. (2015), les paramètres les plus déviants de la parole parkinsonienne sont d'ordre **prosodiques** (monotonie de hauteur, diminution de l'accentuation, mono-intensité), **articulatoires** (imprécision des consonnes), **vocaux** (voix rauque, soufflée, hauteur moyenne dirigée vers les aigus surtout pour les hommes) et **rythmiques** (débit variable en faveur d'une accélération, silences inappropriés, accélérations paroxystiques).

La batterie d'évaluation clinique de la dysarthrie (BECD) permet d'explorer six domaines : **la sévérité** du trouble avec notamment le score d'intelligibilité, **l'analyse perceptive** des anomalies de la parole (lenteur, faiblesse...), **l'analyse phonétique** pour observer l'articulation et la résonance, **l'examen moteur** des organes concernés lors de la phonation (respiration, larynx, langue, lèvres, voile du palais...), **l'auto-évaluation** et **l'analyse acoustique** instrumentale (Auzou, & Rolland-Monnoury, 2006).

2.3. La dysgraphie

La dysgraphie parkinsonienne peut être vécue comme une perte d'autonomie et constituer une plainte initiale. Elle se caractérise principalement par une micrographie avec une diminution de la vitesse d'écriture, de l'amplitude du mouvement et une gêne pour initier et interrompre le geste (Gentil, Esnault, Danaila, Broussolle et Thobois, 2016).

2.4. Les troubles de déglutition

La déglutition est touchée très tôt dans la MP et peut concerner toutes les phases. Les altérations principales sont une diminution du réflexe, un allongement du temps de déglutition, une perte de force des muscles expiratoires et une coordination avec la respiration

déficitaire (Moreau, & Defebvre. In Defebvre & Vérin (Eds.), 2015). Ce trouble retentit sur la QV, l'alimentation et le pronostic vital de la personne atteinte. Une évaluation objective est nécessaire même sans demande car, le plus souvent, aucune plainte n'est évoquée à ce sujet du fait du manque de lien que le patient établit entre la MP et la déglutition (Gentil et al., 2016).

2.5. Les troubles cognitifs

Les troubles cognitifs altèrent principalement l'attention, la mémoire, la vitesse de traitement de l'information, les fonctions visuo-spatiales, l'apprentissage ainsi que les fonctions exécutives. Ils ont un impact important sur le degré de handicap et la QV des sujets. Souvent, les patients se plaignent d'un ralentissement cognitif qui réduit leurs capacités de supervision de l'action. Néanmoins, l'orientation spatio-temporelle, l'efficacité intellectuelle, la conscience des troubles ainsi que les fonctions instrumentales sont préservées. Leur évolution est progressive. Ces troubles sont plutôt discrets et fins au stade précoce. Après plusieurs années, la MP peut évoluer vers une démence parkinsonienne avec une nette aggravation des troubles cognitifs et comportementaux et la présence de fluctuations importantes d'une période à une autre (Dujardin. In Defebvre & Vérin (Eds.), 2015).

3. Handicap et qualité de vie

« La QV est un concept centré sur le patient » (Charras, Blanc, & Ozsancak, 2005, p. 227). Le but principal est d'améliorer les conditions de vie de la personne. Pour cela, il faut d'abord réaliser une évaluation clinique objective ainsi qu'une auto-évaluation du sujet. La QV est multidimensionnelle et se base principalement sur l'observation et la pragmatique.

Le handicap vocal vient casser une partie de l'identité de la personne car la voix occupe une place importante dans la personnalité de chacun. Les dimensions touchées dans le handicap vocal et la QV sont similaires : physique, fonctionnel, social, psychologique. Le handicap vocal atteint également la communication (Charras et al., 2005).

II. L'aidant

La MP n'a pas pour seule victime la personne atteinte. Elle touche aussi tous ses proches et plus particulièrement son aidant principal. Ce dernier a une fonction centrale dans la MP. Il est l'intermédiaire avec l'extérieur et joue un rôle de soutien (physique, moral...) auprès du sujet atteint. Comme le patient, les proches doivent « faire avec » la maladie et veiller à être bienveillants au moment présent (Bonnet, & Hergueta, 2016).

1. Définition

« Les aidants dits naturels ou informels sont les personnes non professionnelles qui viennent en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne » (Haute Autorité de Santé, 2010, p. 1). Le plus souvent cette personne est le conjoint ou un enfant, mais ce peut être aussi un ami, un ou un voisin.

Le rôle de l'aidant va se modifier en fonction des différentes phases d'évolution de la MP. Lors de l'annonce du diagnostic, on parle d'accompagnement de la personne, en veillant à respecter son droit de décision. A un stade plus avancé, on est dans le domaine du soutien moral, avec une préservation de l'autonomie du sujet et de l'administration des soins. L'aidant peut avoir des missions variées comme « distribuer les prises médicamenteuses, gérer une perfusion sous-cutanée continue d'apomorphine, accompagner son proche malade lors de ses déplacements, repérer et gérer les troubles du comportement ou cognitifs » (Ory-Magne, & Brefel-Courbon. In Defebvre & Vérin (Eds.), 2015, p. 218).

2. Fardeau de l'aidant

Cet engagement se transforme souvent en fardeau pour l'aidant. La maladie représente une source d'angoisse et est vécue comme très éprouvante au quotidien autant au niveau physique que psychologique. Elle contribue à l'épuisement, à la dégradation de la relation de couple et à l'isolement social et familial. La santé de l'aidant ainsi que sa QV sont également impactées.

L'étude de Chatainier et al. (2016) cherche à mettre en évidence des rapports entre le fardeau de l'aidant et les particularités du patient et du conjoint. Il en résulte que la sévérité des symptômes moteurs de la MP et l'humeur des deux individus sont corrélées au fardeau de l'aidant. La gravité des symptômes non moteurs a aussi un effet significatif sur ce fardeau. Le dépistage des signes non moteurs s'avère donc essentiel.

Douma et al. (2015), souhaitent déterminer le niveau de répercussion de la MP sur la QV des aidants et éclaircir les facteurs associés. L'identification de ces facteurs déterminants est nécessaire car elle favorise une amélioration de la prise en charge globale. Un patient âgé, un stade évolué de la MP et le sexe féminin sont liés à un niveau de fardeau élevé. La personne atteinte de la MP a besoin de deux composantes primordiales : un traitement pharmacologique adapté et un aidant sain. Néanmoins, l'aidant peut aussi avoir besoin d'être accompagné notamment quand la MP évolue et demande un investissement plus important dans la gestion de la vie quotidienne (Ory-Magne, & Brefel-Courbon. In Defebvre & Vérin (Eds.), 2015).

Ce fardeau va recruter toutes les ressources disponibles pour faire face et peut parfois conduire à des troubles du comportement de la part de l'aidant comme de la maltraitance ou de la surprotection qui peuvent desservir le patient dans son évolution. La souffrance de l'aidant ne doit pas être négligée. Pour cela, il est important d'examiner leurs besoins. Il en ressort cinq domaines principaux : le soutien social et affectif (famille, amis...), l'information sur la MP et les types de soins, les différentes places de l'aidant au cours de l'évolution, la formation et la nécessité de temps de repos pour faire face au suivi de long terme (North, 2007).

3. Des moyens et des solutions

Diverses solutions peuvent être proposées à l'aidant pour favoriser un mieux-vivre au quotidien. Les groupes de parole permettent d'avoir un échange avec d'autres personnes confrontées à la MP. Cela permet à l'aidant de casser cette sensation de solitude, de pouvoir exprimer son vécu auprès de personnes ayant été confrontées à des situations similaires, d'être compris et de pouvoir apprendre des autres pour mettre en place des aménagements et des

stratégies plus adaptées. Il est important également d'être en contact avec un professionnel qui stabilise cette relation patient/aidant, réévalue régulièrement le patient, coordonne, explique et fait des liens entre les différents suivis. Pour éviter ou rompre l'isolement, on peut soumettre à l'aidant des activités variées comme la détente, la musique, la créativité... pour se réinsérer dans la société (North, 2007).

Un suivi précoce de la MP a un impact positif sur l'état général et la QV des patients. Il permet de diminuer le fardeau de l'aidant et de repousser un placement en institution (Dujardin. In Defebvre & Vérin (Eds.), 2015). L'aidant est un pilier capital dans le suivi thérapeutique d'une personne atteinte de la MP en perte d'autonomie. Fonder une alliance thérapeutique entre les professionnels de santé et les aidants, travailler sur l'accompagnement et sur le développement de leurs capacités sont de rigueur. La mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique et/ou de soutien centré sur les aidants pourrait s'avérer bienfaisant (Ory-Magne, & Brefel-Courbon. In Defebvre & Vérin (Eds.), 2015).

III. La communication et l'interaction

1. Définitions

La communication représente « tout moyen verbal ou non verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments, avec un autre individu. » (Brin-Henry, Courrier, Lederlé, & Masy, 2011, p. 57).

Une IA peut être décrite comme un processus de communication, organisé et structuré entre au moins deux personnes, qui permet de transmettre une information de manière mutuelle et grâce à des moyens verbaux (V), paraverbaux (PV) et non verbaux (NV) fonctionnant en étroite synergie. Cet acte, fait de productions et de réceptions, permet la construction de l'identité sociale et des relations interpersonnelles et se déroule selon des règles partagées formant des droits, des devoirs et des attentes. (Kerbrat-Orecchioni, 1990). Pour Mehrabian, un message contient 7 % de V, 38 % de PV et 55 % de NV et son sens est « créé, présenté et transmis autant par le comportement que par l'expression parlée ou écrite » (cité par Lissandre et al., 2007).

La communication en face à face est **multicanale** car elle utilise des outils complémentaires V, PV et NV pour construire un énoncé. Elle est aussi **interactive** car l'échange est co-construit par les participants (Cosnier, 2008). Cette co-construction du discours et de son sens est possible grâce à la coordination et à la collaboration des participants (Cosnier, 2008 ; Kerbrat-Orecchioni, 1990, 2005). Durant la progression de l'IA, les individus sont contraints de restructurer et de modifier en permanence l'énoncé planifié pour s'adapter au mieux à la situation nouvelle qui se crée de façon aléatoire et imprévue par leurs comportements. (Kerbrat-Orecchioni, 2005). Une IA associe le discours, pour le sens du message, et la pragmatique pour le maintien et la régulation de l'échange (Cosnier, 2008). Selon Clark et Schaefer, un échange efficace est le résultat de la collaboration des partenaires avec un principe d'effort minimal mutuel (cité par De Partz, 2007).

2. Eléments de l'interaction

2.1. La pragmatique

La langue représente un ensemble de ressources et de contraintes pour l'IA et les participants (Kerbrat-Orecchioni, 2005). La pragmatique décrit et aborde les liens entre les outils de l'IA et ses utilisateurs. Elle étudie dans quelles conditions ces indices interviennent et quel est leur impact sur l'énoncé (Brin-Henry et al., 2011).

2.2. Les tours de parole

L'IA a besoin d'une alternance des tours de parole. Les marqueurs conclusifs, l'intonation descendante, les changements de posture, le regard, etc. sont autant d'indices de proposition de tours, de la part de l'émetteur, qui permettent à l'interlocuteur de prendre la parole. De la part de l'interlocuteur, on peut relever des indices de candidature à la parole comme des mouvements de tête, des changements de posture ou encore une inspiration plus marquée visant à préparer la prise de parole. (Cosnier, 2008). Ces indices créent un équilibre de l'IA car ils permettent de se saisir de son tour de parole et de le redonner (Lissandre et al., 2007)

2.3. Phatiques, régulateurs et marqueurs d'appui

Les phatiques sont des outils V ou NV, comme « tu vois », « hein », des mimiques, des regards, des contacts corporels... produits par l'émetteur pour capter et maintenir l'attention de l'interlocuteur (Kerbrat-Orecchioni, 1996). Ils participent à la co-construction de l'IA.

Les régulateurs sont des outils V ou NV, comme « d'accord », « c'est vrai », des hochements de tête, des haussements de sourcils, des postures... produits par le destinataire pour montrer à l'émetteur son investissement dans l'IA (Cosnier, & Brossard, 1984). Le concept de régulateur reste flou car la frontière avec la prise de parole propre est mince et il arrive de passer directement d'une notion à l'autre (Kerbrat-Orecchioni, 1990). Les phatiques provoquent naturellement des régulateurs du côté du destinataire.

Le regard est une notion complexe car il a tantôt une valeur phatique, lorsqu'il est bref et se situe à un moment précis, tantôt une valeur régulatrice lorsqu'il est fixe de la part du récepteur vers l'émetteur. Le regard est davantage présent du côté régulateur (Cosnier, & Brossard, 1984). Il peut établir un indice phatique intra-tour qui va susciter des indices régulateurs du destinataire. Il sert aussi à marquer l'engagement ou le désengagement et permet l'arrêt ou la poursuite de l'IA (Cosnier, 2008).

Les marqueurs d'appui sont des outils V pouvant être désémantisés comme « bon », « ben », « euh », « voilà »... Ils servent de support pour introduire, poursuivre ou ponctuer le discours émis par le sujet (Lucas, 2016).

2.4. Les gestes

« Le corps sert de repères spatio-temporels à l'organisation de la pensée et de matrice à la formation du discours » (Cosnier, 2008, p. 121). Les tours et temps de parole et le maintien de l'IA sont en grande partie régis par les gestes. Le destinataire coordonne sa motricité sur le rythme de parole de l'émetteur qui est lui-même en synergie entre sa parole et ses mouvements. La gestualité favorise l'activité V nécessaire à l'IA et admet des fonctions

sémantique, syntaxique, émotionnelle, régulatrice et coordinatrice. Les gestes déictiques (pointage) et illustratifs (mime) servent à guider un énoncé ainsi que les hochements de tête, les regards et l'échomimie. Les gestes ont une connotation socio-culturelle et sont source de variations (Cosnier, & Brossard, 1984 ; Cosnier, 2008).

2.5. La prosodie

La prosodie (ou intonation) recense trois paramètres : **la hauteur** ou mélodie avec la fréquence fondamentale (F0), **l'intensité** du son et **la durée** qui comprend le débit et le rythme de parole. Lors d'une IA, ces paramètres doivent s'harmoniser avec la perception prosodique du partenaire (Teston, & Viallet, 2005). La prosodie demande des traitements cognitifs afin de produire et de comprendre au mieux un message. En 2004, Joannette (cité par Cormier Laisné, & Dupuis Bolloré, 2014) différencie deux types d'intonation :

- L'intonation linguistique qui comprend trois composantes de la parole : l'accentuation lexicale concerne la syllabe, l'accentuation emphatique concerne le mot et les modalités concernent la phrase. Ces dernières permettent de distinguer une affirmation d'une interrogation par exemple.
- L'intonation émotionnelle qui permet au locuteur de traduire des émotions en rapport avec son message V.

2.6. Les règles interactionnelles

L'IA comporte des règles. Celles-ci concernent l'initiation et la clôture de l'IA, l'organisation, les tours de parole... et sont des ressources précieuses à la communication. Elles doivent cependant être adaptées en permanence au fil de l'échange, dans un contexte précis et selon les attentes des sujets, qui vont devoir ajuster leur comportement (Kerbrat-Orecchioni, 2005).

Les règles de coopération de Grice sont fondamentales pour le bon déroulement d'une IA. Elles sont au nombre de quatre : la quantité et la qualité de l'information, la relation avec le contexte et la manière avec un ton à propos (cité par Lissandre et al., 2007). D'autres lois

régissent une IA comme les rituels sociaux, l'informativité ou les comportements NV (proxémie, posture, regard, gestes...) (Lissandre et al., 2007).

2.7. Incidents et réparations

Un incident conversationnel conduit à une rupture dans l'échange par des difficultés de communication ou des comportements inadaptés. La parole est incertaine et implique souvent des incidents. Lorsqu'une règle est transgressée, elle doit être réparée, auquel cas elle aura, en général, un impact négatif sur le déroulement de l'IA (Kerbrat-Orecchioni, 1990). La réparation est une notion complexe qui incite à modifier le discours. Elle dépend des participants et des stratégies utilisées pour poursuivre l'IA. En 1977, Schegloff et coll. (cités par De Partz, 2007) analysent les procédures de réparation dans une IA quelconque et déterminent deux étapes dans la résolution des incidents : la signalisation et la réparation. Une auto-signalisation suivie d'une auto-réparation constitue le schéma le plus fréquent et le moins coûteux. L'hétéro-signalisation et l'hétéro-réparation se rencontrent davantage dans les profils avec des troubles linguistiques.

2.8. Le contexte

Le contexte est essentiel pour mettre en place une IA. L'identification des éléments contextuels, comme le cadre spatio-temporel, s'avère importante pour que les individus interprètent bien les faits V, PV et NV qui se déroulent durant l'IA et pour qu'ils puissent s'y adapter de manière appropriée. Les éléments PV et NV fournissent des indices sur les participants et leur relation ou sur la nature des actes de langage (assertion, question...) par exemple (Kerbrat-Orecchioni, 1990).

3. Les particularités de la communication dans la MP

En 1980, Yorkston et Beukelman caractérisent l'intelligibilité comme « le degré de précision avec lequel le message est compris par l'auditeur » (cité par Auzou, 2007, p. 81). Dans la MP, la communication est atteinte et se ressent précocement notamment au niveau

des IA sociales et relationnelles. Cette conscience des troubles peut entraîner le retrait voire l'abandon de l'IA.

3.1. La dysprosodie parkinsonienne et ses conséquences

La dysprosodie est une atteinte du rythme, de la mélodie et de l'intensité. La parole est syllabique, ralentie et monotone. Dans la MP, la dysprosodie est la conséquence d'une mauvaise coordination pneumo-phonique, d'une instabilité du vibrateur laryngien et de difficultés à répéter l'intonation planifiée (Teston, & Viallet, 2005). La parole perd de son naturel et de ses traits émotionnels. La communication NV est altérée au niveau facial, gestuel et prosodique. Le partenaire éprouve plus de difficultés pour comprendre le message. L'effort pour parler grandit. Cela induit une réduction de l'initiation et du maintien des IA et donc réduit la communication (Gentil et al., 2016).

La dysprosodie concerne six des dix paramètres les plus déviants cités pour la dysarthrie : la monotonie de hauteur, la mono-intensité, la diminution de l'accentuation, les silences inappropriés, les accélérations paroxystiques et le débit variable (Pinto, 2010).

3.2. L'organisation temporelle

La parole est linéaire et temporelle. L'organisation temporelle est incluse dans la durée avec l'intervalle de temps des éléments phonologiques (Teston, & Viallet, 2005). Elle joue un rôle informatif et fondamental dans la structure d'un message et représente les étapes de la production de la parole, notamment la recherche lexicale, la programmation, l'organisation syntaxique, l'articulation et la relation avec le partenaire.

Dans la MP, Freydier (2016) remarque que les chevauchements et les interruptions des tours de parole, souvent volontaires chez le partenaire, créent deux temporalités parallèles dans l'IA. L'enchaînement des tours n'est plus naturel. Une réduction de la vitesse d'expression semble être corrélée avec une augmentation des temps de pause, due à un dysfonctionnement des ganglions de la base. Des dysfluences, comme des omissions ou des répétitions, ressortent dans les mots et les syntagmes. Ces différents indices ont un impact sur la prosodie et

entraînent une rupture du message et de la cohésion des unités linguistiques perturbant l'intelligibilité et la perception du partenaire (Duez, 2005). La prosodie et l'allongement final sont préservés au moins jusqu'à un stade modéré de la MP (Duez, Legou, & Viallet, 2009).

3.3. L'amimie

L'amimie se définit comme une « perte complète ou partielle de l'utilisation des gestes en tant que symboles directs d'un sentiment ou indirects d'une idée, y compris les expressions du visage » (Brin-Henry et al., 2011, p. 15). Les gestes sont ralentis, retardés, imprécis voire inexistantes.

La perturbation s'avère importante quand une personne doit s'adresser à un partenaire qui porte un masque blanc sur le visage (Cosnier, & Brossard, 1984). Dans la MP, le visage devient inexpressif et se fige avec une réduction des mimiques et du clignement palpébral. Ce manque d'indices donne le sentiment d'une absence de réponse régulatrice et phatique perturbant l'IA au niveau NV et émotionnel. Chez un patient avec la MP, la reconnaissance des visages est préservée mais certaines émotions comme la peur et le dégoût sont altérées et dépendraient de la sévérité de la MP et des troubles cognitifs (Gentil et al., 2016).

3.4. Le partenaire de conversation

Du fait de la coexistence de divers troubles de la communication, la MP crée une certaine dépendance à l'autre pour engager les réparations, se faire comprendre et rétablir une compréhension mutuelle. Le partenaire manque d'indices phatiques et régulateurs ce qui crée rapidement un déséquilibre de l'IA, voire son interruption (Cosnier, & Brossard, 1984). Il sollicite davantage le patient qui manque d'initiation et de répondant. L'IA est aussi perturbée par les fluctuations motrices et les dyskinésies du patient qui ont un impact direct sur tous les participants. Les troubles moteurs de la parole combinés avec des difficultés de communication font que le patient émet des énoncés atypiques et coûteux à comprendre pour le partenaire. (Saldert, & Bauer, 2017).

Selon Carlsson, Hartelius et Saldert (2014), les partenaires utilisent des stratégies de communication qui semblent être plus fortement corrélées aux capacités individuelles de communication de la personne atteinte de la MP plutôt qu'avec le type de trouble. De plus les partenaires des sujets parkinsoniens ont tendance à réparer plus souvent que ceux des sujets aphasiques. Griffiths, Barnes, Britten et Wilkinson (2015) montrent que les partenaires ont tendance à améliorer leur démarche de réparation en progressant de formes naturelles et instinctives à des formes plus spécifiques comme la reformulation. Mais parfois, l'acte de réparation est trop anticipé par l'aidant qui n'attend pas d'avoir une quantité suffisante d'indices syntaxiques de la part du patient afin de comprendre le message. Cela freine l'IA, prolonge l'acte de réparation et demande une participation plus active des participants.

4. L'analyse conversationnelle

4.1. Définition

L'analyse des IA a pour objectif de décoder les diverses règles conversationnelles, les stratégies de co-construction utilisées par la dyade ainsi que les aspects comportementaux et communicationnels malgré une hétérogénéité des ressources et une instabilité de la langue (Kerbrat-Orecchioni, 1990, 2005).

Selon De Partz (2007), l'analyse et la rééducation conversationnelles suivent une approche fonctionnelle et comprennent toujours trois éléments clé de la communication : le patient, le partenaire et l'IA. Il s'agit de faire une analyse individualisée, écologique et dynamique des IA pour identifier les difficultés communicationnelles, les adaptations mises en place et la collaboration des sujets. Cette approche comportementale considère que les troubles fonctionnels et linguistiques sont étroitement liés.

4.3. Évaluations et supports

Ortolan (2012) crée un outil d'observation destiné à l'analyse conversationnelle entre une personne cérébro-lésée et son partenaire privilégié. En 2016, ce support est modifié et amélioré par Colun et al.. Cet outil permet d'analyser avec précision les IA entre deux personnes et particulièrement les comportements réciproques, la gestion de la conversation et

les indices V, PV et NV. En pratique, il est nécessaire de déterminer la nature des troubles impliqués dans l'IA. Il peut être intéressant de regarder au-delà de l'intelligibilité, notamment au niveau de la pragmatique pour mieux comprendre l'impact de la MP sur les IA du quotidien.

L'évaluation va apporter des informations sur les mimiques, les gestes communicationnels, la réactivité des réponses... La rééducation privilégie la conscientisation de ces aspects et le travail sur la prosodie avec, en parallèle, des stimulations visuelles, sensori-motrices et de l'amplitude du geste. Pour voir l'évolution et les progrès, des supports comme un miroir ou des enregistrements peuvent s'avérer utiles (Gentil et al., 2016).

5. Thérapie des interactions

La thérapie des IA constitue une relation trielle entre le patient, le partenaire et le thérapeute. Elle demande une implication active du partenaire en lui proposant des stratégies d'adaptation et cherche à mettre en avant les capacités du patient et à ajuster les comportements réciproques (Ortolan, 2012). Le but étant de favoriser l'efficacité des solutions de réparation en modifiant la dynamique des IA, d'augmenter la participation du patient, de réduire le retrait social (De Partz, 2007 ; Griffiths et al., 2015) et d'améliorer la QV du patient et de son partenaire grâce à un accompagnement dans la MP (Freydier, 2016). Néanmoins, elle ne remplace pas une rééducation duelle entre l'orthophoniste et son patient.

L'analyse conversationnelle permet d'élaborer les axes de la thérapie des IA. Le partenaire est d'autant plus sollicité car il va devoir conscientiser ses comportements communicationnels inappropriés, les identifier et apprendre à les améliorer par le biais de stratégies plus efficaces. Toutes ces modifications vont avoir des répercussions sur le patient, surtout au niveau V, car elles vont lui permettre d'explorer davantage ses capacités de communication résiduelles plutôt que de corriger directement son comportement. A la suite de ce travail, une évaluation peut être proposée pour en observer les effets (De Partz, 2007).

Synthèse de la partie théorique

La MP est une maladie neurodégénérative qui peut entraîner des troubles communicationnels. Elle retentit sur la QV et sur les IA du patient et de son entourage. Un travail précoce permet de diminuer le fardeau de l'aidant et donne des stratégies pour maintenir au mieux l'autonomie, une communication multicanale et la QV. L'analyse conversationnelle et la thérapie des IA font partie des moyens proposés à un patient et son partenaire de conversation privilégié.

PARTIE PRATIQUE

I. Problématique

Ce mémoire tente de montrer l'impact que peut avoir la mise en place d'une thérapie des IA sur un sujet atteint de la MP et son partenaire conversation privilégié. Pour se faire, une analyse de conversations filmées à des temps précis a été faite au moyen d'une grille d'observation. Trois films ont été réalisés et analysés : un film pré-thérapeutique, un film post-thérapeutique et un film à long terme (un mois après le film post-thérapeutique).

Ce travail implique de mettre en place une thérapie des IA afin d'en montrer son efficacité. Elle a été adaptée en fonction de la demande, des besoins du patient et des résultats de l'analyse pré-thérapeutique. Par la suite, une comparaison des trois films a été réalisée pour noter l'impact du suivi grâce à l'observation de l'évolution de la qualité des IA et de la communication, des stratégies d'adaptation des deux interactants et des répercussions sur la QV. Ce mémoire a aussi pour objectif d'enrichir et d'apporter des éléments cliniques nouveaux et pertinents quant aux moyens utilisés pour restaurer, compenser ou réduire les échecs ou freins conversationnels et rendre l'échange plus fluide et plus efficace.

II. Méthode

1. Recherche de participants

La population a été recrutée par le biais d'orthophonistes des Bouches-du-Rhône. Le recrutement s'est réalisé en juin 2017. Un courrier expliquant la demande a été adressé à de nombreux orthophonistes, structures et associations par différents canaux (Annexe B, p. II). Le but était de trouver un seul couple pour ce mémoire. Cependant, à l'issue de ces recherches, deux couples ont été sélectionnés par sécurité (problème de santé, abandon...). Le travail a donc débuté avec deux couples, mais il n'a pu être mené à terme qu'avec un seul d'entre eux. Un des deux membres du second couple est décédé durant la période de recueil des données.

2. Population

Un couple composé d'un sujet atteint de la MP (Mr C.) et sa partenaire de conversation privilégiée (Mme C., qui est sa conjointe) a été sélectionné pour participer à cette étude.

- **Critères d'inclusion** : Pour le sujet atteint de la MP, des troubles de la voix et/ou de la parole doivent être présents et le patient comme sa partenaire doivent être motivés et trouver un intérêt à ce travail. La partenaire doit être globalement en bonne santé et autonome pour pouvoir assurer son rôle d'aidant.

- **Critères d'exclusion** : Le patient ne doit pas montrer de signes de démence et ne doit pas être au début de la maladie. La partenaire ne doit pas être atteinte d'une pathologie grave ou invalidante au point de ne pas pouvoir assurer son rôle d'aidant.

3. Présentation du couple

3.1. Anamnèse

Mr et Mme C. ont respectivement 79 ans et 74 ans. La MP de Mr C. a été diagnostiquée par son neurologue il y a onze ans (cinq ans après son départ en retraite). Mme C. avait détecté des signes de lenteur motrice. Ils ont deux enfants et deux petits-enfants. Ce sont des gens très conviviaux, qui aiment recevoir leur famille et leurs amis chez eux au

quotidien. Ils vivent en centre-ville, dans un appartement au premier étage et sans ascenseur. L'accès aux moyens de transport et aux commerces est facile. Ils n'ont pas de problème d'audition mais ont tous deux des lunettes, pour une presbytie, qu'ils portent seulement pour lire. Ils sont droitiers. Mr et Mme C. appartiennent à un milieu socio-culturel moyen. Ils ont de multiples centres d'intérêts communs notamment la photo, la musique, le cinéma, le sport...

Mr C. était photographe. Il a une infirmière à domicile pour l'aider à l'habillage et est suivi par un kinésithérapeute trois à quatre fois par semaine. Il prend de la dopamine sous forme de comprimés. Il est satisfait de ce traitement qui lui supprime de légers tremblements cependant son médecin projette de lui poser une pompe à apomorphine pour le stabiliser davantage. Son sommeil est léger, il ne dort que 4 à 5 heures par nuit.

Mr C. a été opéré d'une arthrolyse lombaire en janvier 2017 mais il continue d'en souffrir. Cette intervention a eu des conséquences sur sa marche, plus difficile. Le risque de chute est plus important. Mr C. se déplace parfois avec une canne. Suite à cela, il ne peut plus conduire, ce qui a un impact sur son moral. Sa posture est aussi touchée, avec une déviation vers la droite des épaules qui ne sont pas à la même hauteur et une tête qui a tendance à se relâcher vers l'avant. Mr C. ressent de temps en temps des difficultés pour contrôler sa salive à cause de sa posture. Il a un situs inversus, c'est-à-dire que ses organes et ses viscères sont inversés.

A première vue, Mr C. n'a pas de tremblement de repos. Néanmoins, il a des tremblements souvent au niveau de la tête. Sa mimique est réduite et il laisse apparaître de légères dyskinésies principalement au niveau des pommettes.

Mme C. était secrétaire-comptable. Elle a un frère atteint de la maladie d'Alzheimer qui habite en dessous de leur appartement et qui vient tous les jours pour le repas du midi. Elle prend des cours de gymnastique trois fois par semaine et participe de manière bénévole à l'éveil des enfants dans une association. Elle ne conduit pas.

Mr C. éprouve une gêne au niveau de sa voix et trouve qu'elle a baissé. Cela est en accord avec les propos rapportés par sa femme. Parfois il est inintelligible et son entourage le fait souvent répéter. Mme C. a plus conscience de cet aspect que lui. Pour le moment, Mr C. ne souffre pas d'isolement mais la communication devient plus compliquée et il souhaite

l'améliorer. Il se plaint aussi de raideurs, voire de blocages, au niveau des mains et des pieds. Il se trouve moins précis et plus lent dans ses gestes qu'avant. Cela se retrouve également lors des repas. Ce sont des gens très dynamiques, motivés et impliqués. Ils continuent au mieux leurs activités même s'ils reconnaissent que c'est plus compliqué depuis l'opération de Mr C..

3.2. Ethique et déontologie

Deux documents ont été signés par le couple lors du premier contact : une autorisation d'enregistrements audiovisuels (Annexe A, p. I) et une lettre de consentement éclairé résumant le projet (Annexe 7, p. XXIII). Un engagement éthique leur a été donné garantissant l'anonymisation et la confidentialité des données, la préservation de l'intégrité physique et psychologique des participants, la restitution des résultats à la fin de l'étude ainsi que le droit à l'information (Annexe 8, p. XXIV).

3.3. Bilan

Mr C. n'a jamais été suivi en orthophonie. Avant de commencer la mise en place d'une thérapie des IA, plusieurs tests lui ont été proposés. Le bilan, effectué en 2h30 lors de deux rencontres, comportait deux parties : la BECD, qui a été réalisée dans sa totalité, et le PDQ-8 (Parkinson's Disease Questionnaire). Ce bilan a permis de faire un état des lieux global de l'atteinte et de la souffrance en se constituant des points de références quant au stade de la MP de Mr C..

3.3.1. BECD

La BECD de Auzou et Rolland-Monnoury (2006) permet d'évaluer la dysarthrie du patient notamment en écoutant sa plainte, en déterminant la sévérité du trouble et en notant les principales anomalies perceptives, l'altération motrice et la perception que le patient se fait de sa propre parole (Auzou, 2007). Cette batterie est composée du Voice handicap index (VHI) qui est une échelle d'auto-évaluation vocale élaborée par Jacobson et al. en 1997 (cités par Charras et al., 2005). Elle comprend trente items répartis dans trois dimensions : physique, fonctionnelle et émotionnelle. Plus son score est important, plus l'atteinte et l'impact sur la QV

sont sévères. Ce questionnaire complète l'évaluation objective et permet d'apprécier le jugement et la prise de conscience des difficultés vocales et de communication, au quotidien, de la part du patient. Cela renforcerait l'engagement dans le suivi ainsi que la relation thérapeutique (Auzou, 2007 ; Charras et al., 2005).

Durant la passation de la BECD, Mr C. se montre anxieux mais très motivé et concentré. Les scores perceptif (13/20) et d'intelligibilité (14/24) montrent une dysarthrie modérée. La voix de Mr C. a perdu son caractère naturel. La prosodie est altérée avec une perte des modulations de l'intensité vocale, des fluctuations au niveau de l'intensité et du débit, des accélérations paroxystiques, des ruptures de la fluence, des silences inappropriés et des difficultés d'initiation motrice. La qualité vocale est aussi touchée avec notamment une perturbation de la hauteur, une baisse de l'intensité, une voix soufflée par intermittences et des périodes d'aphonie.

Les scores de Mr C. au G.R.B.A.S.-I. sont présentés dans le *tableau 1*.

G (degré de sévérité global)	R (Raucité)	B (Souffle sur la voix)	A (Voix faible, hypophonie)	S (Forçage, serrage)	I (Instabilité vocale)
2	0	3	3	0	2

Tableau 1: Score de Mr C. au G.R.B.A.S.-I.

Le test phonétique d'intelligibilité est plutôt bien réussi avec un score de 50/52 ce qui veut dire que Mr C. est intelligible. Cependant ce test ne reflète pas la réalité car il ne contient que des mots isolés, ce qui n'est pas le cas lors d'une conversation écologique. L'auditeur doit également fournir un effort plus important que la moyenne pour comprendre.

Lors de la lecture de texte, Mr C. dit avoir du mal à se concentrer pour lire et ceci depuis toujours. Cette activité lui demande un effort important. Mr C. est lent, lit par groupe de mots et bloque sur des mots peu fréquents. La fin du texte est laborieuse avec des mots saccadés, inaudibles, transformés et une baisse de l'intensité vocale. La réalisation phonétique est perturbée avec des modifications de la durée des phonèmes et des imprécisions des consonnes et des voyelles. Les combinaisons consonantiques complexes comme « sp » dans le mot « asperge » demandent plus de concentration. Les consonnes « L » et « R » s'effacent par moments. Mr C. commet des erreurs variables et inconstantes.

Au niveau de l'examen moteur, Mr C. a une respiration thoracique et buccale, au repos et en conversation. Il s'essouffle facilement et contrôle régulièrement sa respiration avec des épisodes d'inspiration/expiration forcés. Il a une altération des sinus et de la cloison nasale depuis qu'il est jeune ce qui pourrait expliquer ce mode de respiration. Mr C. montre quelques fasciculations de la langue lors de la réalisation des praxies, une réduction des mouvements labiaux, une faiblesse dans l'explosion des consonnes bilabiales, une expressivité réduite et des dyskinésies du visage et de la tête.

Mr C. obtient un score de 36/120 à l'échelle du VHI. Selon une étude de Niebudek-Bogusz, Kuzańska, Woznicka et Sliwinska-Kowalska (2011), ce score est pathologique dès l'instant où il atteint 12/120. Le ressenti de Mr C. est donc à prendre en compte de manière non négligeable. Les points sont répartis de la manière suivante : 16 points pour la dimension physique, 8 points pour la dimension fonctionnelle et 12 points pour la dimension émotionnelle. Mme C. est en accord avec les réponses de son mari. Parmi tous les items, deux sont considérés comme **presque toujours** rencontrés pour Mr C. : « *Je suis à court de souffle quand je parle.* » et « *On me demande : "Qu'est-ce qui ne va pas dans ta voix ?"* ».

Les données instrumentales ont été réalisées avec le logiciel PRAAT (Boersma, & Weenink). Celles-ci consistent à mesurer des intensités en décibels (dB) et des hauteurs en Hertz (Hz) dans diverses conditions. Elles ont pour but, d'une part, d'objectiver les éléments cliniques observés durant l'analyse perceptive, et d'autre part, d'avoir une référence pour pouvoir comparer la parole à différents stades d'évolution de la MP (Auzou, & Rolland-Monnoury, 2006). Les relevés montrent que Mr C. rencontre des difficultés pour contrôler sa voix. Pour l'intensité, Mr C. est à la limite inférieure de la norme avec 55 dB en voix conversationnelle. La voix faible atteint 50 dB ce qui est un peu élevé car la moyenne est d'environ 40 dB. Tandis que la voix criée est à 65 dB, donc en dessous de la norme qui commence à 80 dB. Pour la hauteur, F0 atteint 126 Hz en moyenne. Cela est plus élevé que la norme qui se trouve entre 90 et 110 Hz pour l'homme. Ce phénomène s'observe chez les patients atteints de la MP et surtout chez l'homme (Pinto, 2010). Mr C. a une étendue vocale de 116 Hz à 359 Hz.

En conclusion, Mr C. présente une dysarthrie hypokinétique légère à modérée selon les situations et les périodes. Sa phonation est accompagnée d'un souffle intermittent traduisant probablement une fuite d'air à travers la glotte. Ces troubles provoquent une gêne et une fatigabilité importantes et demandent à Mr C. plus d'efforts et de concentration.

3.3.2. PDQ-8

Le PDQ-8, développé par Jenkinson, Fitzpatrick, Peto, Greenhall et Hyman (1997) et issu de Krystkowiak (In Defebvre & Vérin (Eds.), 2015), est une échelle de QV spécifique à la MP qui a l'avantage de mesurer réellement l'impact fonctionnel de la maladie et permet l'ajustement et l'optimisation du suivi du patient. Cet auto-questionnaire est une version abrégée du PDQ-39 conçue par Peto, Jenkinson, Fitzpatrick et Greenhall en 1995 et validée en français par Auquier et al. en 2002. Le PDQ-8 comprend huit items, les plus représentatifs du PDQ-39, avec une question par domaine (mobilité, activités de la vie quotidienne, bien-être affectif, gêne psychologique, soutien social, troubles cognitifs, communication, inconfort physique). Il permet de « prendre en compte le point de vue du patient dans sa globalité physique et mentale » (Krystkowiak. In Defebvre & Vérin (Eds.), 2015, p. 114). Cet outil est considéré comme autant performant que le PDQ-39 (Jenkinson, Fitzpatrick et Peto, 1999, cités par Krystkowiak. In Defebvre & Vérin (Eds.), 2015). Plus le score obtenu est important, plus la QV du sujet est altérée. Cependant, cette échelle est insuffisante pour évaluer la communication et les troubles de la parole (Charras et al., 2005).

Mr C. obtient un score total de 19/32 à l'échelle du PDQ-8. Cela montre un retentissement non négligeable sur sa QV. La mobilité, les activités de la vie quotidienne, le bien-être affectif, la gêne psychologique, l'inconfort physique sont les items considérés comme **souvent** vécus par le patient. La communication et les troubles cognitifs sont **parfois** rencontrés tandis que Mr C. n'éprouve **aucune** gêne au niveau du soutien social. Ce dernier point est favorable à la mise en place d'une thérapie des IA.

4. Procédure

La période du recueil de données s'est déroulée de juin à octobre 2017. Elle débute à partir du premier contact, où le projet a été exposé au couple, et se termine à l'entrevue finale,

où un retour de l'étude a été proposé. Chaque rencontre a été organisée à domicile et avec la présence des deux participants, afin de se rapprocher au mieux de la vie quotidienne du couple. Pour permettre un recueil complet et fiable, les trois conversations à analyser ont été filmées à partir d'un ordinateur. Pour éviter de perturber les participants avec le renvoi de leur image sur l'écran, la luminosité de ce dernier a été supprimée donnant l'impression d'être devant une télévision éteinte et favorisant une conversation plus écologique.

4.1. Film pré-thérapeutique

Lors de la première rencontre, un film d'une conversation semi-dirigée a été réalisé dans le salon. Ce film pré-thérapeutique, une fois analysé, a servi de base pour axer les objectifs thérapeutiques afin de répondre au mieux aux besoins du patient pour tenter d'améliorer les IA du couple au quotidien. Mr et Mme C. devaient échanger le plus possible entre eux pour se rapprocher d'une conversation quotidienne. Cependant, il est difficile d'ignorer totalement une tierce personne qui observe l'IA. Des interventions ponctuelles ont donc été nécessaires notamment pour proposer des thèmes et relancer l'échange.

4.2. Thérapie des interactions

Le suivi est composé de six séances de 45 minutes sur une fréquence d'une intervention par semaine (détail des séances en Annexe C p. III). Chaque séance se réalise avec la participation active de Mr et Mme C.. Le sujet principal concerne les IA quotidiennes. Le contenu des séances a été recueilli sous forme de notes écrites et de films afin de suivre le travail effectué, l'évolution et de pouvoir ajuster chaque séance à la précédente. Néanmoins, beaucoup d'éléments du suivi proviennent des demandes du couple durant cette période. Ceci a permis de guider et d'orienter le choix des pistes de travail.

L'objectif est de modifier la dynamique conversationnelle entravée par la MP pour gagner en efficacité. Le suivi va plus concerner Mme C. que Mr C., « et à ce titre, relever davantage d'une stratégie palliative liée à l'adaptation de l'environnement plutôt qu'à la modification directe du comportement du patient » (De Partz, 2007, p. 244). Il est question d'agir volontairement sur des aspects inconscients et automatiques de la communication.

4.2.1. Temps de réflexion et points théoriques

Après un retour sur les points positifs et les difficultés rencontrés lors du bilan, le travail a commencé par un temps de réflexion de Mr et Mme C.. Ont-ils des questions ? Le but était de les faire raisonner sur leur communication, de leur faire verbaliser le plus possible, de mettre des mots sur leurs ressentis, leurs gênes pour favoriser la conscientisation et l'imprégnation de l'information. Un point théorique leur a été apporté dans un second temps. Ce système de questionnement a été répété à chaque début de séance pour que Mr et Mme C. aient un temps pour partager leurs zones d'ombre si besoin. Tout au long du suivi, il est important d'essayer de repérer ce que le couple a compris et si des points sont à reprendre.

Par la suite, les notions suivantes ont été abordées lors des six séances, en commençant par une réflexion de Mr et Mme C. puis par un questionnement orienté sur leur situation pour finir par intervenir pour compléter leurs propos :

- La définition de la communication avec les notions de message, d'émetteur et de récepteur.
- Les incidents et les réparations. Comment anticiper un incident ? Comment s'ajuster à la situation ?
- Les pauses et les temps de latence.
- L'initiation, le maintien et la clôture d'un thème.
- La perception dans la MP altérée, décalée avec une atteinte du jugement sur les paramètres comme la marche, la voix, le graphisme, la vue...
- Les phatiques et les régulateurs V et NV ont été abordés au moyen de divers exercices.
- Les mimiques, les émotions et le regard.
- La posture. Comment se positionner pour favoriser l'échange ?
- La prosodie et le rythme.
- ...

Pour mettre en pratique ces notions, divers exercices et supports ont été proposés à Mr et Mme C., notamment des débats, la mise en place de missions et un travail type PACE.

4.2.2. Débats

Cinq débats ont été réalisés et filmés lors du suivi. Le but était que Mr et Mme C. maintiennent le thème le plus longtemps possible avec une communication multicanale la plus riche possible et qu'ils essaient de prendre conscience, de repérer et d'améliorer les points abordés. Au bout du troisième débat, une consigne supplémentaire est ajoutée : une fois le débat clos, le couple doit trouver un autre sujet sur lequel rebondir et poursuivre l'échange.

Les premiers films sont visionnés pour travailler l'auto-analyse et l'auto-critique de leur IA. Par la suite, l'objectif était de se détacher des films pour que le couple puisse se faire des remarques mutuelles sans support. Une variante a été suggérée pour travailler sur les mimiques et les émotions. Mr et Mme C. devaient débattre sur un sujet en utilisant un état émotionnel proposé (joie, colère...).

4.2.3. Missions

Des missions ont été intégrées au suivi. Elles ont touché aux notions comme les phatiques et les régulateurs V et NV, la conscience de la voix... Le principe était de travailler la réflexion et l'observation de Mr et Mme C., entre deux séances, afin qu'ils apprennent à repérer les mécanismes et le fonctionnement de leur communication. Pour que ces missions soient réalisées quotidiennement, une fiche simplifiée, résumant les objectifs et co-construite avec Mr et Mme C. durant la séance, est placée à un endroit stratégique (réfrigérateur...) pour qu'ils pensent le plus souvent possible à réitérer les exercices. A la séance suivante, un point est fait sur le ressenti du couple vis-à-vis de ces missions avant d'en créer de nouvelles pour la semaine d'après.

4.2.4. Travail type PACE

Des exercices type PACE ont aussi été introduits dans le suivi. La PACE (Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness) est une « approche rééducative fondée sur les théories pragmatiques, visant à promouvoir la communication verbale et non verbale, même approximative » (Brin-Henry et al., 2011, p. 203). Cette méthode, créée en 1981 par Davis et

Wilcox, à destination de patients devenus aphasiques, favorise trois axes : l'échange d'information, l'alternance des rôles et la communication multicanale (cités par Clerebaut, Coyette, Feyereisen, & Séron, 1984). Elle cherche à renforcer l'aspect fonctionnel de l'IA, sans se soucier des erreurs linguistiques, afin d'améliorer les échanges quotidiens du patient. Dans ces situations, Mme C. va servir de modèle à Mr C. en adoptant une communication la plus variée possible. Cela va encourager Mr C. à utiliser ces moyens d'expression par effet de mimétisme (Clerebaut et al., 1984). Le patient va spontanément prendre conscience de ses capacités expressives ce qui va diminuer l'anxiété et la frustration.

Le matériel utilisé a été construit à partir de dessins très similaires afin d'avoir une IA plus riche et plus longue. Chaque participant disposait d'un même jeu de douze cartes qu'il ordonnait aléatoirement devant lui. Une séparation a été placée entre Mr et Mme C., afin que chacun ne puisse pas voir le jeu de son/sa partenaire. Diverses consignes ont été proposées :

- Un participant sélectionne une carte et la décrit à son partenaire. Quand ce dernier trouve la bonne carte, les rôles s'inversent et le jeu continue jusqu'à ce qu'il ne reste qu'une seule carte. L'émetteur va estimer et adapter l'information à transmettre. Le récepteur va réagir par un retour adéquat pour équilibrer, poursuivre et renforcer l'aspect coopératif de l'IA (Lissandre et al., 2007).
- Un participant sélectionne une carte et la décrit. A chaque information nouvelle, l'interlocuteur doit répondre par un régulateur V. Quand la carte cible est découverte, les rôles s'inversent. Le niveau suivant demande au partenaire de répondre par un régulateur V et/ou NV. Une fois l'exercice maîtrisé, l'interlocuteur doit alterner les réponses avec tantôt un régulateur V tantôt un régulateur NV.
- Un participant sélectionne une carte et doit la faire deviner à son partenaire. Ce dernier pose des questions. A chaque question est attendu systématiquement une réponse nette et précise. L'attention est portée notamment sur le regard, la posture, la prosodie et l'alternance des rôles.

4.3. Film post-thérapeutique

A la suite de ce suivi, un deuxième film d'une conversation a été réalisé dans les mêmes conditions que le film pré-thérapeutique. Ce film post-thérapeutique, une fois analysé,

a été comparé au film pré-thérapeutique pour constater une éventuelle évolution de la communication. Lors de la dernière séance du suivi, il a été demandé à Mr et Mme C. de rechercher des sujets de conversation sans qu'ils ne se les divulguent mutuellement pour garder l'effet écologique de l'IA. D'autres thèmes ont été proposés pour compléter l'échange afin d'avoir une quantité suffisante de données pour l'analyse.

4.4. Film à un mois post-thérapeutique

Lors de la dernière rencontre, c'est-à-dire, un mois après l'arrêt du suivi, un retour est partagé avec Mr et Mme C. concernant l'évolution des IA entre les films pré-thérapeutique et post-thérapeutique. Par la suite, un troisième film d'une conversation est produit dans les mêmes conditions que les deux enregistrements précédents. Ce dernier film, une fois analysé, a été comparé avec les autres résultats pour observer une stabilité d'éventuels acquis.

4.5. Questionnaire

Un questionnaire a été élaboré pour recueillir le vécu et le ressenti de Mr et Mme C. suite à ce travail. Dans un premier temps, le questionnaire a été présenté à l'oral pour avoir leurs impressions brutes et directes. Ce témoignage a été enregistré et leurs réponses ont été retranscrites dans l'Annexe D, p. X. Dans un second temps, Mr et Mme C. ont rempli, chacun, un exemplaire écrit pour qu'ils puissent prendre un temps de réflexion afin d'ajuster et de compléter leurs dires (Annexe E1, p. XIII et Annexe E2, p. XV). Il a été choisi de donner un questionnaire à chaque partenaire pour que l'un et l'autre puissent s'exprimer de manière propre, sans influence, et pour constater si les avis convergent ou divergent. Mr et Mme C. ont retourné les documents par la poste.

5. Observation systématique

La méthode utilisée pour analyser les trois films se rapproche de l'observation systématique. L'observateur applique la même procédure pour l'ensemble des données et standardise la situation d'observation. L'analyse de ces IA s'est réalisée à l'aide du support d'observation d'une conversation de Colun et al. (2016), auquel ont été ajoutés quelques items,

tirés du travail de Lucas (2016) sur la maladie d'Alzheimer, pour préciser certains aspects de l'échange. Cette grille d'observation sert à collecter des données concernant des comportements ciblés.

5.1. Choix des périodes à analyser

Il a été choisi, pour les trois films, d'analyser des périodes ne se situant ni au début de l'IA, car la dynamique conversationnelle a besoin de se mettre en place, ni à la fin de l'IA à cause de la fatigabilité des patients ayant la MP. Ces deux parties peuvent biaiser les capacités communicationnelles réelles de Mr C.. De plus, les périodes sélectionnées ne sont pas de durées égales. Elles commencent au début d'un thème et se termine à la fin d'un autre thème pour permettre une analyse plus précise d'une IA écologique classique.

Les intervalles de temps sélectionnés pour les analyses sont les suivants :

- **Film pré-thérapeutique** : L'analyse commence à 2 minutes et 02 secondes jusqu'à 18 minutes et 43 secondes. Cela correspond à un total de 16 minutes et 41 secondes.
- **Film post-thérapeutique** : L'analyse commence à 5 minutes et 25 secondes jusqu'à 22 minutes et 00 seconde. Cela correspond à un total de 16 minutes et 35 secondes.
- **Film à un mois post-thérapeutique** : L'analyse commence à 5 minutes et 15 secondes jusqu'à 21 minutes et 16 secondes. Cela correspond à un total de 16 minutes et 01 seconde.

5.2. Cotation

A l'aide du support d'observation des IA de Colun et al. (2016), différents types de mesures ont été réalisés. Au niveau quantitatif, les occurrences de certains comportements cibles ont été comptées. Ces éléments ont été comparés, entre les trois films, à l'aide de moyennes, proportions et pourcentages. Les occurrences représentent le nombre brut d'apparitions d'un comportement durant la période analysée. Elles sont à distinguer de la fréquence d'un comportement qui est le nombre d'occurrences d'un comportement sur la période d'analyse, divisé par le nombre d'unités de temps. Dans nos résultats, la fréquence est représentée par un taux et a été rapportée à 10 minutes pour mieux rendre compte de

l'évolution de Mr et Mme C.. Au niveau qualitatif, l'intensité de tous les comportements cibles a été mesurée. Un comportement peut être présent (coté 2), ponctuel (coté 1) ou absent (coté 0). Chaque film a été visionné autant de fois que le nombre de comportements à observer. L'observateur a dû focaliser son attention sur un comportement cible à la fois pour coter le support d'observation de manière précise.

6. Fidélité inter-observateurs

La fidélité inter-observateurs correspond au degré d'accord entre plusieurs observateurs. Une même situation avec une même procédure est analysée par au minimum deux observateurs. Pour ce mémoire, une étudiante de Master 1 d'orthophonie s'est portée volontaire pour réaliser une seconde analyse des données et leur attribuer de la fiabilité. Au préalable, il a été nécessaire d'entraîner cet observateur en lui présentant la grille utilisée, les films et la procédure. Au niveau éthique, un appel téléphonique, auprès de Mr et Mme C., a été passé pour régulariser leur autorisation afin de pouvoir partager les données avec une personne supplémentaire. Un document officiel a été signé pour l'autoriser à utiliser ces enregistrements (Annexe F p. XVII).

Pour l'analyse qualitative de cette fidélité inter-observateurs, le coefficient de kappa de Cohen (k) a été appliqué (Cohen, 1960, cité par Norimatsu, & Pigem, 2008). Il sert à mesurer l'accord entre deux observateurs et prend en compte la proportion théorique du hasard (P_c). Avant de calculer k , il a fallu déterminer la proportion d'accord observée (P_o) (Norimatsu, & Pigem, 2008). Sa valeur est comprise entre -1 et 1. Plus le coefficient k est proche de 1 plus la fidélité inter-observateurs est juste. Pour l'analyse quantitative, les résultats ont été présentés sous forme de simples proportions et pourcentages.

Synthèse de la partie pratique

Ce travail tente de montrer l'impact d'une thérapie des IA sur la communication d'un couple composé d'un sujet atteint de la MP et de sa femme. Les détails concernant le couple et les démarches préliminaires (anamnèse, bilan d'état des lieux, éthique...) sont exposés. La procédure suivie est précisée avec notamment la mise en place d'une thérapie des IA et ses modalités d'analyse.

RÉSULTATS

I. Analyse des données

Les données qualitatives ont été analysées à l'aide d'une démarche descriptive des observations. Les données quantitatives ont été décomposées sous forme de fréquences et de pourcentages, au moyen de tableaux et de figures. La fréquence relative des observations a été systématiquement rapportée sur 10 minutes pour mieux rendre compte de l'évolution de Mr et Mme C.. Les données quantitatives réelles sont répertoriées dans l'Annexe G (p. XVIII). Les résultats obtenus ont été arrondis au chiffre entier le plus proche. Enfin, une étude de la fidélité inter-observateurs vis-à-vis de ces données a été appliquée.

II. Présentation des résultats

1. Au niveau qualitatif

1.1. Posture et proxémie

Pour chaque film Mr et Mme C. ont choisi de s'installer dans le salon sur un canapé. Le couple est détendu même si Mr C. paraît toujours plus raide physiquement. Lors du film pré-thérapeutique ils se mettent côte à côte. Pour le film post-thérapeutique, Mr et Mme C. adoptent une posture un peu plus inclinée l'un en face de l'autre, ce qui favorise le dynamisme de l'échange. Alors que pour le dernier film, ils se réinstallent comme la première fois.

1.2. Discours et interaction

Mr et Mme C. s'investissent dans l'IA en portant un intérêt au sujet et en étant attentif aux contributions de chacun. Ils font preuve d'authenticité, de cohérence et de cohésion dans leurs idées. Ils sont informatifs même si la quantité d'informations fournie est plus importante pour Mme C.. Selon le thème, Mr C. est capable de produire suffisamment d'informations pour le bon déroulement de l'IA. Le couple est connecté et se comprend. Ils utilisent le même

vocabulaire et parlent parfois en écho. Chacun manifeste de l'empathie envers l'autre et adapte son langage à son partenaire et au contexte.

1.3. Tours de parole

De manière globale, les tours de parole sont respectés. Dans le film pré-thérapeutique, ces actes sont gérés par Mme C. qui marque peu de temps de latence entre chaque tour et dans son propre discours. Elle tend à se poser par la suite et laisse plus de place à son mari pour s'insérer dans l'échange. Mr C. est plus dynamique dans les deux films suivants et montre davantage d'indices de candidature à la parole et de proposition de tour.

1.4. Verbal

Très peu de mots isolés ou d'ébauches de mots sont constatés pour Mr C. et pas du tout pour sa femme. Cela ne freine pas l'IA. Mr C. a tendance à faire des phrases plutôt courtes et à aller à l'économie. Mme C. fait des phrases de longueurs variables.

1.5. Paraverbal

Mr C. montre des difficultés au niveau de la prosodie dans le film pré-thérapeutique autant au niveau linguistique qu'émotionnel. L'intensité, l'intonation et l'intelligibilité sont réduites et fluctuent. L'interlocuteur doit faire des efforts pour suivre l'IA. Ces faits tendent à s'atténuer légèrement pour les autres films. Mme C. ne montre pas de difficulté au niveau PV.

1.6. Non verbal

Les mimiques sont rares chez Mr C. dans le premier film. Son visage est figé et crispé. Les émotions négatives sont néanmoins un peu plus marquées. Par la suite, Mr C. est plus détendu et fait preuve de dynamisme. Il montre davantage d'émotions et de nature variée. Au niveau gestuel, Mr C. produit de nombreux mouvements des mains et de la tête. Certains ont une fonction d'accompagnement du discours, d'autres sont des dyskinésies qui viennent perturber l'IA. Leur apparition est variable et plus ou moins gênante selon les films.

Néanmoins, quand Mr C. a besoin d'une information ou de se faire comprendre, il parvient à marquer son intention. Mme C. a un visage très expressif et des gestes adaptés. Quant aux phatiques et aux régulateurs NV, ils sont présents, pour chacun, avec une prépondérance pour Mme C.. Le regard n'est pas toujours présent chez Mr C. contrairement à sa femme. Mme C. produit moins de régulateurs NV mais elle compense largement avec les régulateurs V.

1.7. Incidents et réparations

Dans chaque film, Mr et Mme C. commettent chacun quelques incidents. Le détail de ces situations se trouve dans l'Annexe H (p. XXI). Le couple répare systématiquement l'incident, à tour de rôle et quelque soit sa nature (blocage moteur, déformation d'un mot, manque du mot...), pour poursuivre l'IA.

2. Au niveau quantitatif

2.1. Temps de parole

Le *tableau 2* montre que le temps de parole de Mr C. évolue légèrement entre chaque film. Mr C. gagne au total 0'18" entre le premier (2'34") et le dernier film (2'52"). Son intervention reste néanmoins sensiblement identique sur les trois films. Mme C. occupe systématiquement plus de temps de parole. Son intervention diminue tout de même de 1'21" entre le premier (5'49") et le dernier film (4'28").

Film	Temps de parole (fréquence sur 10 minutes)	
	Mr C.	Mme C.
Pré-thérapeutique	2'34"	5'49"
Post-thérapeutique	2'46"	5'26"
A un mois post-thérapeutique	2'52"	4'28"

Tableau 2: Fréquence du temps de parole entre Mr et Mme C. rapportée sur 10 minutes.

Les figures 1, 2 et 3 indiquent une progression positive de Mr C.. Il gagne 3% de temps de parole entre le film pré-thérapeutique et le film post-thérapeutique et 5% entre ce dernier et le film à un mois post-thérapeutique. Mr C. gagne au total 8% de temps de parole entre le premier (31%) et le dernier film (39%). A l'inverse, Mme C. perd 8% de son temps de parole entre le premier (69%) et le dernier film (61%).

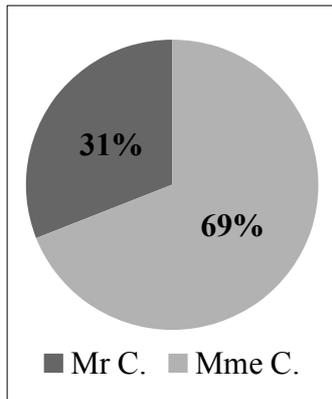


Figure 1: Pourcentage des temps de parole pour le film pré-thérapeutique.

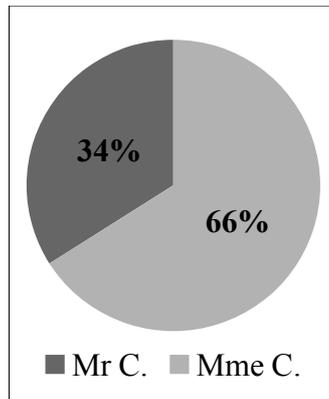


Figure 2: Pourcentage des temps de parole pour le film post-thérapeutique.

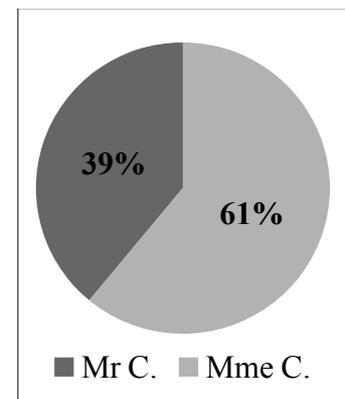


Figure 3: Pourcentage des temps de parole à un mois post-thérapeutique.

2.2. Interventions spontanées

La figure 4 indique que le nombre d'interventions spontanées de Mr et Mme C. est équivalent et ne cesse de croître avec l'évolution. Entre le premier et le dernier film, ces actes doublent pour les deux participants.

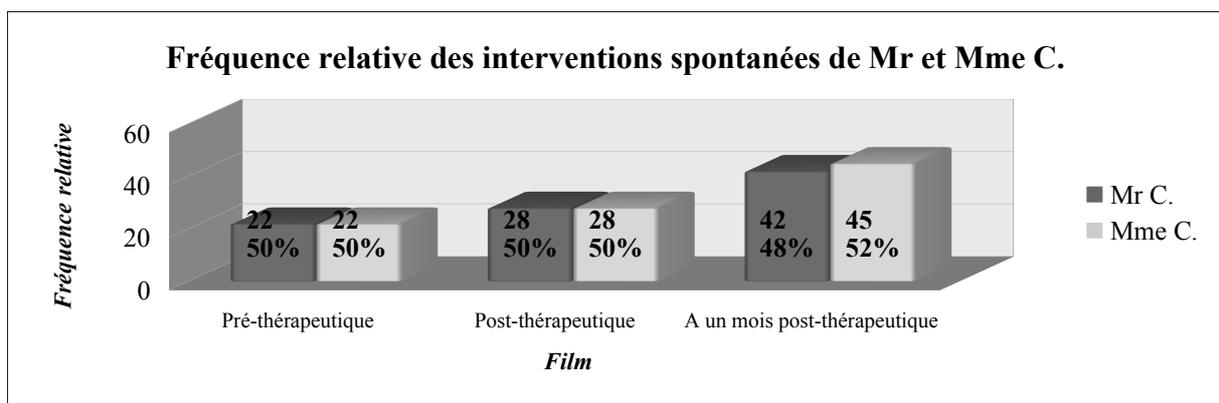


Figure 4: Fréquence relative des interventions spontanées et pourcentage.

2.3. Initiation et clôture

La *figure 5* montre que Mme C. initie les thèmes de l'échange de manière quasi-exclusive dans le film pré-thérapeutique. Cette tendance se renverse dans le film post-thérapeutique, avec une participation nettement plus importante de la part de Mr C., et vient s'équilibrer dans le film à un mois post-thérapeutique avec autant d'initiations de la part de chacun. Au niveau des clôtures des thèmes, Mme C. en a le rôle exclusif car Mr C. n'émet aucun acte de cette nature dans le film pré-thérapeutique. Mr C. évolue de manière positive au cours des autres films et Mme C. évolue de manière négative pour tendre à s'équilibrer dans le film à un mois post-thérapeutique.

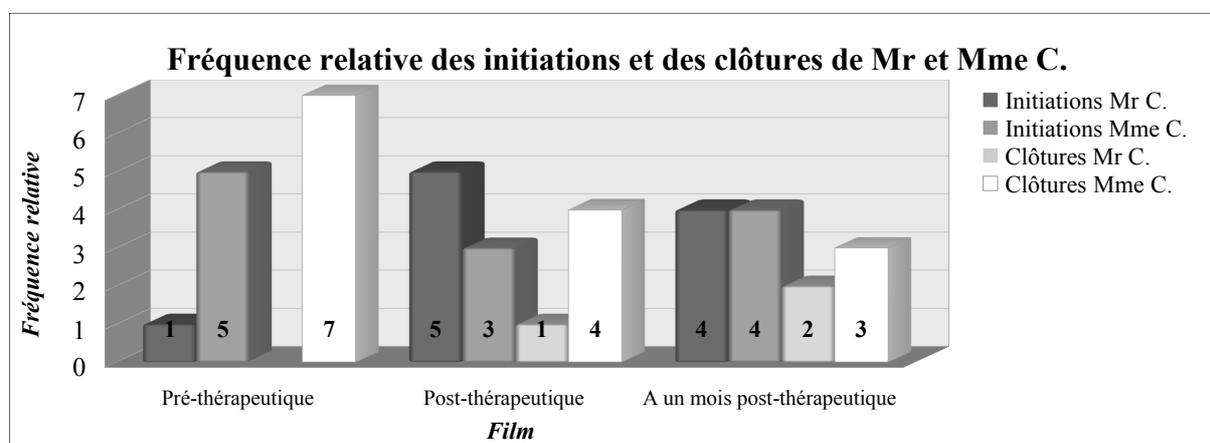


Figure 5: Fréquence relative des initiations et des clôtures.

Dans le *tableau 3*, les initiations de Mr C. passent de 17% à 50% et les clôtures évoluent de 0% à 40% entre le premier et le dernier film. Mme C. obtient des résultats symétriques avec un passage de 83% à 50% pour les initiations et de 100% à 60% pour les clôtures de thème.

Film	Initiations		Clôtures	
	Mr C.	Mme C.	Mr C.	Mme C.
Pré-thérapeutique	17 %	83 %	0 %	100 %
Post-thérapeutique	63 %	37 %	20 %	80 %
A un mois post-thérapeutique	50 %	50 %	40 %	60 %

Tableau 3 : Pourcentage des initiations et des clôtures de Mr et Mme C. pour chaque film.

2.4. Rupture du thème

Aucune rupture de thème n'est émise par Mme C. pour les trois films. Cet acte est à peine présent pour Mr C. et seulement dans le film post-thérapeutique.

2.5. Développement et maintien du thème

La *figure 6* révèle une participation plus importante de Mme C. pour le développement et le maintien du thème dans le film pré-thérapeutique. Cet écart se réduit dans le film post-thérapeutique avec 47% de participation pour Mr C. et 53% pour Mme C.. Dans le dernier film, les scores s'équilibrent davantage avec une participation légèrement supérieure de Mr C. par rapport à sa femme.

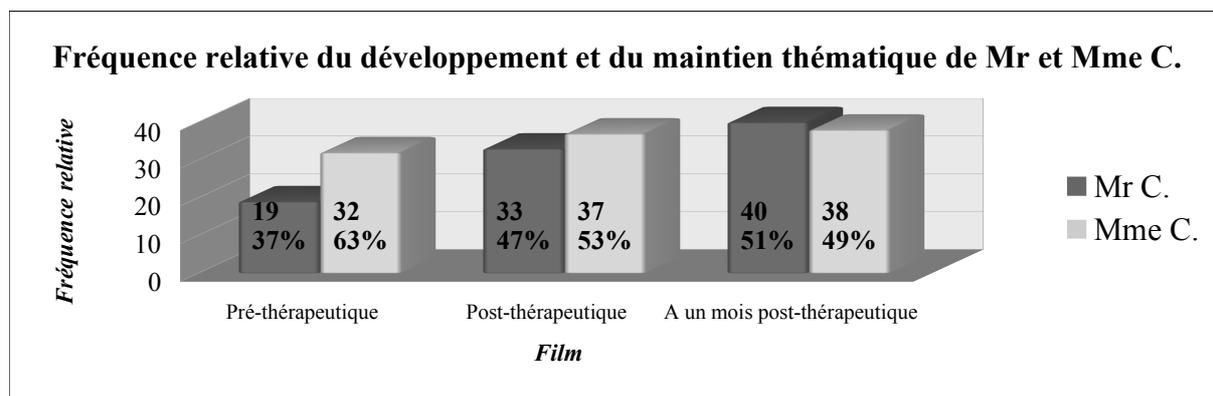


Figure 6: Fréquence relative du développement et du maintien thématique et pourcentage.

2.6. Interruptions, chevauchements et silences excessifs

Au niveau des interruptions, la *figure 7* montre de légères fluctuations pour Mr C. au cours de l'évolution et une augmentation systématique pour sa femme. Au niveau des chevauchements, leur production ne cesse de croître d'un film à l'autre pour chacun. Les chevauchements de Mr C. triplent entre le premier et le dernier film. Les silences excessifs sont présents pour Mr et Mme C. dans le film pré-thérapeutique et ont tendance à diminuer dans les deux autres films.

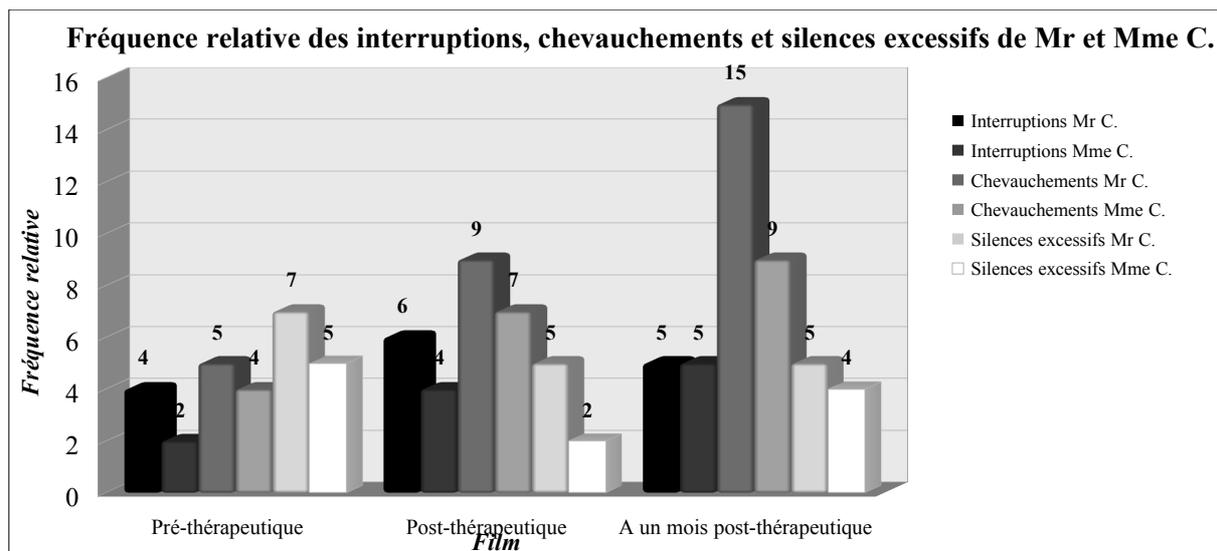


Figure 7: Fréquence relative des interruptions, chevauchements et silences excessifs.

Le *tableau 4* indique un équilibre absolu des interruptions entre Mr et Mme C. dans dernier film. Les chevauchements sont plus nombreux pour Mr C. avec 63% de production dans le film à un mois post-thérapeutique. Tous ces actes sont davantage présents chez Mr C. qui obtient systématiquement, pour chaque film, des scores supérieurs ou égaux à 50%.

Film	Interruptions		Chevauchements		Silences excessifs	
	Mr C.	Mme C.	Mr C.	Mme C.	Mr C.	Mme C.
Pré-thérapeutique	67 %	33 %	56 %	44 %	58 %	42 %
Post-thérapeutique	60 %	40 %	56 %	44 %	71 %	29 %
A un mois post-thérapeutique	50 %	50 %	63 %	38 %	56 %	44 %

Tableau 4 : Pourcentage des interruptions, chevauchements et silences excessifs entre Mr et Mme C. pour chaque film.

2.7. Phatiques, régulateurs et marqueurs d'appui

La *figure 8* montre une production très basse en ce qui concerne les phatiques et les marqueurs d'appui de Mr C.. Les régulateurs sont un peu plus présents mais restent insuffisants par rapport à sa femme. Ces trois types d'actes sont très présents chez Mme C. et pour chaque film. Les régulateurs de Mme C. ne cessent d'augmenter. Néanmoins, Mr C. développe ses régulateurs de manière croissante et positive. Il en est de même pour les phatiques et les marqueurs d'appui qui augmentent dans le film post-thérapeutique et se stabilisent dans le dernier film. Globalement, le dernier film est celui qui montre le plus d'harmonie entre Mr et Mme C..

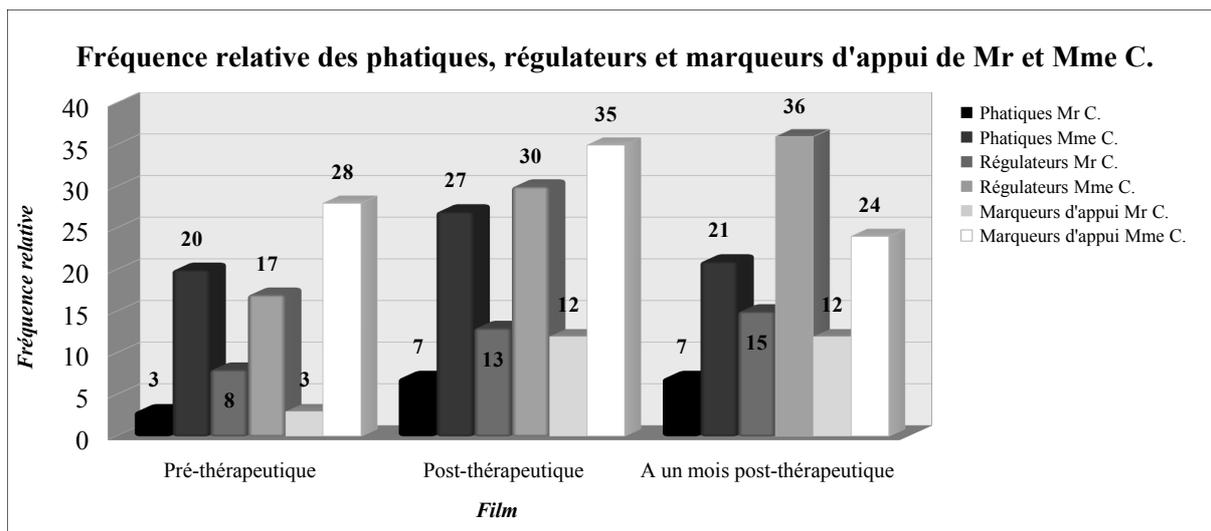


Figure 8: Fréquence relative des phatiques, régulateurs et marqueurs d'appui.

Le tableau 5 révèle une évolution positive de Mr C. pour les phatiques et les marqueurs d'appui même si ces actes restent pauvres par rapport aux productions de sa femme. Le pourcentage des régulateurs de Mr C. diminue légèrement, passant de 32% à 29%, en raison de l'augmentation importante du nombre de productions de Mme C.. Cette dernière reste très active dans ces trois types d'actes de langage avec un taux compris entre 67% et 90% pour chaque film.

Film	Phatiques		Régulateurs		Marqueurs d'appui	
	Mr C.	Mme C.	Mr C.	Mme C.	Mr C.	Mme C.
Pré-thérapeutique	13 %	87 %	32 %	68 %	10 %	90 %
Post-thérapeutique	21 %	79 %	30 %	70 %	26 %	74 %
A un mois post-thérapeutique	25 %	75 %	29 %	71 %	33 %	67 %

Tableau 5 : Pourcentage des phatiques, régulateurs et marqueurs d'appui de Mr et Mme C. pour chaque film.

2.8. Gestes déictiques et gestes illustratifs

La figure 9 montre d'importantes fluctuations concernant les gestes déictiques dans l'espace de Mr C.. Ces actes sont partiellement présents dans le premier film, augmentent fortement dans le deuxième film et sont quasi absents dans le dernier film. Les gestes déictiques dans l'espace de Mme C. sont stables. Il en est de même pour les gestes déictiques

sur support de Mr C.. Globalement, les gestes déictiques dans l'espace et sur support sont moins utilisés dans le dernier film et pour chaque participant.

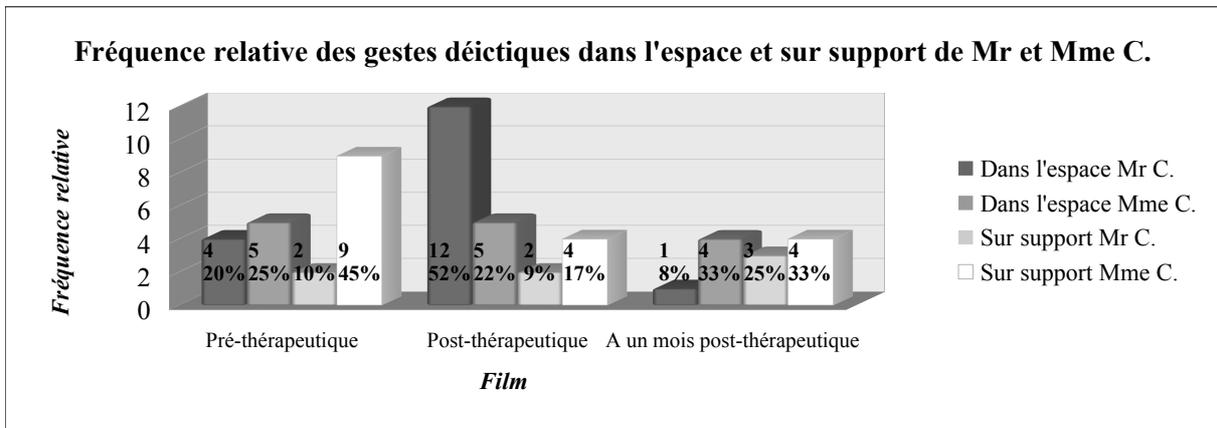


Figure 9: Fréquence relative des gestes déictiques et pourcentage.

La figure 10 indique que Mme C. se sert très peu des gestes illustratifs dans le premier film (8%) contrairement à son mari (92%). Les productions de Mme C. augmentent considérablement dans le film post-thérapeutique (59%) alors que celles de Mr C. diminuent (41%). Ces gestes sont présents et tendent à s'équilibrer entre le couple dans le dernier film.

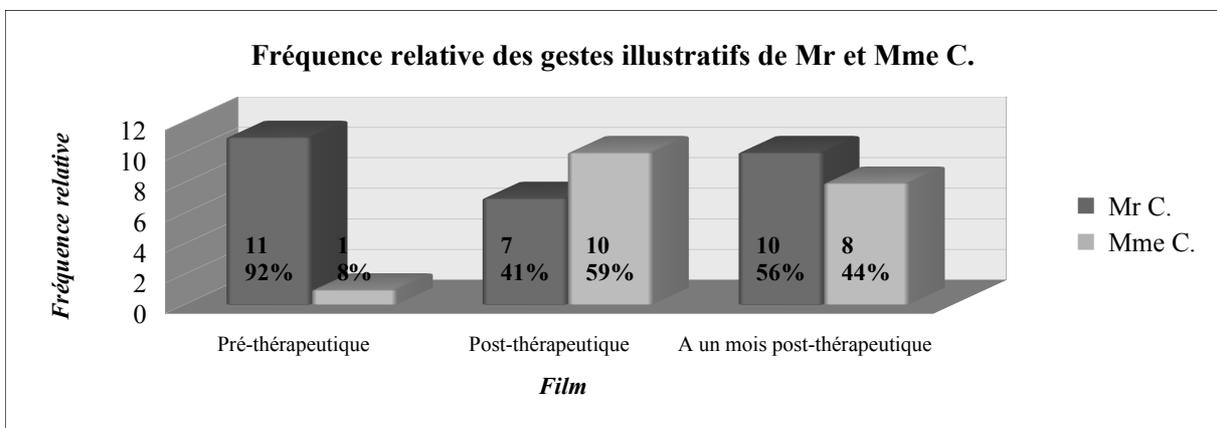


Figure 10: Fréquence relative des gestes illustratifs et pourcentage.

2.9. Actes de langage dévalorisants

La figure 11 révèle un nombre important d'actes de langage dévalorisants de la part de Mr et Mme C. au cours du film pré-thérapeutique. Ces actes diminuent fortement, voire sont absents par la suite.

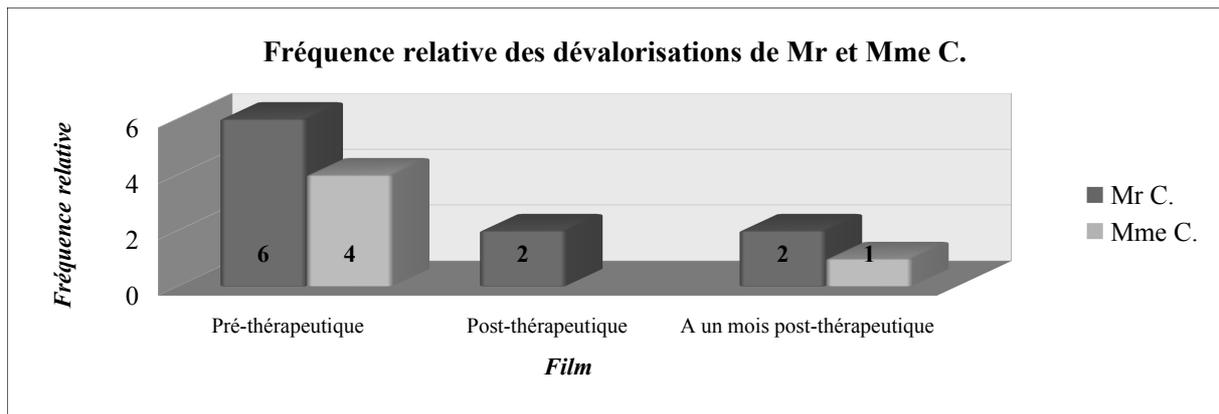


Figure 11: Fréquence relative des actes de langage dévalorisants de Mr et Mme C.

2.10. Inférences et humour

La figure 12 montre que Mme C. n'émet aucune inférence ou marque d'humour durant le film pré-thérapeutique. Mr C. en produit à chaque fois et de manière graduelle. Sa femme progresse jusqu'à atteindre le même niveau que son mari dans le dernier film.

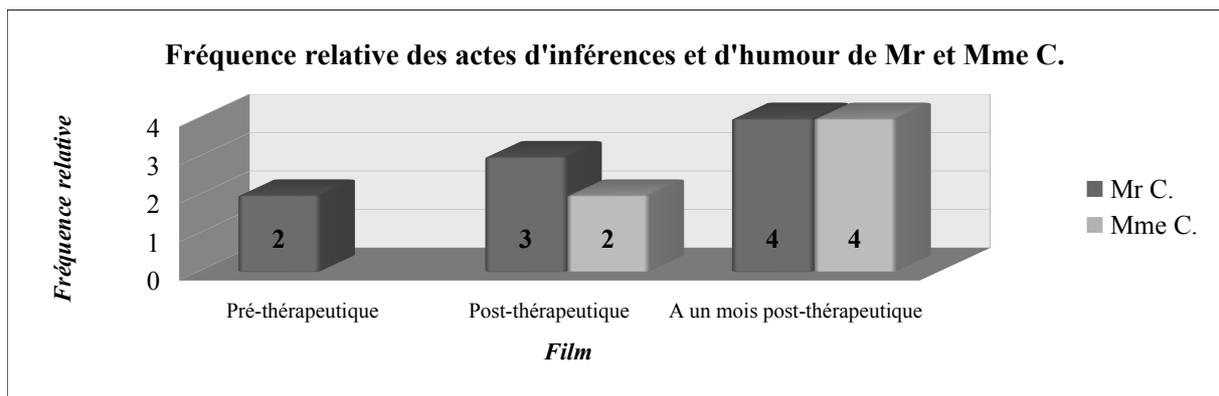


Figure 12: Fréquence relative des actes d'inférences et d'humour de Mr et Mme C.

3. Résultats de la fidélité inter-observateurs

3.1. Au niveau qualitatif

La cotation qualitative, permettant de mesurer l'intensité des comportements cibles, a été mise en commun avec le second observateur. Le tableau 6 résume le coefficient k obtenu pour chaque film. Sur les trois films, la moyenne du coefficient k obtenu vaut **0,93**. La fidélité inter-observateurs est considérée comme très satisfaisante car le résultat est proche de 1.

Film	Coefficient k
Pré-thérapeutique	0,94
Post-thérapeutique	0,98
A un mois post-thérapeutique	0,87
Moyenne totale observée	0,93

Tableau 6: Coefficient k obtenu pour chaque film et moyenne totale observée.

3.2. Au niveau quantitatif

Une autre manière d'investiguer la fidélité inter-observateurs est de calculer le pourcentage d'accord brut à l'aide de Po. Cette mesure, exprimée en pourcentage, constitue le rapport entre le nombre d'accords sur le nombre d'observations totales. Dans le *tableau 7*, les différents actes relevés ont été répertoriés.

Film	Accords	Ajouts observateur 1	Ajouts observateur 2	Total des actes par film
Pré-thérapeutique	434	81	63	578
Post-thérapeutique	574	59	66	699
A un mois post-thérapeutique	630	41	50	721
Total des actes par catégorie	1638	181	179	1998

Tableau 7: Détail des actes relevés par observateur et total des ces actes par film et par catégorie.

Le *tableau 8* résume le pourcentage d'accord brut obtenu pour chaque film. Cette concordance est globale et correspond à un accord sur la présence mais aussi sur l'absence d'indices observés. Elle fait apparaître un résultat moyen de **82%** ce qui est favorable à la valeur des données recueillies pour ce travail.

Film	Pourcentage d'accord brut
Pré-thérapeutique	75%
Post-thérapeutique	82%
A un mois post-thérapeutique	87%
Moyenne totale observée	82%

Tableau 8: Pourcentage d'accord brut obtenu pour chaque film et moyenne totale observée.

Synthèse des résultats

Les résultats sont globalement positifs pour chacun. Ceci tend à penser que la thérapie des IA a été bénéfique au couple. L'évolution indique que Mr et Mme C. ont tendance à s'équilibrer et à s'harmoniser dans les échanges. Mme C. est efficace sur les trois modalités (V, NV et PV) alors que son mari montre toujours quelques difficultés. La fidélité inter-observateurs est positive et donne de la valeur à ces données d'analyse.

DISCUSSION

Cette étude tentait de montrer l'impact que peut avoir une thérapie des IA sur un sujet atteint de la MP et son partenaire de conversation privilégié. En synthétisant les observations recueillies issues des analyses conversationnelles et des connaissances théoriques, il en ressort que la thérapie des IA peut être un moyen efficace concernant la communication, l'autonomie et la QV du couple.

I. Intérêts

Mr et Mme C. se sont montrés très motivés et se sont investis avec sérieux dans le suivi, ce qui a favorisé le bon déroulement de la procédure. La thérapie des IA a été adaptée en fonction de la demande, des besoins du patient et des résultats de l'analyse pré-thérapeutique. Par exemple, dès la première séance, le couple souhaitait avoir des précisions sur la dysarthrie et ses conséquences. Mr C. avait de nombreuses questions sur la MP notamment au niveau du sommeil et de la respiration. Ce temps d'explication a été nécessaire et bénéfique pour le couple qui était demandeur et ouvert à la connaissance. Ces sujets avaient été très peu, voire jamais, abordés auparavant avec d'autres professionnels. Souvent, ce sont des patients qui, une fois diagnostiqués, ont un apport de quelques informations sur la maladie puis sont « délaissés » jusqu'à ce que cette dernière se dégrade et nécessite une aide supplémentaire. C'est aussi le rôle de l'orthophoniste de prendre un temps pour expliquer et pour informer le patient et son entourage. Cela sera d'autant plus bénéfique si le patient comprend pourquoi il a besoin d'un suivi et dans quel but une activité est proposée.

Lors de ce travail, Mr C. n'avait pas de suivi orthophonique en parallèle. La probabilité que l'évolution de la communication observée soit due à la thérapie des IA mise en place est donc plus forte.

Au niveau des débats, proposés durant la thérapie, le couple en a retiré des bénéfices. Mme C. laisse plus de temps à son mari qui, au départ, est assez dépendant de sa femme. Puis il arrive à défendre davantage son sujet, il s'affirme et rebondit même sur un autre thème, de manière spontanée, lors des derniers débats.

Ce travail a aussi permis de redonner une place à Mr C. au sein de la famille. Pour appuyer cet argument, un exemple est proposé. Lors de la séance 4, la question suivante est posée afin de faire un point : « *Est-ce que quelque chose a changé, s'est modifié au quotidien au niveau des échanges ?* ». Mme C. répond en premier : « *Il parle plus, il est plus dynamique.* ». Mr C. répond par la suite : « *On s'occupe de moi et ça me motive à faire des efforts.* ». La présence d'un thérapeute impliqué dans la situation singulière du patient est une source de motivation pour ce dernier. Sa plainte est entendue et une relation de confiance se crée. La recherche commune de solutions concrètes ne fait que renforcer cette alliance thérapeutique.

La thérapie des IA semble avoir eu un impact sur les différents aspects de la communication pour le couple. Certains points ont été travaillés comme les phatiques, les régulateurs, la dynamique de l'échange etc. D'autres points comme les marqueurs d'appui, l'humour, les actes dévalorisants etc. n'ont jamais été abordés et pourtant leur évolution est positive. Cela montre que la communication est un acte complexe qui met en jeu de nombreux éléments interdépendants. Le couple a exploité certaines capacités et cela a retenti sur d'autres paramètres de l'IA comme un effet de généralisation. Néanmoins, certaines habitudes sont ancrées et difficiles à modifier comme la posture qu'adoptent Mr et Mme C.. Le but n'étant pas de les changer mais de leur faire prendre conscience de l'effet de leurs actes sur leurs échanges et de leur donner des stratégies pour compenser ou contourner ces difficultés. Par exemple, la posture côte à côte du couple dans le film à un mois post-thérapeutique ne vient pas freiner l'IA contrairement au premier film. Dans le dernier film, le couple a acquis certaines stratégies pour compenser cette installation (regards, gestuelle, prosodie...).

Les conseils thérapeutiques individualisés permettent de montrer à l'aidant l'importance d'établir une IA efficace et valorisante pour son partenaire atteint de la MP (De Partz, 2007). Par exemple, Mme C. manque d'indices phatiques et régulateurs de la part de son mari, ce qui vient freiner les échanges. Ce n'est pas un acte volontaire de la part de Mr C. mais un effet de la MP. Une fois ces notions acquises, Mme C. doit apprendre à repérer les indices qui sont présents et faire preuve d'interprétation quand ils sont absents. Mr C. souhaite peut-être poursuivre l'IA. Il est donc important pour sa femme de réussir à compenser et de relancer la discussion plus souvent. Cette relation trielle est intéressante. L'aidant n'est plus isolé du suivi ou simple observateur mais il devient acteur et sa place est mise en valeur.

Cette analyse conversationnelle a l'avantage d'avoir été faite au moyen de films. Il est alors possible de visionner les séquences autant de fois que nécessaire afin de recueillir les données souhaitées et de prendre en compte une communication multicanale. Cela renforce la fiabilité et permet de proposer l'analyse à d'autres observateurs. Ce mode de recueil dispense l'observateur de prendre des notes en direct et lui donne naturellement une place au sein de la conversation. Les films permettent également de rendre compte du comportement interactionnel de chacun y compris pour l'observateur en tant que thérapeute. Le visionnage de courts extraits a été un moyen pour le couple de reconnaître les stratégies utilisées et leurs comportements inadéquats dans l'IA.

Le lieu d'observation choisi a été le domicile du couple. Ce choix renforce la validité externe car il correspond à un milieu conversationnel quotidien et naturel pour les participants. Il favorise une démarche exploratoire dans un cadre écologique.

Au niveau de la fidélité inter-observateurs, k se rapproche de 1 ce qui montre une reproductibilité des résultats très satisfaisante. P_o permet de comparer la fidélité des données pour les items rares dans la population étudiée comme les phatiques chez Mr C.. Concernant l'instrument de mesure, les deux observateurs ont utilisé exactement la même version du support d'observation, ce qui valorise les résultats obtenus.

II. Limites

Lors de l'enregistrement du film pré-thérapeutique, Mr et Mme C. ont été filmés, par inadvertance, à contre-jour. Ceci a obscurci leurs visages et a rendu plus difficile l'analyse des mimiques et des émotions. Pour les films suivants, le couple s'est installé de manière à avoir une meilleure qualité d'image.

Le fait de se sentir filmé rendait peut-être la situation plus artificielle. Le couple était plutôt à l'aise avec cette méthode. La présence d'une tierce personne, plutôt inconnue, couplée à l'objet de ce travail, ajoute un biais au format d'une IA naturelle. « La situation de recherche peut être perçue par les sujets humains comme une invitation à bien paraître ... par rapport aux attentes de l'observateur, telles que les sujets la perçoivent » (Beaugrand, 1998, cité par Ortolan, 2012, p. 73). De plus, l'analyse se fait sur une IA provoquée et avec des thèmes imposés la plupart du temps. Ceci peut aussi fausser la réalité communicationnelle.

Une autre limite a été de ne pas avoir de moyen de comparer les habiletés communicationnelles actuelles avec des données antérieures. Au début de la MP, ces capacités sont épargnées. Il aurait été aussi intéressant de voir le comportement de Mme C. vis-à-vis de son mari au début de la maladie et même avant le diagnostic.

Mr C. n'avait pas de suivi orthophonique en parallèle. Il aurait aussi souhaité travailler sur sa voix mais ce domaine n'a pas été approfondi car ce n'était pas le but de l'étude. En pratique, un suivi orthophonique global aurait été plus adapté car il est important de prendre en compte les différentes plaintes du patient et de travailler sur chaque difficulté rencontrée. Un travail plus spécifique de la voix pourrait compléter la thérapie des IA.

A la fin de ce travail, le couple, et particulièrement Mr C., aurait souhaité poursuivre les séances. Il aurait été intéressant de faire une seconde session de rééducation pour compléter et approfondir le suivi. Ceci aurait permis d'observer, une fois de plus, l'évolution de la communication du couple pour noter une nouvelle amélioration, une stabilisation ou une régression. Certaines activités auraient mérité d'être davantage développées comme les exercices type PACE qui n'ont été proposés que sur deux séances par manque de temps.

Chaque individu est unique, tout comme chaque IA, chaque instant et chaque MP. Cette architecture, complexe et incontrôlable, comporte de nombreuses variables qui ont impacté indirectement ce travail. La variabilité de la maladie rend difficile une généralisation des résultats. D'autres variables comme l'état de santé des sujets, les fluctuations liées à la MP ou l'apparition d'un événement particulier ont conduit le couple à privilégier certaines modalités de communication, certaines compétences, à un instant précis. Tandis qu'à un autre instant, d'autres paramètres entraient en jeu et ont provoqué une IA différente.

Il est difficile de neutraliser toutes les variables externes du fait de leur abondance et pour certaines de leur imprévisibilité. Elles peuvent constituer un biais pour l'interprétation des résultats et menacer la validité interne. Plus l'étude dure dans le temps, plus des facteurs externes risquent de perturber le recueil et viennent accroître la menace. Ce travail a été réalisé sur plusieurs mois ce qui peut constituer une limite. Avant le dernier enregistrement, Mr et Mme C. expliquent qu'ils n'ont pas beaucoup dormi car ils ont été préoccupés durant la nuit. Mr C. a eu des crampes très douloureuses et un blocage respiratoire au point qu'il a eu peur de mourir. Sa femme est restée auprès de lui. La pose d'une pompe à apomorphine devait se faire deux jours plus tard car Mr C. était à la limite de son traitement. Il en a découlé de la fatigue, du stress, de l'angoisse et de l'anxiété. Cet exemple illustre la variabilité d'un instant à l'autre. Deux variables, liées au passage du temps et rencontrées lors de cette étude, méritent d'être abordées : les facteurs historiques et la maturation.

Les facteurs historiques représentent tout événement spécifique (personnel, social...) qui se produit à l'extérieur ou à l'intérieur du cadre de l'étude et qui s'inscrit dans l'existence des participants. Ils peuvent influencer les sujets au cours du recueil de données ou entre deux mesures répétées (entre les films). Il est parfois difficile de savoir si l'évolution observée est due au suivi ou aux facteurs historiques car ces deux aspects sont confondus. Dans cet exemple, la pose d'une pompe à apomorphine correspond à un facteur historique.

La maturation correspond à des changements biologiques ou psychologiques qui se produisent à l'intérieur des individus. Ce processus est associé à des phénomènes développementaux et permanents comme la sénescence et/ou à des changements temporaires comme la fatigue ou l'anxiété. Dans cet exemple, la fatigue, le stress, l'angoisse et l'anxiété constituent des éléments de la maturation.

Une telle analyse comporte une grande part de subjectivité. L'impression clinique est essentielle pour permettre l'utilisation du support d'observation car les éléments relevés sont souvent de nature subjective. Les résultats ne peuvent pas être interprétés avec certitude.

Certains actes relevés sont de plusieurs natures et sont donc présents plusieurs fois dans la grille d'observation. Par exemple, dans le film post-thérapeutique Mr C. dit : « *Une danse ça a suffit !* ». Cet acte est coté trois fois car il contribue au développement thématique mais il représente aussi un chevauchement et une marque d'humour. Cela peut créer des confusions dans l'analyse et demande de faire preuve de maîtrise et de vigilance lors du recueil. D'autres actes ont été difficiles à interpréter notamment au niveau gestuel. Certains mouvements de tête étaient ambigus chez Mr C. car il était parfois compliqué de différencier une dyskinésie, due à la MP, et un geste régulateur par exemple.

L'observateur est influençable et sa perception, qui lui est propre, peut être biaisée par son interprétation des différents paramètres de la communication. L'observateur se base sur ses représentations propres, néanmoins sont-elles identiques à celles du second observateur ? Ce dernier a été formé de la même manière que le premier mais les variabilités inter-individuelles restent indéfiniment présentes du fait de la singularité de chacun. Une différence de comportement entre les deux observateurs a pu être observées vis-à-vis de certains items ajoutés, omis ou non considérés par l'un ou l'autre. Ces quelques discordances pourraient s'expliquer en supposant que le premier observateur, à l'origine de cette étude, aurait une aisance plus accrue en ce qui concerne la discrimination des éléments à observer et la maîtrise de la grille. Cet argument peut constituer un biais au niveau de la reproductibilité de l'analyse.

Lors de la mise en commun des résultats, il est apparu que certains désaccords étaient dus à une composante culturelle. Ceci a été noté notamment pour certains phatiques et pour l'aspect gestuel. Mr et Mme C. utilisent beaucoup leurs mains pour compléter leur discours. Ce comportement est fréquent dans le Sud de la France. Le couple ainsi qu'un observateur sont originaires de Provence alors que le second observateur vient de Bretagne. Il ne faut pas négliger l'aspect culturel des sujets qui peut modifier les résultats de l'analyse des IA et causer des ambiguïtés. Chaque culture comporte ses propres règles et ses interdits (Cosnier, 2008).

Mr C. laisse paraître très peu de mimiques et d'émotions faciales. Du premier contact jusqu'au film post-thérapeutique, il avait une barbe fournie qui cachait une partie importante de son visage inférieur. A première vue, cela ne posait pas de problème pour l'analyse des données. Mais lors de la dernière rencontre, Mr C. avait rasé sa barbe. Il est apparu qu'il avait davantage d'expressions faciales notamment au niveau du sourire. Auparavant, ces indices étaient dissimulés. L'apparence physique peut donc influencer notre analyse. Cependant, il est difficile, cette fois encore, de dire si les fluctuations de la MP entraînent en jeu ce jour-là et agissaient sur cette composante communicationnelle.

L'utilisation de données rétrospectives constitue aussi une difficulté importante car elle impose à l'observateur de ne se servir que des éléments filmiques à sa disposition sans pouvoir investiguer ailleurs ni faire préciser au couple l'exactitude de certains actes.

Au niveau de la fidélité inter-observateurs, Po ne tient pas compte du hasard et ne peut répondre à la seule exigence de la méthode scientifique. Néanmoins ces données brutes ont été nécessaires pour compléter l'analyse des résultats car il est impossible de conclure sur la fidélité inter-observateurs seulement à partir de k . L'interprétation de k est arbitraire et dépend de l'objectif de son utilisation. Il ne possède pas de valeur seuil pour laquelle la concordance est considérée comme correcte. Selon Arrondo (2012), lorsque k est supérieur à 0, l'accord entre les observateurs dépasse celui que produirait le hasard. Les valeurs négatives de k n'indiquent pas forcément un désaccord mais elles correspondent à un accord inférieur à celui qu'apporterait le hasard. Ce dernier cas de figure n'a pas été rencontré durant ce travail.

III. Remarques

Durant la séance 4, Mr C. évoque une nouvelle plainte en disant qu'il cherche souvent ses mots. Ce ressenti n'est pas partagé avec sa femme. Lors du bilan et des trois premières séances aucun élément notable ne reflète cette plainte. Cependant, le bilan réalisé n'avait pas pour but premier d'évaluer un éventuel manque du mot. Ces faits seraient-ils dus à la MP ou à l'âge ou encore à une combinaison de ces deux causes ? Dans 70% des cas, l'origine des difficultés, lors d'un incident, pourrait être liée au contenu sémantique produit par l'individu atteint de la MP (Saldert, Ferm, & Bloch, 2014). Il ne faut pas écarter la possibilité que cette

révélation pourrait avoir un effet potentiel sur la communication de Mr C.. Cependant, il est difficile de le prouver faute d'informations supplémentaires.

IV. Perspectives

Il pourrait être intéressant de réaliser d'autres études de cas pour compléter et enrichir ce recueil de données. La même procédure pourrait être utilisée avec un nombre de couples plus important afin de confirmer ou d'infirmer les différents résultats.

La procédure pourrait être reprise avec plus de couples. Il s'agirait, cette fois, de sélectionner seulement quelques comportements issus du support d'observation afin de cibler l'objectif de l'étude. L'analyse serait plus rapide et permettrait un recueil sur un échantillon plus grand pour avoir une meilleure valeur statistique et représentative de cette population.

Le nombre d'observateurs pourrait être augmenté à trois, dans l'objectif d'assurer une puissance statistique supérieure de la reproductibilité des résultats.

Il pourrait aussi être intéressant de faire une analyse des IA avec des couples composés d'un sujet atteint d'un autre syndrome parkinsonien que la MP (atrophie multi-systématisée, dégénérescence cortico-basale, paralysie supranucléaire progressive, maladie à corps de Lewy) et de son partenaire de conversation. Par la suite, les résultats pourraient être comparés avec ceux d'un sujet atteint de la MP et de son partenaire principal pour voir si des différences significatives apparaissent ou si les compétences communicationnelles sont similaires.

Ce travail a permis d'explorer l'intérêt thérapeutique de la thérapie des IA dans la MP. Dans la pratique clinique courante, une cotation aussi précise serait trop complexe à mettre en place du fait de sa longueur d'analyse. La cotation en direct correspond à la pratique la plus commune. Elle utilise des informations auditives et visuelles mais sa fiabilité serait à remettre en question car il est impossible pour l'orthophoniste de noter la totalité des actes. La perte d'informations est importante et peut fausser les capacités réelles des sujets. Lors de ce travail, l'analyse a révélé une différence significative entre l'impression globale et directe de la qualité de l'IA et les faits réels. Une perspective de recherche pourrait être de préciser la manière d'analyser une situation clinique réelle pour dégager les points à travailler plus aisément.

Conclusion

La MP est une maladie neurodégénérative de plus en plus connue et comprise de la part des professionnels de santé et des patients. Elle peut avoir un impact sur la communication. Ces troubles retentissent sur la QV et les IA du patient et l'isolent progressivement des conversations. La maladie concerne aussi l'entourage et en particulier l'aidant principal.

Ce mémoire tentait de montrer l'efficacité d'une thérapie des IA mise en place entre un sujet atteint de la MP et son partenaire de conversation privilégié. L'analyse conversationnelle, réalisée à partir de films enregistrés à des instants précis, a permis d'observer l'évolution de la communication du couple. Les résultats, renforcés par une fidélité inter-observateurs, sont positifs et laissent penser que la thérapie des IA est bénéfique et a sa place au sein d'un suivi orthophonique. Cette thérapie impose de travailler à trois. Elle peut venir en complémentarité d'un travail orthophonique plus classique qui se différencie par sa relation duelle, entre le patient et son orthophoniste, et par ses objectifs et ses axes thérapeutiques.

Un travail des IA est nécessaire voire indispensable pour accompagner le patient dans sa maladie. Cette thérapie permet de diminuer le fardeau de l'aidant. Les difficultés du patient atteint de la MP sont mieux comprises et cela permet de les appréhender avec davantage de recul et avec des stratégies qui visent à maintenir au maximum l'autonomie, une communication multicanale et la QV. La thérapie des IA est un moyen de rééducation intéressant à proposer. Elle permet d'intégrer l'aidant au cœur du suivi et ainsi de lui offrir une fonction d'acteur. Elle redonne une place au patient au sein de l'IA mais également au niveau social. Cependant, elle demande aux couples qu'ils soient motivés, investis et disponibles pour maximiser les chances de réussite. Chaque individu est unique, ce qui rend unique chaque thérapie des IA qui doit être adaptée et s'ajuster régulièrement tout au long du suivi.

La communication est complexe et demande à être entretenue et travaillée lorsque des difficultés apparaissent, venant la compromettre. Chaque unité qui la compose est pourvue de sens et donc importante à maintenir.

« Chaque pas est une conquête. » (France Parkinson)

Références bibliographiques

- Arrondo, F. (2012). *Fidélité inter-juges d'un instrument de mesure des symptômes prémorbides et prodromiques de la schizophrénie*. Thèse de docteur en médecine, Université de Nancy.
- Auquier, P., Sapin, C., Ziegler, M., Tison, F., Destée, A., Dubois, B., et al. (2002). Validation en langue française d'un questionnaire de qualité de vie dans la maladie de Parkinson : le Parkinson's Disease Questionnaire – PDQ-39. *Revue Neurologique*, 158(1), 41-50.
- Auzou, P. (2007). Définition, classification et évaluation des dysarthries. *Rééducation Orthophonique*, 229, 75-86.
- Auzou, P., & Rolland-Monnoury, V. (2006). *BECD : batterie d'évaluation clinique de la dysarthrie* [Questionnaires et Manuel]. Isbergues : Ortho Edition.
- Boersma, P., & Weenink, D. PRAAT : doing phonetics by computer (version 5.3.66) [software]. Retrieved from <http://www.praat.org/>
- Bonnet, A.-M., & Hergueta, T. (2016). *La maladie de Parkinson au jour le jour*. Montrouge : John Libbey Eurotext.
- Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederlé, E., & Masy, V. (2011). *Dictionnaire d'Orthophonie*. Isbergues : Ortho Edition.
- Carlsson, E., Hartelius, L., & Saldert, C. (2014). Communicative strategies used by spouses of individuals with communication disorders related to stroke-induced aphasia and Parkinson's disease. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(6), 722-735. doi: 10.1111/1460-6984.12106
- Charras, A., Blanc, S., & Ozsancak, C. (2005). Qualité de vie et auto-évaluations dans la maladie de Parkinson et le handicap vocal. In C. Ozsancak & P. Auzou (Eds.), *Les troubles de la parole et de la déglutition dans la maladie de Parkinson* (pp. 223-242). Marseille : Solal.

- Chatainier, P., Torny, F., Videaud, H., Tarrade, C., Meissner, W., & Couratier, P. (2016). Facteurs associés au fardeau du conjoint dans la maladie de Parkinson. *Revue Neurologique*, 172(Suppl. 1), A103. doi: 10.1016/j.neurol.2016.01.248
- Clerebaut, N., Coyette, F., Feyereisen, P., & Séron, X. (1984). Une méthode de rééducation fonctionnelle des aphasiques : la P.A.C.E. *Rééducation Orthophonique*, 22, 329-345.
- Colun, H., Bolloré, M.-P., Freydier, C., Laisné, A., Lebègue, A., Lucas, P., et al. (2016). *Support d'observation d'une conversation entre une personne cérébro-lésée et son partenaire privilégié*. Document inédit, Université de Nantes, Nantes.
- 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 : étude de cas*. Mémoire d'orthophonie, Université de Nantes.
- Cosnier, J., & Brossard, A. (1984). Communication non Verbale, Co-Texte ou Contexte ? In Cosnier, J., & Brossard, A. (Eds.), *La communication non verbale* (pp. 1-29). Paris, Neuchâtel : Delachaux & Niestlé.
- Cosnier, J. (2008). Les gestes du dialogue. In P. Cabin & J.-F. Dortier (Eds.), *La communication, état des savoirs* (pp. 119-128). Auxerre : Ed. Sciences humaines.
- Darley, F.-L., Aronson, A.-E., & Brown, J.-R. (1969a). Differential diagnostic patterns of dysarthria. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 12, 246-269. doi: 10.1044/jshr.1202.246
- Darley, F.-L., Aronson, A.-E., & Brown, J.-R. (1969b). Clusters of deviant speech dimensions in the dysarthrias. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 12, 462-496. doi:10.1044/jshr.1203.462

- Defebvre, L. (2005). La maladie de Parkinson. In C. Ozsancak & P. Auzou (Eds.), *Les troubles de la parole et de la déglutition dans la maladie de Parkinson* (pp. 9-28). Marseille : Solal.
- Defebvre, L., & Vérin, M. (2015). *La maladie de Parkinson*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- De Partz, M.-P. (2007). De l'analyse conversationnelle aux aménagements de l'interaction. In J.-M. Mazaux, P. Pradat-Diehl & V. Brun (Eds.), *Aphasies et aphasiques* (pp. 242-250). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Douma, R., Ben Amor, S., Nasr, A., Ben Hlima, M., Chatti, I., Hassine, A., & Benammou, S. (2015). Qualité de vie des aidants des sujets parkinsoniens. *Revue Neurologique*, 171(Suppl. 1), A6. doi: 10.1016/j.neurol.2015.01.007
- Duez, D. (2005). Organisation temporelle de la parole et dysarthrie parkinsonienne. In C. Ozsancak & P. Auzou (Eds.), *Les troubles de la parole et de la déglutition dans la maladie de Parkinson* (pp. 195-211). Marseille : Solal.
- Duez, D., Legou, T., & Viallet, F. (2009). Final lengthening in Parkinsonian French Speech: Effects of position in phrase on the duration of CV syllables and speech segments. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 23(11), 781-793. doi: 10.3109/02699200903144788
- Freydier, C. (2016). *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*. Mémoire d'orthophonie, Université de Nantes.
- Gentil, C., Esnault, A.-L., Danaila, T., Broussolle, E., & Thobois, S. (2016). L'intervention orthophonique dans la maladie de Parkinson. *Pratique Neurologique – FCM*, 7(4), 256-265. doi: 10.1016/j.praneu.2016.10.008

- Griffiths, S., Barnes, R., Britten, N., & Wilkinson, R. (2015). Multiple repair sequences in everyday conversations involving people with Parkinson's disease. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 50(6), 814-829. doi: 10.1111/1460-6984.12178
- Haute Autorité de Santé, (2010). *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels*. Consulté de <http://www.has-sante.fr/>
- Jenkinson, C., Fitzpatrick, R., Peto, V., Greenhall, R., & Hyman, N. (1997). The PDQ-8 : development and validation of a short-form Parkinson's disease questionnaire. *Psychology and Health*, 12, 805-814. doi: 10.1080/08870449708406741
- Kerbrat-Orecchioni, C. (1990). *Les interactions verbales, tome 1 : Approche interactionnelle et structure des conversations*. Paris : Armand Colin.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (1996). *La conversation*. Paris : Editions du Seuil.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (2005). *Le discours en interaction*. Paris : Armand Colin.
- Lissandre, J.-P., Stuit, A., Daviet, J.-C., Preux, P.-M., Munoz, M., Vallat, J.-M., et al. (2007). Les thérapies pragmatiques et la PACE. In J.-M. Mazaux, P. Pradat-Diehl & V. Brun (Eds.), *Aphasies et aphasiques* (pp. 233-241). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Lucas, P. (2016). *Analyse conversationnelle entre un patient atteint de la maladie d'Alzheimer et sa femme pour la contribution à l'approfondissement du Support d'Observation Clinique des Interactions, en vue d'une utilisation auprès des patients Alzheimer et leur partenaire privilégié de conversation*. Mémoire d'orthophonie, Université de Nantes.
- Niebudek-Bogusz, E., Kuzańska, A., Woznicka, E., & Sliwinska-Kowalska, M. (2011). Assessment of the Voice Handicap Index as a Screening Tool in Dysphonic Patients. *Folia Phoniatr et Logop*, 63, 269-272, doi: 10.1159/000324214

- Norimatsu, H., & Pigem, N. (2008). *Les techniques d'observation en sciences humaines*. Paris : Armand Colin.
- North, P. (2007). Vie familiale, le conjoint, la souffrance de l'aidant, les loisirs. In J.-M. Mazaux, P. Pradat-Diehl & V. Brun (Eds.), *Aphasies et aphasiques* (pp. 290-296). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- 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.
- Peto, V., Jenkinson, C., Fitzpatrick, R., & Greenhall, R. (1995). The development and validation of a short measure of functioning and well being for individuals with Parkinson's disease. *Quality of Life Research*, 4(3), 241-248.
- Pinto, S. (2007). De l'élaboration à la production de parole. In P. Auzou & V. Rolland-Monnoury (Eds.), *Les dysarthries* (pp. 23-26). Marseille : Solal.
- Pinto, S., Ghio, A., Teston, B., & Viallet, F. (2010). La dysarthrie au cours de la maladie de Parkinson. Histoire naturelle de ses composantes : dysphonie, dysprosodie et dysarthrie. *Revue Neurologique*, 166(10), 800-810. doi: 10.1016/j.neurol.2010.07.005
- Rusz, J., Bonnet, C., Klempir, J., Tykalová, T., Baborová, E., Novotný, M., et al. (2015). Speech disorders reflect differing pathophysiology in Parkinson's disease, progressive supranuclear palsy and multiple system atrophy. *Journal of Neurology*, 262(4), 992-1001. doi: 10.1007/s00415-015-7671-1
- Saldert, C., Ferm, U., & Bloch, S. (2014). Semantic trouble sources and their repair in conversations affected by Parkinson's disease. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(6), 710-721. doi: 10.1111/1460-6984.12105

Saldert, C., & Bauer, M. (2017). Multifaceted Communication Problems in Everyday Conversations Involving People with Parkinson's Disease. *Brain sciences*, 7(10), 1-13. doi: 10.3390/brainsci7100123

Teston, B., & Viallet, F. (2005). La dysprosodie parkinsonienne. In C. Ozsancak & P. Auzou (Eds.), *Les troubles de la parole et de la déglutition dans la maladie de Parkinson* (pp. 161-193). Marseille : Solal.

Viallet, F., & Gayraud, D. (2005). Les troubles de la production de la parole au cours de la maladie de Parkinson : présentation générale. In C. Ozsancak & P. Auzou (Eds.), *Les troubles de la parole et de la déglutition dans la maladie de Parkinson* (pp. 99-109). Marseille : Solal.

Liste des tableaux

Tableau 1: Score de Mr C. au G.R.B.A.S.-I.....	21
Tableau 2: Fréquence du temps de parole entre Mr et Mme C. rapportée sur 10 minutes.....	33
Tableau 3 : Pourcentage des initiations et des clôtures de Mr et Mme C. pour chaque film....	35
Tableau 4 : Pourcentage des interruptions, chevauchements et silences excessifs entre Mr et Mme C. pour chaque film.....	37
Tableau 5 : Pourcentage des phatiques, régulateurs et marqueurs d'appui de Mr et Mme C. pour chaque film.....	38
Tableau 6: Coefficient k obtenu pour chaque film et moyenne totale observée.....	41
Tableau 7: Détail des actes relevés par observateur et total des ces actes par film et par catégorie.....	41
Tableau 8: Pourcentage d'accord brut obtenu pour chaque film et moyenne totale observée..	41

Liste des figures

Figure 1: Pourcentage des temps de parole pour le film pré-thérapeutique.....	34
Figure 2: Pourcentage des temps de parole pour le film post-thérapeutique.....	34
Figure 3: Pourcentage des temps de parole à un mois post-thérapeutique.....	34
Figure 4: Fréquence relative des interventions spontanées et pourcentage.....	34
Figure 5: Fréquence relative des initiations et des clôtures.....	35
Figure 6: Fréquence relative du développement et du maintien thématique et pourcentage....	36
Figure 7: Fréquence relative des interruptions, chevauchements et silences excessifs.....	37
Figure 8: Fréquence relative des phatiques, régulateurs et marqueurs d'appui.....	38
Figure 9: Fréquence relative des gestes déictiques et pourcentage.....	39
Figure 10: Fréquence relative des gestes illustratifs et pourcentage.....	39
Figure 11: Fréquence relative des actes de langage dévalorisants de Mr et Mme C.....	40
Figure 12: Fréquence relative des actes d'inférences et d'humour de Mr et Mme C.....	40

Livret des Annexes

Liste des annexes

Annexe A : Autorisation d'enregistrements audiovisuels.....	I
Annexe B : Recherche de participants.....	II
Annexe C : Séancier détaillé.....	III
Annexe D : Transcription des réponses orales de Mr et Mme C. au questionnaire.....	X
Annexe E1 : Questionnaire de Mr C.	XIII
Annexe E2 : Questionnaire de Mme C.	XV
Annexe F : Autorisation d'usage d'enregistrements audiovisuels pour le second observateur.....	XVII
Annexe G : Tableaux des résultats quantitatifs relevés.....	XVIII
Annexe H : Transcription des incidents et des réparations relevés dans les trois films.....	XXI
Annexe 7 : Lettre de consentement éclairé.....	XXIII
Annexe 8 : Engagement éthique.....	XXIV

Annexe A : Autorisation d'enregistrements audiovisuels

Autorisation d'enregistrements audiovisuels pour un usage de recherche dans le cadre d'un travail de fin d'études

Par la présente, j'autorise Mlle DEGORTES Pauline, étudiante en orthophonie au CFUO de Nantes et soumise au secret médical, à enregistrer et filmer, dans le cadre des séances du protocole de recherche, M et Mme _____ pour un usage exclusivement de recherche clinique. Aucune diffusion de ces données ne sera faite de quelque manière que ce soit.

Fait à _____, le _____

Signatures

Annexe B : Recherche de participants

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études d'orthophonie, je souhaite analyser les interactions en conversation entre un patient atteint de la maladie de Parkinson et son partenaire de conversation privilégié (conjoint(e), ou autre personne). A la suite de cette première rencontre, je mettrai en place une prise en charge de 6 séances (1 séance par semaine) et je ferai une seconde analyse des interactions pour noter une éventuelle évolution.

But de ce travail :

- Mettre en évidence les stratégies d'adaptation (du patient et de l'aidant) qui fonctionnent ou dysfonctionnent dans une situation de communication la plus écologique possible.
- Proposer des moyens pour restaurer, compenser ou réduire les échecs conversationnels afin de rendre l'échange plus efficace et améliorer la qualité de vie.

Pour permettre un recueil de données complet et fiable, les conversations seront filmées lors de la 1ère et de la dernière rencontre.

Critères d'inclusion :

- Troubles de la voix et/ou de la parole présents.
- Motivation et intérêt du patient et de son partenaire.

Critères d'exclusion :

- Le patient ne doit pas montrer de signes de démence.
- Le patient ne doit pas être au début de la maladie.

Cadre des 8 séances :

- Ces rencontres se déroulent dans le lieu de vie du patient (domicile ou EHPAD).
- Chaque séance réunira le patient et son partenaire.
- Un courrier sera envoyé préalablement pour expliquer le protocole plus en détails.
- Lors de la 1ère rencontre un recueil de données administratives et générales sera fait, suivi d'une conversation filmée et de la passation de 2 courts tests (PDQ-8 et BECD).
- Lors de la dernière rencontre, une conversation filmée et un questionnaire sur le vécu de cette expérience et les critiques à faire seront proposés.
- Les séances seront programmées entre juin et août 2017 en fonction des disponibilités du patient.

Ethique et Déontologie :

- Une feuille de consentement résumant le projet sera à signer par le patient et son partenaire lors de la 1ère rencontre.
- Les données recueillies resteront anonymes et confidentielles.
- Une discussion concernant le vécu de cette expérience sera proposée.
- Les résultats recueillis à la fin du travail seront restitués aux participants.

Annexe C : Séancier détaillé

Séance 1

- Etat de santé : Mr et Mme C. n'évoquent pas de problème particulier.
- Présentation du programme de la séance (sous réserve de modifications en fonction de la demande et du dynamisme du couple) : Point sur le bilan (BECD, PDQ-8 et film pré-thérapeutique), répondre à leurs éventuelles interrogations.
- Point sur le bilan et conscientisation des points positifs et des difficultés rencontrés.
- Temps de réflexion : Ont-ils des questions ? Le but étant de les faire raisonner sur leur communication, de leur faire verbaliser le plus possible, de mettre des mots sur leurs ressentis, leurs gênes pour favoriser la conscientisation et l'imprégnation de l'information.
- Explication de la dysarthrie à leur demande et lien avec la MP de Mr C. : auto-analyse du couple dans un premier lieu puis complément de leurs propos.
- Notion de perception dans la MP abordée : Cette notion était floue pour Mr C., une métaphore a été proposée pour l'aider à comprendre. Un thermomètre a son repère à 0°C. Celui de Mr C., est à -2°C. Pour atteindre 10°C, il faudra que Mr C. fournisse plus d'efforts car le décalage est plus important.
- Apport d'informations supplémentaires sur la MP en général à la demande du couple. Nous avons notamment abordé la respiration et le sommeil dont Mr C. se plaint.
- Prise de rendez-vous pour séance 2.

Séance 2

- Etat de santé : Mr C. se plaint de son sommeil difficile. Sa femme n'évoque pas de problème particulier.
- Présentation du programme de la séance : Répondre à leurs éventuelles questions, aborder la notion de communication et faire un premier débat.
- Temps de réflexion : Pas de question particulière.
- Nous continuons à travailler sur la conscientisation en s'appuyant sur le support d'observation de Colun et al. (2016) et sur la vidéo du film pré-thérapeutique.
- Notions de temps de latence et de pauses abordées notamment pour Mme C. qui doit laisser du temps à son mari pour qu'il puisse s'insérer dans l'échange. Mr C. a besoin d'un temps supplémentaire pour « redémarrer » dû aux troubles de la perception.
- Définition de la communication avec les notions de message, d'émetteur et de récepteur. Au départ Mr et Mme C. ne savent pas comment définir ce concept. La question suivante est

posée : « *De quoi a-t-on besoin pour communiquer ?* ». Mr C. répond : « *D'un sujet de conversation.* ». Puis : « *Pensez-vous qu'il y a un déséquilibre entre vous ?* ». Mme C. répond « *Oui ! Je suis plus dynamique et il est plus effacé.* »

- Les notions de phatiques et régulateurs V, temps de parole, initiation, maintien et clôture d'un thème et spontanéité dans l'échange sont abordées.
- Débat 1 : Il a été filmé avec pour consigne d'essayer de repérer les points évoqués. Sujet proposé : Mr et Mme C. veulent partir en vacances. Mr C. veut partir à la montagne et Mme C. à la plage. Ils doivent défendre chacun leur position. Le couple tient 3 minutes et 09 secondes. Le but fixé est d'atteindre 10 minutes et sans utiliser le retour filmique pour s'auto-critiquer.

Remarque : Il a été difficile pour le couple de se détacher de leur réalité. Par exemple, Mr C. dit « *Je ne veux pas aller à la mer car tu sais que je ne peux pas me mettre au soleil avec mes problèmes de santé.* ». Pour les débats suivants, il a été proposé au couple de s'imaginer dans la peau d'un personnage réel ou fictif afin d'éviter de les confronter de nouveau à leurs problèmes freinant le débat. Les sujets choisis leur étaient aussi moins familiers (Exemples : Choisir entre un chauffage électrique ou à bois - Offrir un chien ou un chat à Noël à leurs petits-enfants).

- Critique rapide sans le film : Mme C. s'est rendue compte qu'elle parlait plus et qu'elle relançait son mari car il n'enrichissait pas assez le débat.
- Prise de rendez-vous pour la séance 3.

Séance 3

- Etat de santé : Mr C. se plaint de voir double depuis quelques jours mais son bilan ophtalmologique est normal. Mme C. n'évoque pas de problème particulier.
- Présentation du programme de la séance : Répondre à leurs éventuelles questions, retour filmique du débat 1 et auto-analyse, définition d'un débat, intégrer les premières missions.
- Temps de réflexion : Pas de question particulière.
- Débat 1 : Retour filmique et auto-analyse. Ce premier débat a été très révélateur pour Mr C. en lui permettant de prendre réellement conscience de sa voix.

« *Que pensez-vous du film ?* » Mme C. répond : « *Je parle plus que lui.* »

« *Que pensez-vous de votre voix ?* » Mr C. répond : « *Elle est enrouée, hachurée.* ». Il remarque aussi qu'il met sa main devant sa bouche par moments et cela rend son discours inintelligible. Puis il dit : « *On me comprend moins.* » et sa femme répond : « *Sa voix est plus grave, on a l'impression qu'il est dans un couloir.* ».

Le couple ne fait pas de remarque spontanée sur les phatiques et les régulateurs donc nous reprenons ce sujet par la suite.

- Les notions de phatiques et de régulateurs NV sont abordées. Les phatiques et les régulateurs V et NV ont été deux notions assez abstraites pour Mr et Mme C. mais importantes pour le suivi car elles sont peu présentes chez Mr C. et viennent perturber et freiner la qualité de l'échange. Elles méritaient d'être approfondies au moyen de divers exercices pour favoriser l'intégration de ces concepts. Tout au long de la séance, des remarques sont faites notamment dès que ces indices étaient produits de façon naturelle ou forcée par un des membres de la triade. A l'inverse, un échange sans aucun phatique ni régulateur leur a permis de prendre conscience de l'importance de ces indices et de mieux les appréhender.
- Les notions de mimiques et d'émotions qui s'atténuent sont abordées.
- Tous ces indices permettent une meilleure compréhension de la part de Mme C.. Sans ces indices, Mme C. doit redoubler d'efforts en posant une question supplémentaire par exemple pour s'assurer que son mari suit bien la conversation.
- Missions 1 : Mr et Mme C. devaient repérer les phatiques et les régulateurs V rencontrés dans les IA quotidiennes. Mr C. devait être attentif à sa voix et prendre conscience qu'il doit parler plus fort.
Co-construction d'une fiche simplifiée avec le couple. Cette fiche est placée à un endroit stratégique (sur leur réfrigérateur) pour qu'ils pensent le plus souvent possible et quotidiennement à réitérer les exercices.
- Débat 2 : Mr et Mme C. partent en Corse. Mr C. veut partir en avion et Mme C. en bateau. Le débat dure 2 minutes et 14 secondes. Nous avons été perturbés par le téléphone qui a sonné. De plus, le couple reste encore trop dans leur réalité et Mr C. ne défend pas son sujet. Le débat 2 est arrêté et nous recommençons un autre débat pour repartir sur de bonnes bases.
- Débat 3 : Le couple doit changer son chauffage. Mr C. veut un chauffage électrique et sa femme un chauffage à bois. Le débat dure 3 minutes et 02 secondes.
Auto-analyse sans support filmique : Le couple prend plus conscience de leur communication. Mr C. défend mieux son sujet, il sollicite sa femme et se montre plus dynamique.
- Prise de rendez-vous pour la séance 4.

Remarque : La définition du débat n'a pas été abordée car le couple l'a donnée spontanément durant la séance.

Séance 4

- Etat de santé : Mr C. est tombé hier et s'est fait mal au dos (perte d'équilibre). Mme C. a des vertiges depuis cette nuit (cela arrive de manière chronique).

- Présentation programme de la séance : Répondre à leurs éventuelles questions, retour sur les missions 1 et intégrer les missions 2, retour filmique sur le débat 3, faire le débat 4, intégrer un exercice type PACE.
- Temps de réflexion : Pas de question particulière.
- Point sur les missions 1 : L'exercice a été fait. Mr C. parle plus avec sa femme et sa famille. Il se montre plus dynamique. Une tierce personne s'occupe de lui et cela le motive pour faire des efforts.
- Missions 2 : Mme C. devait être attentive et essayer de regarder si son mari initiait davantage la conversation et s'il s'intégrait mieux avec elle, sa famille, ses amis... Mr et Mme C. devaient trouver un signe discret dans le but de relancer la voix de Mr C. quand cette dernière était trop faible ou inintelligible. Ils devaient donc faire preuve de complicité.
Co-construction d'une fiche simplifiée avec le couple.
- Le couple préfère faire le débat 4 et le visionner plutôt que de visionner le débat 3 de la semaine dernière.
- Débat 4 : Pour Noël, le couple souhaite offrir un animal à leurs petits-enfants. Mr C. veut offrir un chien et sa femme un chat. Avant de commencer le débat, une consigne supplémentaire est ajoutée : Une fois le débat 4 fini, le couple doit rebondir sur un autre sujet et continuer la conversation. Le débat dure 7 minutes et 03 secondes. Mr C. se défend davantage et initie le nouveau thème en proposant : « *On invite des amis demain midi, on fait quoi à manger ?* ». Mme C. laisse plus de temps de parole à son mari. Le couple a fait des progrès en auto-analyse et auto-critique.
- Exercice type PACE : Travail sur les phatiques et les régulateurs V, les questions/réponses, les tours de parole... Le matériel utilisé a été construit à partir de dessins très similaires afin d'avoir une IA plus riche et plus longue. Chaque participant disposait d'un même jeu de douze cartes qu'il ordonnait aléatoirement devant lui. Une séparation a été placée entre Mr et Mme C., afin que chacun ne puisse pas voir le jeu de son/sa partenaire.
Consigne 1 : Un participant sélectionne une carte et la décrit à son partenaire. Quand ce dernier trouve la bonne carte, les rôles s'inversent et le jeu continue jusqu'à ce qu'il ne reste qu'une seule carte.
Consigne 2 : Un participant sélectionne une carte et la décrit. A chaque information nouvelle, l'interlocuteur doit répondre par un régulateur V. Quand la carte cible est découverte, les rôles s'inversent.
Consigne 3 : Un participant sélectionne une carte et doit la faire deviner à son partenaire. Ce dernier pose des questions. A chaque questions est attendu systématiquement une réponse

nette et précise. L'attention est portée notamment sur le regard, la posture, la prosodie et l'alternance des rôles.

L'exercice a bien fonctionné.

Remarque : On a été dérangé par un des deux fils, ce qui a interrompu la séance quelques instants.

- M C trouve qu'il cherche souvent ses mots. Le couple apprécie les jeux de société à 2 mais ils n'en font pas
Jeux de mémoire, flexibilité à proposer la prochaine fois pour informations.
- Prise de rendez-vous pour la séance 5.

Remarque : Lors la séance 4, la question suivante est posée afin de faire un premier point : « *Est-ce que quelque chose a changé, s'est modifié au quotidien au niveau des échanges ?* ». Mme C. répond en premier : « *Il parle plus, il est plus dynamique.* ». Mr C. répond par la suite : « *On s'occupe de moi et ça me motive à faire des efforts.* ».

Séance 5

- Etat de santé : Mr C. n'a pas trop le moral, il est tombé encore deux fois. Son visage est plus crispé que les autres fois. Mme C. n'a plus de vertiges depuis la semaine dernière.
- Présentation du programme de la séance : Répondre à leurs éventuelles questions, retour sur les missions 2 et intégrer les missions 3, exercice type PACE, débat 5.
- Temps de réflexion : Pas de question particulière.
- Point sur les missions 2 : Après quelques essais, le signe choisi était un petit coup de poing sur la table. Mme C. portant des bracelets au poignet, cela créait du bruit et donnait un indice à la fois visuel et auditif. Mr C. a l'impression qu'il se rattrape plus souvent quand sa voix baisse. Sa femme est aussi d'accord.
- Missions 3 : Mr et Mme C. devaient repérer les phatiques et les régulateurs NV, les mimiques et les émotions faciales, gestuelles et vocales.
Co-construction d'une fiche simplifiée avec le couple.
- Exercice type PACE :
Consigne 1 : Demander de répondre par un régulateur V et/ou NV. Il faut varier. Le couple ne se regarde pas, la consigne est modifiée. Le choix ne peut se faire qu'entre 3 cartes au lieu de 12. Celui qui décrit la carte doit donner toutes les informations en gardant le plus possible le contact visuel. Puis le partenaire doit trouver la bonne carte. Cet exercice a fonctionné.
Consigne 2 : L'interlocuteur doit alterner les réponses avec tantôt un régulateur V tantôt un régulateur NV.

Consigne 3 : Une variante a été suggérée pour travailler sur les mimiques et les émotions. Mr et Mme C. devaient utiliser un état émotionnel proposé (joie, colère...) pour faire deviner la carte. En globalité, il est possible de faire la distinction entre deux émotions chez Mr C. mais certains passages sont monotones et identiques. La colère est l'émotion la plus marquée.

- Débat 5 : Mr C. veut aller voir un match de football et sa femme un match de tennis. Le débat dure 4 minutes et 30 secondes et le couple l'analyse sans le film. Mme C. marque moins de temps de latence aujourd'hui et le remarque.
- Réfléchir à des conversations intéressantes pour le film post-thérapeutique lors de la séance 6. Chacun doit noter ses idées sur une feuille sans les partager avec l'autre pour rester dans une IA plus écologique.
- Prise de rendez-vous pour la séance 6.

Séance 6

- Etat de santé : Mr C. a toujours le moral un peu bas mais il n'a plus fait de chute. Sa femme n'évoque pas de problème particulier.
- Présentation du programme de la séance : Répondre à leurs éventuelles questions, retour sur les missions 3, film post-thérapeutique.
- Temps de réflexion : Pas de question particulière.
- Point sur les missions 3 : A la suite de ces missions, Mr C. s'intègre plus mais ses proches continuent de le faire répéter régulièrement. Il se corrige plus souvent quand sa voix baisse. Mme C. le reprend quand il n'émet pas de signe de réception. Elle trouve qu'il grimace beaucoup selon les jours, ce qui rend difficile le repère des mimiques et des émotions. Sa voix est monotone mais il est possible de différencier une question d'une réponse par exemple. Mr C. se rend compte qu'il a des difficultés au niveau de l'amplitude de son ouverture buccale, dû à la dysarthrie, ce qui est aussi un frein à l'IA.
- Film post-thérapeutique : Mr et Mme C. ont trouvé chacun des sujets de conversation mais cela ne suffit pas pour faire un film assez long. D'autres thèmes ont été proposés pour le compléter et avoir un recueil de données suffisant pour l'analyse.
- Réfléchir à des conversations intéressantes pour le film à un mois post-thérapeutique.
- Liste de jeux de mémoire, de flexibilité, seul ou à 2 donnée au couple.
- Prise de rendez-vous pour la dernière rencontre dans un mois.

Séance à un mois post-thérapeutique (1h15)

- Etat de santé : Mr C. a été fatigué cette nuit et n'a pas beaucoup dormi. Il a eu des crampes très douloureuses au point qu'il a eu peur de mourir. La pose d'une pompe à apomorphine doit se

faire dans deux jours ce qui le stresse et a un impact notable sur son moral. On discute du fait de vivre avec un corps étranger et du sentiment de dépendance que peut provoquer la MP. Mme C. n'a pas beaucoup dormi non plus à cause de l'état de santé de son mari. Elle est restée auprès de lui cette nuit.

- Présentation du programme de la séance : Répondre à leurs éventuelles questions, film à un mois post-thérapeutique, retour sur l'évolution entre le film pré-thérapeutique et le film post-thérapeutique, questionnaire et impressions par rapport à ce travail.
- Temps de réflexion : Pas de question particulière.
- Film à un mois post-thérapeutique : Le couple n'a pas pensé à chercher d'autres idées de conversation comme la dernière fois. Divers thèmes ont été proposés.
- Point sur les missions (si le couple a continué de faire les exercices ou non) : Mr et Mme C. n'ont pas continué les missions après le suivi car ils n'en ont pas ressenti le besoin. Mr C. a été fatigué et angoissé à cause de la pose d'une pompe apomorphine dans deux jours.
- Retour sur l'évolution entre le film pré-thérapeutique et le film post-thérapeutique : L'évolution est globalement positive. Le couple est content surtout Mr C..
- Questionnaire et impressions du couple vis-à-vis de ce travail. Dans un premier temps, on le fait à l'oral et l'échange est filmé pour recueillir les données ultérieurement. Une version imprimée est ensuite laissée au couple pour qu'ils puissent ajouter des éléments auxquels ils n'ont pas pensé spontanément.

Annexe D : Transcription des réponses orales de Mr et Mme C. au questionnaire

Quelles étaient vos attentes avant de commencer ce travail ?

Mr C. : De progresser dans la parole, être attentif, l'échange.

Mme C. : C'était surtout la voix. Oui ça lui a beaucoup apporté au niveau de la parole, de l'échange. L'articulation aussi, mais de temps en temps il faut quand même que je le lui rappelle.

Mr C. : Pour parler plus fort.

Quelles sont vos impressions générales vis-à-vis de ce travail ?

Mr C. : Le travail était bien, moi ça m'a plu. J'y trouvais un intérêt de faire ça avec vous.

Mme C. : Oui intéressant, ça a ouvert des zones sur cette maladie qu'on connaissait pas trop finalement. Vous nous avez pas mal aiguillés sur certaines choses à améliorer. C'est ça qui est bien et lui il n'en prenait pas conscience mais moi je m'en suis rendue compte. Parce qu'il disait que c'était moi qui entendait pas alors que maintenant il sait que c'est lui qui n'a pas articulé.

Globalement, êtes-vous :

- très satisfait satisfait peu satisfait pas du tout satisfait

Mme C. : Très satisfait.

Mr C. : Très satisfait.

Que vous a apporté ce travail ?

Mr C. : Etre plus attentif.

Mme C. : Oui, un peu plus confiant d'ailleurs parce qu'il savait ce qu'il fallait corriger.

Mr C. : Plus confiant.

Mme C. : C'est des trucs qu'il ignorait en fait.

Mr C. : Mais je reste bloqué toujours.

Mme C. : Ça je sais pas c'est peut-être la maladie ou ton moral.

Qu'avez-vous compris de ce travail ?

Mr C. : Tout ce que vous nous avez dit.

Mme C. : Le fait de respirer tu te rappelles ?

Mr C. : Oui.

Mme C. : De bien articuler, ça je te le dis parce qu'on en avait parlé.

Mr C. : Le travail m'a plu.

Mme C. : Sa concentration, tout ça il savait que... et puis c'est un ensemble. Vous nous avez ouverts finalement pleins de problèmes qu'il avait. On les a vraiment ouverts avec vous.

Mr C. : Je les ai toujours mes problèmes mais ça s'améliore. Grâce à vous.

Mme C. : Oui mais il peut savoir comment faire maintenant. Quand je lui parle, je lui dis : « Je t'entends pas. » alors il crie plus fort. *(Adopte une posture de redressement du buste.)*

Mr C. : Je me relève. *(Adopte la même posture que sa femme.)*

Mme C. : Il sait que ça vient pas de moi parce que j'entends encore je crois un peu ! *(Humour)* Non mais il se corrige. C'est bien tout ce qu'il a appris !

Est-ce que certains points abordés sont encore flous ou incompris ? Si oui lesquels ?

Mme C. : Non au contraire !

Mr C. : Non c'est positif.

Est-ce que ce travail vous a permis de mieux comprendre la maladie ?

Mr et Mme C. : Oui.

Les échanges communicationnels ?

Mme C. : Oui puisque... je lui rappelle de toute façon quand je sens qu'il y a quelque chose qui va pas.

Vous-mêmes ?

Mme C. : Oui.

Mr C. : Oui. Je comprends mieux ce qu'elle dit ma femme que moi c'est pas encore ça.

Est-ce que quelque-chose a manqué dans ce travail, ou serait à modifier ? Si oui quoi ?

Mr C. : Non je pense pas. C'était bien.

Mme C. : Non plus, en plus de toute façon on découvrait là...

Est-ce que le temps consacré à ce travail vous a paru :

trop long long correct court trop court

Mr C. : Court. J'aurais voulu que ça continue.

Mme C. : Correct parce qu'y a eu le plus qu'on attendait. On a déjà fait une belle avancée.

Mr C. : Vous nous avez mis dans le bon rail !

Est-ce que la fréquence des séances était adaptée ? (1 fois par semaine) Ou auriez-vous préféré des séances plus rapprochées ou plus écartées ?

Mme C. : Non c'était bien. Pour moi c'était bien parce que ça nous permettait de faire les petits exercices, de veiller à ce qu'on...

Mr C. : Non c'était bien. Ça m'aurait plu d'avoir plus de séances par semaine. Parce qu'avec vous, ça se passe bien, vous nous expliquez ce qui faut faire.

Mme C. : Oui c'est vrai.

Pourriez-vous noter sur 10 l'efficacité de cette prise en charge ?

Mr C. : 8 !

Mme C. : Moi aussi, même peut-être 9 parce qu'on a acquis des trucs. Toi et moi on appris beaucoup de choses.

Est-ce que vos attentes ce sont modifiées au cours des séances ? Si oui, en quoi ?

Mr C. : Non on était d'accord et puis ça nous a plu.

Mme C. : Non.

Finalement, ce travail correspondait-il à vos attentes ? Si non, en quoi ?

Mr et Mme C. : Oui.

Comment avez-vous vécu cette expérience ?

Mr C. : Moi je l'ai vécue bien. Un peu difficile parfois mais j'ai compris, c'est motivant même.

Mme C. : Oui moi aussi.

Prévoyez-vous de continuer l'orthophonie dans le futur ? Si oui, pourquoi ?

Mme C. : Ben oui !

Mr C. : Oui avec Pauline !

Mme C. : Faire de la relaxation aussi.

Mr C. : Oui la relaxation j'aimerais bien.

Avez-vous un commentaire à ajouter ?

Mr et Mme C. : Non.

Annexe E1 : Questionnaire de Mr C.

Questions et Impressions

Quelles étaient vos attentes avant de commencer ce travail ?

J'attendais qu'on me fixe sur les difficultés que je rencontrais en parlant, parce que souvent on me faisait répéter mes paroles.

Quelles sont vos impressions générales vis-à-vis de ce travail ?

J'ai pris du plaisir à découvrir au fur et à mesure les problèmes dus à ma maladie, et surtout à mieux les gérer.

Globalement, êtes-vous :

très satisfait satisfait peu satisfait pas du tout satisfait

Que vous a apporté ce travail ?

J'essaie maintenant d'être à l'écoute en travaillant sur ma voix et l'articulation.

Qu'avez-vous compris de ce travail ?

que la concentration est aussi importante que l'écoute dans tous les sujets, le regard également.

Est-ce que certains points abordés sont encore flous ou incompris ? Si oui lesquels ?

non

Est-ce que ce travail vous a permis de mieux comprendre la maladie ? Les échanges communicationnels ? Vous-mêmes ?

sans aucun doute ! j'ai appris à communiquer plus malgré ma réserve et ma timidité. Quant à moi j'ai pris conscience de certains défauts à corriger.

Est-ce que quelque-chose a manqué dans ce travail, ou serait à modifier ? Si oui quoi ?

non

Est-ce que le temps consacré à ce travail vous a paru :

trop long long correct court trop court

Est-ce que la fréquence des séances était adaptée ? (1 fois par semaine) Ou auriez-vous préféré des séances plus rapprochées ou plus écartées ?

oui plus rapprochées 2 fois par semaine ça aurait été parfait

Pourriez-vous noter sur 10 l'efficacité de cette prise en charge ?



Est-ce que vos attentes se sont modifiées au cours des séances ? Si oui, en quoi ?

oui j'ai pris confiance en moi et me suis senti plus à l'aise j'ai beaucoup apprécié ce travail avec Pauline

Finalement, ce travail correspondait-il à vos attentes ? Si non, en quoi ?

oui

Comment avez-vous vécu cette expérience ?

Très bien et encourageant pour la suite

Prévoyez-vous de continuer l'orthophonie dans le futur ? Si oui, pourquoi ?

oui pour conserver mon élocution et continuer à être stimulé par un orthophoniste et pour quoi pas avec des cours de relaxation qui m'aideraient à garder mon calme et mon stress

Avez-vous un commentaire à ajouter ?

j'espère que j'ai satisfait mon professeur, c'est un grand pas pour moi pour l'avenir que j'ai accompli grâce à Elle

Annexe E2 : Questionnaire de Mme C.

Questions et Impressions

Quelles étaient vos attentes avant de commencer ce travail ?

J'attendais que l'on confirme à mon époux ce troubles du langage et de la voix.

Quelles sont vos impressions générales vis-à-vis de ce travail ?

Très bonne. On a vu ensemble la famille, sur laquelle il fallait travailler, Pauline, mon époux et moi.

Globalement, êtes-vous :

- très satisfait satisfait peu satisfait pas du tout satisfait

Que vous a apporté ce travail ?

Comprendre plusieurs problèmes que cette maladie apportait dans l'élocution, le ton, et l'articulation, lorsque mon mari parlait.

Qu'avez-vous compris de ce travail ?

Que je devais aider mon mari à poursuivre les conseils de Pauline et qu'il ne se rendra pas compte qu'il les oublie.

Est-ce que certains points abordés sont encore flous ou incompris ? Si oui lesquels ?

non

Est-ce que ce travail vous a permis de mieux comprendre la maladie ? Les échanges communicationnels ? Vous-mêmes ?

Oui, plusieurs points sur cette maladie m'ont bien été expliqués, et je peux maintenant reprendre mon mari sans qu'il en soit vexé.

Est-ce que quelque-chose a manqué dans ce travail, ou serait à modifier ? Si oui quoi ?

non

Est-ce que le temps consacré à ce travail vous a paru :

trop long long correct court trop court

Est-ce que la fréquence des séances était adaptée ? (1 fois par semaine) Ou auriez-vous préféré des séances plus rapprochées ou plus écartées ?

oui elle était bien adaptée pour un début

Pourriez-vous noter sur 10 l'efficacité de cette prise en charge ?



Est-ce que vos attentes se sont modifiées au cours des séances ? Si oui, en quoi ?

J'ai senti mon mari plus à l'aise et surtout plus concentré sur les cours -

Finalement, ce travail correspondait-il à vos attentes ? Si non, en quoi ?

Oui

Comment avez-vous vécu cette expérience ?

enrichissante pour mon époux et pour moi-même, très éclairés tous les deux sur des problèmes jusqu'alors difficiles à comprendre

Prévoyez-vous de continuer l'orthophonie dans le futur ? Si oui, pourquoi ?

Oui pour mon époux sachant qu'un contrôle continu de son langage ne pourra que lui rendre la communication plus facile

Avez-vous un commentaire à ajouter ?

Grâce à la discrétion et les explications claires de Pauline, nous avons pu apprendre à mieux dialoguer mon mari et moi -

Annexe F : Autorisation d'usage d'enregistrements audiovisuels pour le second observateur

Autorisation d'usage d'enregistrements audiovisuels dans
le cadre d'un travail de fin d'études

Par la présente, je soussignée DEGORTES Pauline, autorise, étudiante en orthophonie au CFUO de Nantes et soumise au secret médical, à utiliser mes enregistrements audiovisuels, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études pour un usage exclusivement de recherche clinique. Aucune diffusion de ces données ne sera faite de quelque manière que ce soit.

Fait à _____, le _____

Signatures

Annexe G : Tableaux des résultats quantitatifs relevés.

Chaque tableau comporte les résultats de Mr et Mme C., par catégorie d'acte, pour chaque film et les fréquences correspondantes rapportées sur 10 minutes.

Film	Temps de parole en minutes par film		Fréquence sur 10 minutes	
	Mr C.	Mme C.	Mr C.	Mme C.
Pré-thérapeutique	4'17"	9'42"	2'34"	5'49"
Post-thérapeutique	4'36"	9'01"	2'46"	5'26"
A un mois post-thérapeutique	4'35"	7'10"	2'52"	4'28"

Temps de parole en minutes.

Film	Interventions spontanées par film		Fréquence sur 10 minutes	
	Mr C.	Mme C.	Mr C.	Mme C.
Pré-thérapeutique	36	37	22	22
Post-thérapeutique	47	46	28	28
A un mois post-thérapeutique	68	72	42	45

Interventions spontanées.

Film	Initiations		Clôtures		Fréquence sur 10 minutes			
	Mr C.	Mme C.	Mr C.	Mme C.	Initiations		Clôtures	
					Mr C.	Mme C.	Mr C.	Mme C.
Pré-thérapeutique	1	8	0	11	1	5	0	7
Post-thérapeutique	9	5	2	7	5	3	1	4
A un mois post-thérapeutique	7	7	4	5	4	4	2	3

Initiations et clôtures.

Film	Ruptures de thème par film		Fréquence sur 10 minutes	
	Mr C.	Mme C.	Mr C.	Mme C.
Pré-thérapeutique	0	0	0	0
Post-thérapeutique	2	0	1	0
A un mois post-thérapeutique	0	0	0	0

Ruptures de thème.

Film	Développement et maintien thématique par film		Fréquence sur 10 minutes	
	Mr C.	Mme C.	Mr C.	Mme C.
Pré-thérapeutique	32	54	19	32
Post-thérapeutique	55	62	33	37
A un mois post-thérapeutique	64	61	40	38

Développement et maintien thématique.

Film	Interruptions		Chevauchements		Silences excessifs		Fréquence sur 10 minutes					
	Mr C.	Mme C.	Mr C.	Mme C.	Mr C.	Mme C.	Interruptions		Chevauchements		Silences excessifs	
							Mr C.	Mme C.	Mr C.	Mme C.	Mr C.	Mme C.
Pré-thérapeutique	7	3	9	7	12	8	4	2	5	4	7	5
Post-thérapeutique	10	6	15	11	9	3	6	4	9	7	5	2
A un mois post-thérapeutique	8	8	24	15	8	7	5	5	15	9	5	4

Interruptions, chevauchements et silences excessifs.

Film	Phatiques		Régulateurs		Marqueurs d'appui		Fréquence sur 10 minutes					
	Mr C.	Mme C.	Mr C.	Mme C.	Mr C.	Mme C.	Phatiques		Régulateurs		Marqueurs d'appui	
							Mr C.	Mme C.	Mr C.	Mme C.	Mr C.	Mme C.
Pré-thérapeutique	5	34	13	28	5	46	3	20	8	17	3	28
Post-thérapeutique	12	44	21	50	20	58	7	27	13	30	12	35
A un mois post-thérapeutique	12	33	24	58	19	38	7	21	15	36	12	24

Phatiques, régulateurs et marqueurs d'appui.

Film	Déictiques dans l'espace		Déictiques sur support		Illustratifs		Fréquence sur 10 minutes					
	Mr C.	Mme C.	Mr C.	Mme C.	Mr C.	Mme C.	Déictiques dans l'espace		Déictiques sur support		Illustratifs	
							Mr C.	Mme C.	Mr C.	Mme C.	Mr C.	Mme C.
Pré-thérapeutique	7	9	3	15	18	2	4	5	2	9	11	1
Post-thérapeutique	20	8	4	6	12	16	12	5	2	4	7	10
A un mois post-thérapeutique	2	6	5	6	16	13	1	4	3	4	10	8

Déictiques dans l'espace et sur support et illustratifs.

Film	Actes de langage dévalorisants par film		Fréquence sur 10 minutes	
	Mr C.	Mme C.	Mr C.	Mme C.
Pré-thérapeutique	10	6	6	4
Post-thérapeutique	3	0	2	0
A un mois post-thérapeutique	3	1	2	1

Actes de langage dévalorisants.

Film	Inférences et humour par film		Fréquence sur 10 minutes	
	Mr C.	Mme C.	Mr C.	Mme C.
Pré-thérapeutique	4	0	2	0
Post-thérapeutique	5	3	3	2
A un mois post-thérapeutique	6	7	4	4

Inférences et humour.

Annexe H : Transcription des incidents et des réparations relevés dans les trois films

Film pré-thérapeutique

Principaux incidents relevés (rupture dans l'échange)	Signalisation (qui ? comment ?)	Gestion (comportements et moyens mis en oeuvre)	Efficacité de la réparation (l'échange se poursuit-il ?)
2'34" : Blocage de Mr C. qui n'arrive pas à produire son énoncé.	Auto-signalisation V : « <i>Tu vois j'arrive pas à parler.</i> »	Mme C. émet un petit rire à la fois rassurant et de constatation. Mr C. marque une pause pour tenter de reprendre la parole mais sa femme prend rapidement le relai.	L'échange se poursuit avec Mme C. qui compense l'IA.
13'12" : Mme C. émet un léger temps de latence pour trouver un mot.	Auto-signalisation NV par un regard envers son mari pour qu'il l'aide.	Mr C. réceptionne sa demande par un regard et lui propose : « <i>Un self</i> ».	Mme C. valide et reprend l'aide fournie par son mari pour poursuivre l'échange.
14'14" : Mr C. dit : « <i>Avant on gravait à l'acide, maintenant c'est tout...</i> ». (Il cherche le mot « informatisé ».)	Auto-signalisation NV par une agitation des mains.	Mme C. émet un régulateur « <i>Eh</i> » pour capter l'attention de son mari afin de lui fournir le mot qu'il cherche. Simultanément, Mr C. se tourne et la regarde pendant qu'elle dit le mot « <i>informatisé</i> ».	Mr C valide, reprend le mot et poursuit l'échange.
14'26" : Mr C. dit « <i>infromatisé</i> » pour « <i>informatisé</i> ».	Auto-signalisation V.	Auto-correction en forçant un peu sur la production du mot « <i>informatisé</i> ».	L'échange se poursuit.

Film post-thérapeutique

Principaux incidents relevés (rupture dans l'échange)	Signalisation (qui ? comment ?)	Gestion (comportements et moyens mis en oeuvre)	Efficacité de la réparation (l'échange se poursuit-il ?)
7'28" : Mme C. parle trop doucement selon Mr C..	Hétéro-signalisation NV par le regard et un geste de la main (index pointé vers le haut).	Mme C. réagit d'abord par un regard et un petit haussement de tête envers son mari. Mr C. lui dit : « <i>Plus fort.</i> » mais sans voix, juste en lecture labiale et avec le même geste de la main. Mme C. marque un signe d'incompréhension « <i>Hein?</i> ». Mr C. lui répond « <i>Plus fort.</i> » cette fois avec de la voix	Mme C. poursuit l'échange sur un autre thème.

		et le même geste. Mme C. répond : « <i>Je parle trop doucement ?</i> ». Son mari dit : « <i>Mmh.</i> » qui a une valeur de « <i>Oui</i> » et accompagné d'un acquiescement de tête et du même geste de la main. Mme C. rit et dit : « <i>Mais moi c'est... mais moi c'est tout le temps ! Et toi tu m'entends pas?</i> ». Son mari rit et répond : « <i>Oui je t'entends.</i> ». Pour clôturer, Mme C. dit : « <i>Ah ! Et ben tu vois tu me fais remarquer c'est bien !</i> ». Le couple rit.	
9'41" : Mme C. dit : « <i>Au moment où j'étais...</i> ». (Elle cherche un mot et émet une ébauche orale mais son mari l'interrompt et intervient avant.)	Auto-signalisation NV par un regard vers Mr C. et un geste illustratif de la main.	Son mari réceptionne le regard de sa femme et l'interprète comme une demande d'aide. Il lui donne le mot « <i>vulnérable</i> ». Ce mot ne semble pas être celui recherché car elle lui fait répéter alors qu'il est intelligible. Il se produit un chevauchement entre l'ébauche orale de Mme C. et la tentative de réparation de Mr C. avec le mot « <i>vulnérable.</i> » ce qui allonge la gestion de ce « pseudo-incident ».	Mme C. se sert néanmoins du mot fourni par son mari pour poursuivre l'échange.
12'37" : Mr C. coupe la parole à sa femme de manière V.	Auto-signalisation V : « <i>Pardon.</i> »	Mr C. appuie son regard envers sa femme et augmente l'intensité de sa voix pour s'insérer de force dans l'IA.	Mr C. poursuit l'échange sur son thème.

Film à un mois post-thérapeutique

Principaux incidents relevés (rupture dans l'échange)	Signalisation (qui ? comment ?)	Gestion (comportements et moyens mis en oeuvre)	Efficacité de la réparation (l'échange se poursuit-il ?)
9'47" : Mr C. dit : « <i>Moi c'est...</i> ». (Il cherche le nom d'un humoriste.)	Auto-signalisation NV par le regard et V : « <i>Celui qui s'est tué en voiture là...</i> ».	Mme C., en même temps qu'elle réfléchit, demande confirmation à son mari : « <i>En voiture?</i> ». Mr C. la regarde mais ne répond pas franchement. Puis elle propose : « <i>Fernand Raynaud.</i> ». Mr C. valide de manière V et NV.	L'échange se poursuit.
19'25" : Mme C. dit : « <i>Les...</i> » (Elle cherche le nom d'un gâteau.)	Auto-signalisation V : « <i>Comment on les appelle déjà ?</i> » et NV par le regard.	Mr C. répond « <i>Les canoles.</i> ».	Mme C. reprend ce terme et poursuit l'échange.
19'50" : Mr C. dit : « <i>et le...</i> ».	Auto-signalisation NV avec une orientation vers sa femme et un geste illustratif et V : « <i>Comment on appelle ça ?</i> ».	Mme C. réceptionne sa demande et répond : « <i>Cornet ?</i> ».	Mr C. valide et utilise ce mot pour poursuivre l'échange.

Annexe 7 : Lettre de consentement éclairé



UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES TECHNOLOGIES MÉDICALES
Centre de Formation Universitaire en Orthophonie
Directeur : Dr Florent ESPITALIER
Directrice Pédagogique : Mme Valérie MARTINAGE
Directrice des Stages : Mme Christine NUEZ

U.E.7.5.c Mémoire
Semestre 10

ANNEXE 7 **LETTRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE**

Titre de l'étude : Thérapie des interactions entre un sujet atteint de la maladie de Parkinson et son partenaire.

Consentement de participation de :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Dans le cadre de la réalisation d'une recherche portant sur l'évaluation des pratiques et des conséquences des pratiques orthophoniques, Mme DEGORTES Pauline étudiante en orthophonie m'a proposé de participer à une investigation organisée par le Centre de Formation Universitaire en Orthophonie (CFUO) de Nantes.

Mme DEGORTES Pauline m'a clairement présenté les objectifs de l'étude, m'indiquant que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Afin d'éclairer ma décision, il m'a été communiquée une information précisant clairement les implications d'un tel protocole, à savoir : le but de la recherche, sa méthodologie, sa durée, les bénéfices attendus, ses éventuelles contraintes, les risques prévisibles, y compris en cas d'arrêt de la recherche avant son terme. J'ai pu poser toutes les questions nécessaires, notamment sur l'ensemble des éléments déjà cités, afin d'avoir une compréhension réelle de l'information transmise. J'ai obtenu des réponses claires et adaptées, afin que je puisse me faire mon propre jugement.

Toutes les données et informations me concernant resteront strictement confidentielles. Seules Mmes COLUN Hélène et DEGORTES Pauline y auront accès.

J'ai pris connaissance de mon droit d'accès et de rectification des informations nominatives me concernant et qui sont traitées de manière automatisées, selon les termes de la loi.

J'ai connaissance du fait que je peux retirer mon consentement à tout moment du déroulement du protocole et donc cesser ma participation, sans encourir aucune responsabilité. Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires concernant cette étude.

Ayant disposé d'un temps de réflexion suffisant avant de prendre ma décision, et compte tenu de l'ensemble de ces éléments, j'accepte librement et volontairement de participer à cette étude dans les conditions établies par la loi.

Fait à :, le

Signature du participant

Signature de l'étudiant

Annexe 8 : Engagement éthique



UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES TECHNIQUES MÉDICALES
Centre de Formation Universitaire en Orthophonie
Directeur : Dr Florent ESPITALIER
Directrice Pédagogique : Mme Valérie MARTINAGE
Directrice des Stages : Mme Christine NUEZ

U.E. 7.5.c Mémoire
Semestre 10

ANNEXE 8 ENGAGEMENT ETHIQUE

Je soussignée Mme DEGORTES Pauline, dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de fin d'études orthophoniques à l'Université de Nantes, m'engage à respecter les principes de la déclaration d'Helsinki concernant la recherche impliquant la personne humaine.

L'étude proposée vise à mettre en place une prise en charge adaptée des interactions en fonction de la demande, des besoins du patient et des résultats de l'analyse pré-thérapeutique faite à l'aide de la BECD, du PDQ-8 et d'un film d'une conversation écologique.

Conformément à la déclaration d'Helsinki, je m'engage à :

- informer tout participant sur les buts recherchés par cette étude et les méthodes mises en œuvre pour les atteindre,
- obtenir le consentement libre et éclairé de chaque participant à cette étude
- préserver l'intégrité physique et psychologique de tout participant à cette étude,
- informer tout participant à une étude sur les risques éventuels encourus par la participation à cette étude,
- respecter le droit à la vie privée des participants en garantissant l'anonymisation des données recueillies les concernant, à moins que l'information ne soit essentielle à des fins scientifiques et que le participant (ou ses parents ou son tuteur) ne donne son consentement éclairé par écrit pour la publication,
- préserver la confidentialité des données recueillies en réservant leur utilisation au cadre de cette étude.

Fait à Le :

Signature

Titre du Mémoire : Mise en place d'une thérapie des interactions et observation de l'évolution de la communication entre un sujet atteint de la maladie de Parkinson et son partenaire de conversation privilégié.

RÉSUMÉ

La maladie de Parkinson est une maladie neurodégénérative touchant la communication et la qualité de vie du patient et de son entourage. Une thérapie des interactions a été mise en place auprès d'un couple. Afin d'observer l'évolution de la communication, trois films ont été réalisés à domicile et à des moments précis : pré-thérapeutique, post-thérapeutique et à un mois post-thérapeutique. L'analyse conversationnelle a permis de répondre à l'objectif de l'étude qui était de montrer l'impact d'une thérapie des interactions sur la communication entre une personne ayant la maladie de Parkinson et son aidant principal. Les résultats, renforcés par une fidélité inter-observateurs, sont positifs et favorisent une thérapie des interactions auprès du couple pour leur donner des stratégies, diminuer le fardeau de l'aidant, maintenir l'autonomie, la qualité de vie et une communication multicanale.

MOTS-CLÉS

aidant – analyse conversationnelle – communication – évolution – maladie de Parkinson – partenaire de conversation – thérapie des interactions

ABSTRACT

Parkinson's disease is a neurodegenerative illness which affects communication and the quality of life of patients and their relatives. A therapy of interactions was applied to a couple. To observe the way communication develops, three films were realized at home and at precise moments : pre-therapeutic, post-therapeutic and at one month post-therapeutic. The conversational analysis allowed to reach for the study's objective which was to show the impact of a therapy of interactions on communication between a person with Parkinson's disease and his main caregiver. The results are positive and strengthened by the reliability between raters. These results promote the therapy of interactions with a couple, in order to give them strategies, to decrease the caregiver's burden, to maintain autonomy, to keep good quality of life and multimodal communication.

KEY WORDS

caregiver – communication – conversation partner – conversational analysis – development – Parkinson's disease – therapy of interactions