

**Institut Limousin de FOrmation
aux MÉtiers de la Réadaptation
Orthophonie**

**La communication des personnes porteuses de la maladie de
Parkinson :**

Adaptation d'une grille d'analyse conversationnelle

Mémoire présenté et soutenu par

Mona Dayot

En juin 2019

Mémoire dirigé par

Adélaïde Jorand

Orthophoniste

Remerciements

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont aidée et soutenue dans la réalisation et la rédaction de ce mémoire.

Tout d'abord, je tiens à remercier les membres de mon jury.

Ensuite, je souhaite remercier particulièrement Adélaïde Jorand, qui m'a guidée depuis la construction de ce projet jusqu'à son aboutissement, en acceptant d'être ma directrice de mémoire. C'est également grâce à son investissement en tant que maître de stage que j'ai pu réaliser mes premières expériences pratiques et développer ainsi les prémices de mon identité professionnelle.

Je remercie également Claire Croteau pour son investissement, ses conseils avisés et sa disponibilité.

Je souhaite remercier l'équipe pédagogique de l'ILFOMER, particulièrement Audrey Pépin-Boutin, Agnès Thibault, Pascale Méchin et Olivier Prot pour leur soutien, leur persévérance et leurs innombrables conseils. Je remercie également l'équipe administrative de l'ILFOMER.

Je remercie Odile Saulnier d'avoir accepté de participer à la pré-lecture de ce travail.

Mes remerciements s'adressent aussi aux orthophonistes qui ont accepté de répondre à mes interrogations et avec qui j'ai eu des échanges très enrichissants. Je remercie particulièrement celles qui ont accepté de participer à la partie expérimentale de ce travail et d'y consacrer leur temps, très précieux.

J'aimerais remercier les associations de patients, telles que France Parkinson et l'Association des Parkinsoniens d'Ille et Vilaine (APIV), qui m'ont aidée à diffuser la lettre à destination des volontaires. Je souhaite particulièrement remercier ces derniers, sans lesquels ce travail n'aurait pu être mené à son terme.

Je tiens à remercier mon entourage et en particulier mes parents, mes plus fidèles relecteurs, sans qui toute cette aventure n'aurait pas été possible. Mille mercis à Cyril pour m'avoir soutenue et épaulée tout au long de ces études. Merci également à ma coloc, Léa, sans qui ces cinq années n'auraient pas eu la même saveur. J'aimerais également remercier mes copines de promo, Sandra, Laura, Estelle et Morgane, pour tous les bons moments que nous avons passés. Enfin, je remercie mon frère, ma sœur, Gwenn et tous mes amis bretons, pour leur soutien sans faille.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Charte anti-plagiat

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je, soussignée Mona Dayot

**atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS NA
– site de Limoges et de m'y être conformé.**

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Limoges, Le vendredi 10 mai 2019

Suivi de la signature.

Article 2 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source ».

Article 3 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code Pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Vérification de l'anonymat

Mémoire CC Orthophoniste
Session de juin 2019
Attestation de vérification d'anonymat

Je soussignée Mona Dayot

Etudiante de 5ème année

Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à : Limoges

Le : vendredi 10 mai 2019

Signature de l'étudiante

Glossaire

APIV : Association des Parkinsoniens d'Ille-et-Vilaine

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BECD : Batterie d'Evaluation Clinique de la Dysarthrie

DIP : Dysarthria Impact Profile

GACC-A : Grille d'Analyse Clinique de la Conversation – Aphasie

GACC-MP : Grille d'Analyse Clinique de la Conversation – Maladie de Parkinson

GRBAS : Grade Rough Breathy Asthenic Strained

MPS-UPDRS : Movement Disorder Society – Unified Parkinson's Disease Rating Scale

PC : Partenaire de Conversation

PDQ-39 : Parkinson's Disease Questionnaire

PMP : Personne atteinte de la Maladie de Parkinson

SAID : Self Assessment of Interaction Disorders

SPPARC : Supporting Partners of People with Aphasia in Relationships and Conversation

Table des matières

Introduction.....	12
1. Partie théorique.....	13
1. La maladie de Parkinson.....	13
1.1. Généralités.....	13
1.1.1. Historique.....	13
1.1.2. Epidémiologie.....	13
1.2. Etiologies et facteurs de risque.....	13
1.3. Rappels anatomiques et étiopathogénie de la maladie de Parkinson.....	14
1.4. Sémiologie selon les stades évolutifs de la maladie.....	15
2. La communication.....	17
2.1. Définitions.....	17
2.1.1. Définition générale.....	17
2.1.2. Définition de la communication dans la théorie interactionniste.....	17
2.2. La communication verbale.....	18
2.2.1. Aspect organisationnel.....	18
2.2.2. La pragmatique.....	19
2.3. La communication non-verbale.....	20
2.3.1. La prosodie.....	20
2.3.2. Les aptitudes mimo-gestuelles et les attitudes d'écoute.....	21
2.4. L'évaluation de la communication.....	22
2.4.1. L'évaluation de la communication chez les patients porteurs de la maladie de Parkinson.....	22
2.4.2. Une méthode d'évaluation de la communication : l'analyse conversationnelle.....	22
2.4.3. La Grille d'Analyse Clinique de la Communication (GACC).....	23
3. L'impact de la maladie de Parkinson sur la communication.....	24
3.1. Les troubles moteurs induits par la maladie de Parkinson qui entravent la communication.....	24
3.1.1. La dysarthrie.....	24
3.1.2. Les troubles de la déglutition.....	25
3.1.3. Les troubles de la gestuelle faciale.....	25
3.2. Les troubles cognitifs induits par la maladie de Parkinson qui majorent les difficultés communicationnelles.....	26
3.2.1. Les troubles dépressifs.....	26
3.2.2. Le déficit de perception des informations sensorielles.....	26
3.2.3. Le déficit de compréhension.....	26
3.2.4. L'anomie.....	27
3.3. L'impact de la maladie de Parkinson sur la qualité de vie du patient et de son entourage.....	27
2. Problématique et hypothèses.....	29
1. Problématique.....	29
2. Hypothèses.....	30
2.1. Hypothèse générale.....	30
2.2. Hypothèses secondaires.....	30
3. Méthodologie.....	31
1. Population.....	31

1.1. Nombre de participants	31
1.2. Critères d'inclusion et d'exclusion	32
1.3. Mode de recrutement.....	32
1.3.1. Les dyades	32
1.3.2. Les orthophonistes.....	32
2. Matériel	33
2.1. Enregistrements vidéo	33
2.2. Présentation de la grille d'origine	34
2.2.1. Structure	34
2.2.2. Echelles de cotation	35
2.2.3. Commentaires	35
2.3. Questionnaire.....	35
3. Protocole expérimental.....	36
3.1. Adaptations de la grille	36
3.1.1. Première étape d'adaptation de la GACC-A	36
3.1.2. Création de la première version de la GACC-MP	36
3.1.3. La deuxième version de la GACC-MP	37
3.1.4. Troisième version de la GACC-MP.....	38
3.1.5. Pré-test de la GACC-MP version 3.....	38
3.1.6. Quatrième version de la GACC-MP.....	39
3.1.7. Pré-test de la GACC-MP version 4.....	39
3.1.8. Cinquième et sixième versions de la GACC-MP	40
3.2. Définition des items de la sixième version de la GACC-MP	40
3.2.1. Les échelles de cotation	43
3.3. Le test par les orthophonistes	43
3.4. Traitement des données.....	43
3. Présentation des résultats	44
1. Les réponses des orthophonistes au questionnaire	44
1.1. Hypothèse 1 : pertinence de la GACC-MP	44
1.2. Hypothèse 2 : prise en main facile et temps de cotation réduit	49
1.3. Hypothèse 3 : élaboration d'axes thérapeutiques à partir de la GACC-MP	52
2. Le test de la grille par les orthophonistes	53
2.1. Détails des cotations.....	53
2.1.1. Cotations des orthophonistes concernant la Personne atteinte de la Maladie de Parkinson (PMP) (annexe 10).....	53
2.1.2. Cotations des orthophonistes concernant le Partenaire de Communication (PC) (annexe 11)	54
2.2. Analyse des cotations.....	55
2.3. Analyse en composantes principales (PMP)	55
2.4. Analyse en composantes principales (PC)	56
2.5. Test des corrélations de Spearman	56
4. Discussion	58
1. Vérification des hypothèses opérationnelles et analyse des résultats	58
1.1. Hypothèse 1	58
1.2. Hypothèse 2.....	60
1.3. Hypothèse 3.....	62
1.4. Hypothèse 4.....	62

2. Réponse à la problématique et à l'hypothèse générale	63
3. Limites de l'étude.....	64
3.1. Limites du protocole.....	64
3.1.1. Protocole expérimental	65
3.2. Limites de l'analyse des résultats.....	65
4. Perspectives	66
4.1. Affinement de la GACC-MP.....	66
4.2. Nouveau test de la grille	66
4.3. Mise en place d'un accompagnement avec l'apport de la GACC-MP.....	67
Conclusion	68
Références bibliographiques	69
Annexes.....	73

Table des illustrations

Figure 1 : Stades de Hoehn et Yahr (Krystkowiak, 2015)	16
Figure 2 : structure de la cinquième version de la GACC-A (Leopold, Croteau, et Peillon, 2010).....	34
Figure 3 : échelles de cotation de la cinquième version de la GACC-A (Leopold, Croteau, et Peillon, 2010).....	35
Figure 4 : ajout d'une échelle d'altération du paramètre	37
Figure 5 : extrait du profil récapitulatif présent dans la GACC-MP version 2	38
Figure 6 : échelles de cotation septième version de la GACC-MP	43
Figure 7 : cohérence de l'organisation des items	44
Figure 8 : pertinence du système de cotation et de commentaire	45
Figure 9 : moyennes des cotations concernant la cohérence des items	46
Figure 10 : moyennes des cotations concernant la clarté des items	47
Figure 11 : items manquants	48
Figure 12 : pertinence de l'outil sur le plan clinique	49
Figure 13 : temps de cotation en minutes	50
Figure 14 : nombre de visionnements	50
Figure 15 : exhaustivité et utilité du document présentant la GACC-MP	51
Figure 16 : autres suggestions pour améliorer la GACC-MP	51
Figure 17 : possibilité de déterminer des axes de prise en soins	52
Figure 18 : détails des cotations pour la PMP	53
Figure 19 : pourcentage d'abstention (PMP).....	53
Figure 20 : détails des cotations pour le PC.....	54
Figure 21 : pourcentage d'abstention (PC).....	54
Figure 22 : ACP pour les cotations de la Personne atteinte de Maladie de Parkinson (PMP)	55
Figure 23 : ACP pour les cotations du Partenaire de Communication (PC).....	56
Figure 24 : conventions de transcription (Leopold, Croteau, et Peillon 2010).....	79

Table des tableaux

Tableau 1 : informations relatives aux volontaires	31
Tableau 2 : Informations relatives aux orthophonistes volontaires	32
Tableau 3 : informations relatives aux vidéos des volontaires.....	33
Tableau 4 : résultats du test des corrélations de Spearman.....	57
Tableau 5 : moyennes des cotations concernant la Personne atteinte de la Maladie de Parkinson (PMP)	102
Tableau 6 : moyennes des cotations concernant le Partenaire de Communication (PC)....	102

Introduction

En France, la maladie de Parkinson est la deuxième maladie neurodégénérative la plus fréquente après la maladie d'Alzheimer : environ 100 000 à 150 000 personnes en sont porteuses (Moisan et al., 2018). Cette maladie est caractérisée par la présence de trois principaux symptômes : la bradykinésie, les tremblements de repos et la rigidité. Appelés « triade parkinsonienne » ils entraînent un ralentissement et une diminution de l'amplitude motrice qui sont à l'origine de troubles de la marche et de l'équilibre, de l'écriture, de la motricité oro-faciale et de troubles de la déglutition. Des troubles non-moteurs dysautonomiques, sensitifs, psychiques et cognitifs peuvent également être retrouvés (Azulay, Witjas, et Eusebio, 2017). Ces manifestations induisent une prise en charge interdisciplinaire médicale et paramédicale, afin de lutter contre leur aggravation et de réduire leur incidence sur la qualité de vie des patients et de leur entourage. La prise en charge orthophonique est ainsi préconisée à un stade précoce, concernant tout d'abord la micrographie, les troubles de la parole puis les troubles de la déglutition (HAS, 2016).

Les fonctions communicationnelles sont touchées de manière importante par la maladie de Parkinson, tant dans leur aspect moteur que non-moteur. Cependant, il n'existe pas de bilan orthophonique des interactions sociales à destination des personnes atteintes de la maladie de Parkinson (Gentil et al., 2016).

Partant de ce constat, nous nous sommes intéressée aux méthodes d'évaluation de la communication. Nos recherches ont alors porté sur l'analyse conversationnelle, une méthode écologique prenant en compte les habiletés de la personne porteuse de troubles communicationnels mais également de celles de son interlocuteur (Beeke, Maxim, et Wilkinson, 2007). Nous nous sommes alors interrogée sur la possible adaptation d'un outil d'analyse conversationnelle et son utilisation pour évaluer les compétences des personnes porteuses de la maladie de Parkinson et d'un interlocuteur.

Nous avons donc repris la Grille d'Analyse Clinique de la Conversation – Aphasie (GACC-A), élaborée en 2010 par LEOPOLD, CROTEAU et PEILLON, dans le cadre d'un mémoire de fin d'études en orthophonie (Leopold, Croteau, et Peillon, 2010) en nous inscrivant dans le projet d'adaptation de cette grille aux difficultés communicationnelles induites par la maladie de Parkinson. Après plusieurs phases d'adaptations, nous avons proposé à sept orthophonistes de répondre à un questionnaire au sujet de la Grille d'Analyse Clinique de la Conversation – Maladie de Parkinson et de la tester en cotant un échange filmé. Nous avons analysé leurs impressions quant à la grille et la corrélation entre les cotations de plusieurs juges à partir d'un même échange filmé.

Dans ce mémoire, nous évoquerons tout d'abord les éléments théoriques sur lesquels s'appuie notre étude. Nous commencerons par présenter la maladie de Parkinson. Ensuite, nous étudierons la communication et ses composantes, ainsi que les méthodes d'évaluation des capacités communicationnelles. Enfin, nous évoquerons les conséquences des symptômes moteurs et non-moteurs de la maladie de Parkinson sur la communication.

1. Partie théorique

1. La maladie de Parkinson

1.1. Généralités

1.1.1. Historique

Les symptômes de la maladie de Parkinson et leur traitement sont évoqués pour la première fois dans l'Antiquité par les scientifiques grecs et indiens. Au XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles sont décrits de manière plus précise, la parole et la marche accélérées, ainsi que les festinations qui apparaissent lors de cette dernière (Hausser-Hauw, 2018). La maladie de Parkinson est ensuite décrite en 1817, par un médecin généraliste appelé James PARKINSON, sous le nom de « paralysie agitante ». Il s'agit de tremblements au repos, sans atteinte des fonctions sensitives et intellectuelles. Le médecin évoque le caractère progressif de cette affection : les tremblements unilatéraux puis bilatéraux, la baisse de la force musculaire, les difficultés posturales et lors de la marche, les troubles alimentaires, langagiers et du sommeil qui prennent de l'ampleur au fil de la maladie (Parkinson, 2002). La sémiologie de cette affection s'affine progressivement grâce à des scientifiques comme A.TROUSSEAU ou encore E.F.VULPIAN. En 1880, J-M.CHARCOT l'appelle pour la première fois la « maladie de Parkinson » et décrit la micrographie et rigidité qui en découlent. E BRISSAUD détermine l'importance du locus niger dans cette maladie, ce qui est confirmé par F.LEWY et K.TRETIAKOFF qui constatent respectivement la présence de corps intracytoplasmiques dans cette structure et sa dépigmentation (Petit, Allain, et Vermersch, 1994 ; Hausser-Hauw, 2018).

1.1.2. Epidémiologie

La maladie de Parkinson est la seconde affection neurodégénérative la plus répandue après la maladie d'Alzheimer en France. La prévalence est légèrement plus élevée chez l'homme que chez la femme. Par an, le nombre de nouveaux cas serait de 39 pour 100 000 habitants. Le nombre de personnes atteintes de la maladie de Parkinson augmentera progressivement du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation de l'espérance de vie (Moisan et al., 2018). De plus, l'âge moyen d'apparition de cette maladie se situe entre 58 et 62 ans. Un faible nombre de cas ont été recensés avant 40 ans, et la forme juvénile, avant 20 ans, est très rare (Sabadell et al., 2018). La maladie de Parkinson est la principale cause de syndromes parkinsoniens, elle peut survenir de manière sporadique ou héréditaire (L. Defebvre, 2007).

1.2. Etiologies et facteurs de risque

L'étiologie exacte de la maladie de Parkinson est encore inconnue, de nombreuses hypothèses sont avancées par les scientifiques, voici les principales :

- L'hypothèse environnementale : des études ont été menées concernant le lien entre l'exposition à des solvants organiques, des métaux lourds ou encore au manganèse et le développement de la maladie. La présence de substances se rapprochant de la 1-méthyl-4-phényl-1,2,4,6-tétrahydropyridine ou MPTP dans les insecticides, pesticides et herbicides a fait l'objet d'analyses. En effet, il s'agit d'un dérivé de l'héroïne et lors de son injection de nombreux toxicomanes ont présenté un syndrome parkinsonien (Chrysostome et Tison, 2015).

- L'hypothèse de la surcharge en fer dans la substance noire : cette surcharge pourrait être à l'origine de la disparition des neurones dopaminergiques. Une étude est actuellement en cours afin de déterminer l'efficacité du chélateur de fer, un agent favorisant son élimination, comme médicament antiparkinsonien (Devos et al., 2014).
- L'hypothèse génétique : elle fait encore l'objet de nombreuses études. En effet, des formes autosomiques dominantes ont été observées, avec la mutation de certains gènes comme par exemple les gènes α -synucléine (PARK1 et 4) et VPS35. Des formes autosomiques récessives également, entraînées par la mutation des gènes Parkine (PARK2), Pink1 (PARK6) ou encore DNAJC6, par exemple. Le rôle de certains gènes est encore controversé et des formes monogéniques restent encore inconnues à ce jour, prouvant ainsi la complexité génétique de la maladie de Parkinson (Anheim, Lohmann, et Dürr, 2015).
- L'hypothèse d'un développement digestif de la maladie : ce postulat, encore débattu, fait état d'un développement précoce des agrégats d'alpha-synucléine dans le système nerveux entérique. Les corps de Lewy suivraient ensuite une progression ascendante, du noyau dorsal du nerf vague jusqu'au système nerveux central (Braak et al., 2006 ; Clairembault et al., 2013). Des études sont aujourd'hui menées pour déterminer si cette atteinte digestive représente un biomarqueur de diagnostic de la maladie de Parkinson (Couloume, Leclair-Visonneau, et Derkinderen, 2018).

La maladie de Parkinson aurait donc une origine multifactorielle et complexe. Certains facteurs de risque ont été démontrés, comme l'âge et les antécédents de traumatisme crânien. Pour finir, la consommation de tabac et de café semble avoir un effet inverse sur le développement de la maladie de Parkinson (Anheim, Lohmann, et Dürr, 2015).

1.3. Rappels anatomiques et étiopathogénie de la maladie de Parkinson

Les noyaux gris centraux, aussi appelés ganglions de la base, sont des structures constituées de substance grise et situées dans le télencéphale, le diencephale et le mésencéphale. Ils sont constitués du noyau caudé, du putamen, du pallidum, du noyau subthalamique (ou corps de Luys) et de la *substantia nigra*. Cette dernière est une partie du mésencéphale, lui-même situé dans le tronc cérébral, et se divise en deux : la *pars compacta* et la *pars reticulata*. La *pars compacta* est la partie la plus riche en neurones dopaminergiques. Le regroupement du noyau caudé et du putamen avec le noyau accumbens et le tubercule olfactif est appelé striatum (Dujardin et Defebvre, 2011).

Les noyaux gris centraux interviennent au niveau du contrôle de la verticalité, le maintien de l'équilibre, la régulation du tonus, la réalisation d'actions motrices comme la marche et les gestes. Ils ont également un rôle au niveau comportemental concernant ses aspects cognitifs et émotionnels. Le striatum associatif est impliqué dans le traitement des informations sensorielles et dans le contrôle et l'exécution d'un programme moteur. Il contribue aux fonctions exécutives comme l'attention, la mémoire de travail ou encore la flexibilité. Le striatum limbique a, quant à lui, un rôle concernant la compréhension de la valeur émotionnelle et motivationnelle d'un contexte ou d'une action. Le rôle de ces structures est donc multiple, aussi bien moteur que non-moteur, et complexe (Dujardin et Defebvre, 2011).

Concernant l'étiopathogénie de la maladie de Parkinson, elle se traduit généralement par une perte neuronale dans le système dopaminergique nigrostriatal : la destruction neuronale, surtout retrouvée dans la *pars compacta*, prive celle-ci de ses liaisons

dopaminergiques avec le striatum. Les neurones dopaminergiques présents au niveau de la fovéa, région de la rétine, sont également touchés par le processus dégénératif. Il existe cependant une variabilité concernant la situation lésionnelle, ce qui explique la multiplicité des tableaux cliniques (Derkinderen et Damier, 2015). Pour finir, des agrégats d'alpha-synucléines se forment dans les structures touchées par la perte neuronale : les corps de Lewy (Dujardin et Defebvre, 2011).

1.4. Sémiologie selon les stades évolutifs de la maladie

La phase prodromale

Cette phase est marquée par l'apparition de signes non spécifiques, sans atteinte motrice, et peut durer de nombreuses années. Tout d'abord, une perte de l'odorat peut être constatée, similaire à celle retrouvée dans la maladie d'Alzheimer, du fait de l'atteinte du noyau du nerf I (nerf olfactif). Des troubles du sommeil, comme les troubles du comportement en sommeil paradoxal ou les insomnies, des troubles psychiques (anxiété, troubles de l'humeur, apathie) peuvent se développer également. Des signes dysautonomiques apparaissent : les fonctions digestives, cardiovasculaires, vésico-sphinctériennes et respiratoires se détériorent de manière variable. Les signes non-moteurs sont donc présents de manière précoce et croissent avec l'avancée de la maladie, détériorant ainsi la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie de Parkinson et de leur entourage.

La phase diagnostique

Les symptômes cliniques permettant de poser le diagnostic de la maladie de Parkinson apparaissent de manière insidieuse. Il s'agit de la « triade parkinsonienne », c'est-à-dire la bradykinésie associée à un tremblement de repos et/ou une rigidité :

- La bradykinésie fait partie d'un syndrome akinétohypertonique général. Elle correspond à un ralentissement de la réalisation d'un mouvement. La réduction de l'amplitude et les troubles d'initiation de celui-ci, appelés respectivement hypokinésie et akinésie, sont également observés de manière inaugurale. Ces troubles peuvent toucher des mouvements volontaires, comme l'écriture entraînant ainsi une micrographie, ou des mouvements automatiques comme les mimiques faciales ou le ballant des bras à la marche.
- Le tremblement de repos correspond tout d'abord à une sensation interne puis devient visible. Il est unilatéral et touche préférentiellement les extrémités et la région péri et endo-buccale. Le tremblement est présent lors du relâchement musculaire et disparaît lors de l'initiation d'un mouvement et du sommeil. Il est aggravé par le stress et les émotions.
- La rigidité est, elle aussi, asymétrique et prédomine au niveau des groupes musculaires fléchisseurs. Elle se traduit par une hypertonie musculaire, notamment lors de la mobilisation, et est nommée rigidité « en tuyau de plomb » lorsque le groupe musculaire garde la configuration qu'il avait pour le dernier mouvement effectué. Un phénomène de « roue dentée » est observé lorsque le segment musculaire cède à la mobilisation et qu'il est sujet au tremblement, il se fléchit alors par à-coups.

Cette triade parkinsonienne est accompagnée de discrets troubles de la marche, se caractérisant par une marche à petits pas et une décomposition du demi-tour.

La phase de « lune de miel »

Elle correspond à la phase où les symptômes de la maladie sont bien maîtrisés par la prise du traitement par Lévodopa. Les patients éprouvent peu de difficultés dans leur vie quotidienne. Cette phase se rapporte au stade 1 et 2 de l'échelle de Hoehn Yahr, qui est l'échelle d'évaluation de l'évolution de la maladie de Parkinson la plus utilisée. Elle permet une évaluation globale, allant du stade 1 (maladie unilatérale) au stade 5 (patient grabataire), et fait aujourd'hui partie de l'Echelle d'évaluation unifiée pour la maladie de Parkinson (UPDRS).

Stade 1	Maladie unilatérale
Stade 1,5	Maladie unilatérale avec atteinte axiale
Stade 2	Maladie bilatérale sans trouble de l'équilibre
Stade 2,5	Maladie bilatérale légère avec retentissement lors du test de la poussée
Stade 3	Maladie bilatérale légère à modérée, certaine instabilité posturale, physiquement autonome
Stade 4	Handicap sévère, toujours capable de marcher ou de se tenir debout sans aide
Stade 4	Malade en chaise roulante ou alité, n'est plus autonome

Figure 1 : Stades de Hoehn et Yahr (Krystkowiak, 2015)

La phase des fluctuations motrices

Elle débute lorsque les symptômes parkinsoniens commencent à ne plus être dopasensibles. Les patients connaissent donc, au décours de la journée, des périodes dites « on » où les signes de la maladie sont maîtrisés par le traitement, et des périodes « off » avec une réapparition des signes moteurs, voire une majoration de ceux-ci et l'apparition de dyskinésies. Les troubles axiaux, tels que les troubles de la posture, de la marche, se développent. Des difficultés cognitives émergent également, se traduisant par une baisse attentionnelle et un syndrome dysexécutif. Cette phase marque l'entrée du patient dans le stade 3 voire 4 de l'échelle de Hoehn et Yahr. Des fluctuations non-motrices peuvent également apparaître en période « off » : en effet, des fluctuations mentales, dysautonomiques et sensitivo-douloureuses vont être observées. Elles se traduisent notamment par des troubles respiratoires et des troubles sensitifs. Ces derniers peuvent être de type dystonique, musculo-squelettique, neuropathique, akathisque ou encore radiculaire.

L'apparition des signes tardifs

Des épisodes de festination et de freezing, qui sont des troubles de la marche paroxystiques, apparaissent à ce stade. La festination est définie comme une augmentation de la vitesse de la marche et une baisse d'amplitude des pas réalisés. Le patient semble poursuivre son centre de gravité. Le freezing se caractérise en revanche par un arrêt total de la marche, de manière involontaire. La prévalence de ces deux phénomènes est plus importante lors des périodes de « off ». Les troubles de la posture et l'instabilité posturale s'aggravent : des troubles comme la camptocornie, qui se caractérise par une flexion du buste lorsque le sujet est debout, ou encore la scoliose se développent. De plus, les patients perdent

leur capacité d'adaptation de la posture, entraînant des chutes dont les conséquences influencent négativement leur état général. Les troubles de la parole, présents précocement mais non pris en compte, progressent à ce stade (leur sémiologie sera développée dans la partie suivante). La déglutition devient, elle aussi, perturbée : le temps de déglutition augmente alors que les différents réflexes diminuent, participant à la formation de stases dans la cavité buccale et les sinus piriformes. Cela a pour conséquence d'augmenter le risque de fausses routes et de pneumopathie d'inhalation.

La dernière phase

Elle correspond au stade 5 de l'échelle de Hoehn et Yahr. Les personnes atteintes de la maladie de Parkinson deviennent à ce stade totalement dépendantes. La marche devenant impossible, l'utilisation d'un fauteuil roulant ou l'alitement, ainsi que l'adaptation de leur lieu de vie deviennent nécessaires (Viallet et al., 2010; Krystkowiak, 2015; Moreau et Defebvre, 2015; L. Defebvre, 2017; Azulay, Witjas, et Eusebio, 2017). Le stade 5 de la maladie de Parkinson est en moyenne atteint 14 ans après la pose du diagnostic (Ziegler, 2006).

2. La communication

2.1. Définitions

2.1.1. Définition générale

Dans le *Dictionnaire d'orthophonie*, la communication est définie comme « tout moyen verbal ou non verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments, avec un autre individu ». Le langage est caractérisé par cinq critères :

- La sémantité : chaque signe a une signification.
- L'interchangeabilité : il existe des signes qui ont le même sens et qui sont interchangeables.
- Le déplacement : des objets non présents peuvent être représentés par des signes.
- L'ouverture : le sens des signes peut varier selon le contexte d'émission.
- La prévarication : lorsqu'un signe linguistique n'est pas utilisé, son absence peut avoir une signification à part entière.

Le langage peut reposer sur des unités non verbales comme les gestes, ou verbales émises en modalité orale ou écrite (Brin-Henry et al., 2011).

2.1.2. Définition de la communication dans la théorie interactionniste

Selon la théorie interactionniste, la communication orale peut se définir selon quatre axes :

- 1) L'émission et la réception du message verbal sont étroitement liées : elles se déterminent et se commandent mutuellement. Elles entraînent toutes les deux des opérations interprétatives.
- 2) La communication n'est pas linéaire : l'émission et la réception sont des opérations à la fois successives et simultanées. Les deux acteurs d'une interaction peuvent anticiper et rétroagir. L'émetteur du message verbal va, par exemple, anticiper son propos en fonction de son but, et le récepteur anticiper les prochains propos qui vont être émis.

La rétroaction est également possible, en revenant sur l'interprétation d'anciennes paroles en fonction de celles qui viennent d'être émises ou en reformulant son propos quand l'interlocuteur ne semble pas avoir compris.

- 3) L'émetteur et le récepteur participent activement à l'interaction : si le récepteur n'a quasiment pas d'activité verbale pendant que l'émetteur produit son message, son corps, sa mimique et ses gestes s'expriment en continu. Une interaction est donc construite par deux individus qui émettent et reçoivent en même temps.
- 4) Les deux individus acteurs de l'interaction doivent élaborer un code commun, fait d'informations implicites et explicites permettant de construire du sens : un malentendu peut émerger d'une incompréhension du code par l'un ou l'autre des actants.

Nous verrons ultérieurement en quoi la communication de la personne porteuse de la maladie de Parkinson est atteinte dans toutes ces composantes.

Pour finir, les interactions sont ainsi composées d'unités linguistiques et non-linguistiques porteuses de sens. Par exemple, parmi les signes vocaux et acoustiques sont présentes les unités verbales comme la phonologie, le lexique et la morphosyntaxe, mais aussi des unités paraverbales telles que la prosodie et les paramètres de la voix comme l'intonation, les pauses, ou encore le débit. De même, les signes corporels visuels ont un rôle pour donner un sens à l'interaction : l'apparence physique du locuteur, son attitude et ses postures (appelés signes « cinétiques lents »), ainsi que les regards, les gestes et les mimiques (appelés signes « cinétiques rapides »). La communication est donc composée de plusieurs canaux complémentaires. Les unités paraverbales, non-verbales et verbales sont assimilées les unes aux autres pour permettre un meilleur traitement de l'information pendant les interactions (Kerbrat-Orecchioni, 1990).

2.2. La communication verbale

2.2.1. Aspect organisationnel

Les interactions sont organisées en un système de tours de parole, en effet, chaque interlocuteur intervient chacun son tour. Ce système répond à trois règles :

- La personne ayant la parole sélectionne le prochain locuteur par le biais d'unités linguistiques (morphèmes, syntaxe) ou non-linguistiques (posture, regard, mimique).
- Si elle ne sélectionne pas d'interlocuteur, alors quelqu'un peut s'auto-sélectionner en répondant le premier aux propos récemment émis.
- Si elle ne sélectionne pas d'interlocuteur et que personne ne s'auto-sélectionne alors elle garde son tour de parole et peut continuer.

Ce sont ces règles qui permettent aux interlocuteurs de ne pas prendre la parole en même temps ou de ne pas laisser trop de silences entre les interventions de chacun. Un morphème, un énoncé simple ou complexe, ou un syntagme nominal peuvent former un tour de parole. Lorsque le locuteur a fini son tour, il effectue une transition. Chaque actant de l'interaction peut manifester son intérêt pour les propos de l'autre en effectuant non pas des "tours pleins" mais des "régulateurs" : il s'agit d'énoncés brefs comme "hum" ou "oui", sans qu'il approfondisse le thème ou le change. Ces énoncés régulateurs peuvent être produits en chevauchement. La difficulté à instaurer un système de tour fonctionnel accroît avec le nombre d'interlocuteurs qui participent à l'interaction (Traverso, 2007). Il arrive donc que l'alternance des tours connaisse

des difficultés. Par exemple quand le locuteur comprend tardivement ou trop précocement les signaux de transition de celui qui détient la parole. Il peut alors se produire un phénomène appelé "chevauchement". Cela peut avoir lieu du fait d'une interruption délibérée et donc d'une violation du système de tours, d'une anticipation de la fin du tour de parole ou de la production d'un énoncé pouvant ressembler à une transition alors que le locuteur souhaite poursuivre son tour de parole. Si les chevauchements arrivent de manière naturelle dans une interaction, ils ne doivent pas être trop fréquents pour autant (Kerbrat-Orecchioni, 1990).

2.2.2. La pragmatique

La pragmatique est un courant regroupant les études concernant le domaine de la communicabilité. La pragmatique du langage se définit comme « l'étude des différents aspects du langage articulé et non-articulé » (Longhi et Sarfati, 2011). Les actes de langage, la cohérence du discours ainsi que le langage littéral et non-littéral font partie des éléments qui la composent.

Les actes de langage

Les énoncés d'un interlocuteur peuvent être décrits à l'aide de ce que SEARLE a appelé « les actes de langage ». Il en existe quatre, qui sont complémentaires les uns des autres :

- Les actes d'énonciation : ils caractérisent tout énoncé constitué d'un ou plusieurs morphèmes prononcé par un locuteur.
- Les actes propositionnels : ils concernent, quant à eux, les énoncés où sont présents des éléments de référence et de prédication. Les références ou les expressions référentielles sont des éléments qui permettent de distinguer un objet ou une personne en particulier, sur lequel le locuteur a quelque chose à énoncer. La prédication est définie comme des locutions non universelles, qui sont dites exactes ou inexactes concernant un objet.
- Les actes illocutionnaires désignent les énoncés produits lorsqu'une personne affirme, questionne, ordonne, ou encore promet. Il existe de nombreux verbes qui correspondent aux actes illocutionnaires.
- Les actes perlocutionnaires peuvent être considérés comme la conséquence des actes illocutionnaires : l'interlocuteur est persuadé, effrayé, ou encore inspiré par les précédents propos. Les actes de langage sont énoncés dans des énoncés qui peuvent avoir différentes valeurs selon la situation, le contexte et les intentions des participants de l'interaction (Searle, 1972).

La cohérence du discours

Le discours se définit comme « la mise en œuvre effective par le locuteur d'un ensemble de signes, socialement institués, mis à sa disposition pour l'expression de sa pensée » (Longhi et Sarfati, 2011). La notion de discours intervient lors de la production successive de deux énoncés ou plus par un ou plusieurs émetteurs. Il se traduit donc par une continuité des productions linguistiques et non-linguistiques comme les pauses et les indices mimo-gestuels. Cet ensemble d'actions possède une signification que l'interlocuteur va essayer de comprendre, en s'appuyant sur le rapport de sens reliant les énoncés produits et rendant leur enchaînement cohérent. La cohérence s'élabore grâce aux connaissances communes des interlocuteurs concernant l'objet de l'énoncé et la raison de sa production.

Pour interpréter l'énoncé, le destinataire du message doit faire appel à des hypothèses contextuelles comme la situation d'énonciation ou la connaissance des objets et événements mentionnés. Le processus inférentiel nécessaire à l'interprétation est un processus inconscient car les liens de cohérence causale sont faciles à établir. Lorsque ce n'est pas le cas, il devient conscient et soit l'interlocuteur décide de trouver une autre interprétation, soit il renonce à comprendre ce qui vient d'être énoncé.

Il existe dans le discours des marques de cohésion qui permettent une meilleure élaboration d'une interprétation cohérente. Ces marques sont de deux types. Tout d'abord les marques de connexion, qui rattachent les différents constituants et influent sur le thème du discours. Parmi elles se trouvent les connecteurs comme « mais », « et », ou encore « car », et les anaphores comme les pronoms. Ensuite, les marques d'indexation qui permettent le regroupement d'informations arrivantes et n'influent pas sur le thème du discours. Les constituants adverbiaux cadratifs antéposés comme les syntagmes prépositionnels spatiaux, par exemple, permettent la mise en exergue d'un critère sémantique (Charolles, 2011).

Le langage littéral et non-littéral

Le sens littéral d'un énoncé ne se limite pas au contenu brut d'un énoncé, il est influencé par l'intention illocutionnaire de son émetteur. La signification se construit avec les connaissances partagées des interlocuteurs en termes de conventions et de données contextuelles. Toute interaction est teintée d'un sens explicite et d'un sens implicite. Une inférence est « l'opération logique de mise en relation de données énoncées, contextuelles et pragmatiques, afin de construire une signification ». Lorsqu'une personne infère, elle déduit, calcule et interprète ce qui a été énoncé verbalement et non-verbalement. L'inférence est donc un aspect essentiel des interactions langagières (Blanchet, 1995). Pour finir, le langage non-littéral regroupe l'ironie, l'humour, le langage indirect, les métaphores ou encore les inférences, par exemple. Sa compréhension demande plus de traitement cognitif que la compréhension du langage littéral (Vachon-Joannette et al., 2013).

2.3. La communication non-verbale

2.3.1. La prosodie

Si l'information segmentale de la parole est constitué de phonèmes qui forment des unités sémantiques, l'information suprasegmentale est, elle, portée par la prosodie. Celle-ci existe dans toutes les langues et fait partie du langage primitif de l'être humain. Elle est composé de trois éléments objectifs : la fréquence de vibration des cordes vocales, aussi appelée fréquence fondamentale (F0), l'intensité et la durée de l'émission vocale. Ces trois paramètres se superposent aux traits phonologiques des phonèmes. La sensation auditive de la fréquence correspond à la mélodie de la parole. La variation du fondamental constitue l'intonation, qui est la structure prosodique permettant l'organisation de l'information sémantique et syntaxique du discours avec le rythme et l'accentuation. Ensuite, l'intensité se définit comme le volume sonore et la sonie est la perception auditive de cette intensité. L'accentuation permet de mettre en exergue des segments de phrase. Pour finir, la durée et le rythme constituent l'organisation temporelle du discours. Il s'agit d'un mouvement répétitif et régulier : cette périodicité et cette structure rythmique sont caractéristiques de la langue. Les pauses rythment le discours et peuvent être de deux types : les pauses silencieuses qui correspondent à une cessation du signal sonore ayant une fonction respiratoire, linguistique

ou expressive, et les pauses sonores qui sont constituées de marques d'hésitation ou d'allongement de certaines syllabes (Teston et Viallet, 2005).

2.3.2. Les aptitudes mimo-gestuelles et les attitudes d'écoute

Lors des interactions verbales entre deux interlocuteurs, la communication est donc multicanale et réciproque. Le « canal kinesthésique », au même titre que le canal verbal joue un rôle dans le contenu sémantique d'un discours et dans son aspect interactionnel.

Tout d'abord, il existe deux sortes de gestes : les gestes déictiques et désignants, et les gestes illustratifs. Un locuteur utilise les premiers lorsqu'il montre dans son environnement les objets qui se rapportent à ses dires afin d'en appuyer le sens. Les gestes illustratifs, quant à eux, consistent à mimer l'action qui est évoquée dans le but de faciliter la représentation qu'en a l'interlocuteur. Cette gestualité, concomitante à l'émission vocale, a donc un rôle dans l'activité discursive.

Ensuite, ils interviennent également au niveau de la régulation de l'interaction : ils ont une fonction coordinatrice. Ils assurent notamment un rôle au niveau de l'alternance des tours de parole comme évoqué précédemment. La gestualité permet ainsi de répondre aux questions du locuteur concernant la bonne réception de son message, l'écoute de l'interlocuteur, la compréhension et les pensées de celui-ci. Les regards et les émissions vocales et kinesthésiques participent à répondre à ces questions.

Pour finir, l'activité mimo-gestuelle permet aux interlocuteurs de ressentir de l'empathie l'un pour l'autre et de s'accorder émotionnellement. Les mimiques faciales sont le support de la qualité des émotions tandis que les postures et autres gestes en montrent l'intensité. Les acteurs d'une interaction réagissent généralement en « miroir » de l'autre : les pleurs ou les rires chez l'un des actants appellent des réactions du même type chez l'autre. Ces phénomènes « d'échoïsation » donnent lieu à une homogénéisation émotionnelle et l'amélioration des inférences concernant l'état affectif d'autrui. Une interaction synchronisée se traduit par de nombreux gestes et mimiques alors qu'une asynchronie se manifeste par une absence de sourire, une inertie des bras et la présence rare de hochements de tête (Cosnier, 1996).

Pour conclure, la communication non-verbale tient une place importante dans les interactions. En effet, nous avons vu que certains paramètres non-verbaux peuvent même les déterminer : le regard de l'interlocuteur prouve son intérêt (ou son désintérêt) pour ce qui vient d'être dit par exemple. Ces indices non-linguistiques permettent la structuration de l'interaction notamment grâce à leur rôle dans la régulation des tours de parole et dans le séquençage de la parole en échange partagé. Les pauses et le débit articulatoire interviennent au niveau syntaxique, tandis que la prosodie ou encore les gestes déictiques permettent un meilleur traitement sémantique et pragmatique de l'information. Les indices non-verbaux participent à la caractérisation biologique, sociale et psychologique de l'interaction. Ils déterminent les relations qui découlent des interactions car ils peuvent être porteurs de jugements et être révélateurs des relations entre les deux actants. Pour finir, ils permettent à ceux-ci de mieux encoder les informations car ils viennent en support du signal oral éphémère (Kerbrat-Orecchioni, 1990).

2.4. L'évaluation de la communication

2.4.1. L'évaluation de la communication chez les patients porteurs de la maladie de Parkinson

Les troubles de la communication chez les personnes porteuses de la maladie de Parkinson peuvent être dépistés par un neurologue grâce à l'utilisation de l'échelle « Movement Disorder Society Unified Parkinson's Disease Rating Scale » (MDS-UPDRS) qui consacre un item à cet aspect. Les troubles sont classés en cinq stades, de 0 (normal) à 5 (sévère : le discours n'est plus intelligible). Le « Parkinson's Disease Questionnaire » (PDQ-39) y dédie également trois items sur trente-neuf. L'orthophoniste peut quant à lui utiliser des outils comme la Batterie d'Evaluation Clinique de la Dysarthrie ou encore l'échelle GRBAS pour quantifier et qualifier le degré de dysarthrie et de dysphonie (Krystkowiak, 2015; Viallet, 2015). Cependant, il n'existe pas à ce jour de bilan orthophonique spécifique afin d'évaluer les interactions sociales chez ces patients (Gentil et al., 2016).

Le questionnaire « Self Assessment of Interactions Disorders » (SAID), élaboré par C. PACE, est, quant à lui, un questionnaire d'auto-évaluation de la communication à destination des personnes atteintes de la maladie de Parkinson. Il est composé de trente-trois items concernant la voix, la parole, l'écriture et les interactions sociales. Ses objectifs sont de cibler les troubles qui entravent le plus la communication du patient de son point de vue, d'observer l'effet des traitements et de mettre en relief ses attentes vis-à-vis d'une prise en charge orthophonique (Pace et al., 2005). Une étude préliminaire a également été entreprise afin de traduire le questionnaire d'autoévaluation de l'impact de la dysarthrie sur la qualité de vie, appelé « Dysarthria Impact Profile ». Ce questionnaire regroupe quarante-et-un items organisés en cinq thématiques : les effets de la dysarthrie sur le ressenti en tant qu'interlocuteur, l'acceptation de la dysarthrie, le ressenti de la personne vis-à-vis des réactions de ses interlocuteurs à son discours, l'impact de la dysarthrie sur la communication et enfin, le rapport entre la dysarthrie et les autres préoccupations ressenties par la personne (Letanneux et al., 2013).

2.4.2. Une méthode d'évaluation de la communication : l'analyse conversationnelle

L'analyse conversationnelle a été élaborée par le sociologue Harvey SACKS, en 1960, afin d'étudier le caractère ordonné des interactions. Cette méthode d'évaluation qualitative s'est développée progressivement et a été utilisée dans de nombreux domaines en plus de la sociologie comme les sciences du langage, la psychologie, les sciences de l'éducation ou encore celles de la communication (Petitjean et Pekarek Doehler, 2017).

L'analyse conversationnelle est donc une méthode d'évaluation issue de la sociologie, qui a pour objet l'étude d'enregistrements de conversations dans un contexte écologique d'interaction entre deux individus. Son principal objectif est d'observer comment les interlocuteurs se comprennent et se répondent mutuellement, et comment s'organise l'interaction. L'enregistrement vidéographique est le plus utilisé car il permet une analyse multimodale. Cet enregistrement est ensuite analysé et les données qu'il contient sont transcrites. Dans le domaine de la santé, l'analyse conversationnelle est une méthode employée auprès des patients présentant des troubles de la communication, par exemple les troubles phasiques d'origine neurologique. Elle est réalisée selon quatre principes :

- L'analyse est induite par les données et les participants : l'analyste ne fait pas intervenir son interprétation ou son jugement mais observe ceux des participants à l'interaction par rapport à l'adéquation et à la pertinence d'un énoncé produit.
- La conversation est ordonnée : elle est organisée grâce à des éléments comme les regards, les pauses, les chevauchements, les gestes, la réparation des bris de l'interaction, le lexique ou encore la syntaxe. Ces éléments doivent donc être pris en compte dans l'analyse de l'interaction.
- Le contexte séquentiel est important : ce contexte est constitué par l'enchaînement des tours de parole.
- L'analyse quantitative doit être pratiquée avec méthode : soit l'analyse porte sur un phénomène particulier pendant plusieurs tours de parole, soit sur les différents phénomènes dans une seule séquence. Il est cependant important de ne pas seulement les compter mais également de les analyser qualitativement dans leur contexte de production car un phénomène observé peut avoir plusieurs fonctions selon le cadre de l'interaction.

De nombreux tests langagiers évaluent les compétences du patient en dehors de sa vie quotidienne et de manière décontextualisée : le langage ne se situe plus dans son contexte interactionnel écologique. L'analyse conversationnelle procure une méthode d'évaluation du langage du patient dans sa dimension réelle et quotidienne, et dans un environnement familier. Elle permet de mettre en évidence les compétences et les inaptitudes du patient et de son interlocuteur (Beeke, Maxim, et Wilkinson, 2007).

L'analyse conversationnelle permet donc d'évaluer l'impact des troubles communicationnels et linguistiques lors d'une conversation écologique et les stratégies de compensation mises en place par les interlocuteurs afin d'y pallier. Cette évaluation qualitative conduit à une observation précise de la coopération des deux locuteurs, celle-ci ayant pour but d'obtenir une conversation qualitative. L'analyse conversationnelle fait donc état des interruptions, de la récupération des informations, du partage du temps de parole et de la gestion des réparations. Elle facilite l'identification des stratégies positives qu'il faudra favoriser et des stratégies contre-productives dont il faudra limiter l'utilisation. Une guidance communicationnelle peut en résulter, à destination de la personne sans trouble de la communication, de celle en ayant ou des deux. Cette méthode d'évaluation de la communication permet également d'observer ce qui semble être le plus invalidant pour le patient et son interlocuteur. Utilisée en pré-rééducation et post-rééducation, elle peut également mesurer les effets d'une rééducation spécifique sur la communication naturelle du patient (De Partz, 2014).

2.4.3. La Grille d'Analyse Clinique de la Communication (GACC)

Cette grille a été créée en 2010 par P. LEOPOLD, dans le cadre de son mémoire de fin d'études, supervisée par C. CROTEAU et A. PEILLON, orthophonistes. Il s'agit d'une grille d'analyse conversationnelle destinée à l'évaluation de la communication des personnes présentant une aphasie consécutive à un Accident Vasculaire Cérébral (AVC). Elle s'inscrit dans une perspective sociale de l'évaluation de la communication. Cette grille a pour objectif de décrire les dysfonctionnements et les compétences de la personne aphasique et de son conjoint, à partir d'enregistrements vidéographiques d'interactions naturelles. Son analyse permet l'élaboration de conseils d'accompagnement à la communication. Elle s'articule autour

de trois grandes parties : les impressions générales concernant l'interaction, les observations détaillées au sujet des aspects temporels ou encore de la gestion des thèmes par exemple et pour finir l'utilisation de moyens de communication non-verbaux. Elle permet de décrire la fréquence d'occurrence de comportements et leur caractère favorable à l'échange grâce à une cotation de un à cinq (Leopold, Croteau, et Peillon, 2010).

3. L'impact de la maladie de Parkinson sur la communication

3.1. Les troubles moteurs induits par la maladie de Parkinson qui entravent la communication

3.1.1. La dysarthrie

La dysarthrie parkinsonienne est qualifiée de dysarthrie « hypokinétique ». Elle résulte principalement de l'atteinte du système nerveux central, puis de celle du système nerveux périphérique, et touche 70 à 90% des patients parkinsoniens. Cependant, ceux-ci n'en ont pas systématiquement conscience du fait d'un déficit proprioceptif (Sabadell et al., 2018). Elle évolue au cours de la maladie et devient rapidement un frein aux interactions sociales. En effet, de nombreux patients évoquent leurs difficultés à s'exprimer dans un environnement bruyant, face à plusieurs interlocuteurs, et à se faire comprendre d'eux, qu'ils soient familiers ou non (Pinto et al., 2010). La dysarthrie parkinsonienne est aussi appelée « dysarthrophonie » ou « dysarthropneumophonie » (Gentil et al., 2016), Elle se caractérise par :

- **Une dysphonie**

La voix est faible et monotone, puis devient inaudible et inintelligible, et ce de manière précoce. Elle est affectée en terme de résonance, elle est rauque, parfois soufflée. La dysphonie parkinsonienne peut être le résultat d'une dysfonction musculaire laryngée se traduisant par un tremblement et une asymétrie des structures du larynx, ainsi qu'une fermeture glottique incomplète. Ces troubles sont retrouvés lors d'une vidéolaryngoscopie chez la plupart des patients porteurs de la maladie de Parkinson et peuvent également entraîner des lésions des plis vocaux (Yüçetürk et al., 2002). La dysphonie touche la voix dans ses paramètres de hauteur, d'intensité et de timbre (Robert et Spezza, 2005).

- **Une dysprosodie**

La prosodie est ainsi touchée et son insuffisance est une marque caractéristique de la maladie de Parkinson, dès le stade initial de la maladie. Sont donc observés une diminution de la variabilité de hauteur et d'intensité, un effacement des accentuations et des troubles du débit et du rythme (Pinto et al., 2010).

- **Un débit variable avec des passages accélérés et une initiation de la parole difficile**

Ces troubles se traduisent par des phénomènes semblables aux palilalies ou au pseudobégaiement. Il est possible de les classer selon trois types :

- Le type 1 : lors de la production d'un énoncé, le patient répète de manière hyperfluente des phonèmes, mots ou phrases. Une diminution du volume sonore et de la qualité de l'articulation est observée, rendant les énoncés progressivement inintelligibles. Ce type peut être assimilé aux palilalies.

- Le type 2 : des répétitions dysfluentes et prolongées de phonèmes, mots ou phrases, sont observées dans le discours du patient, sans altération de l'articulation et du volume sonore. Elles sont similaires à celles retrouvées lors du bégaiement.
- Le type 3 : il s'agit de répétitions qui ne peuvent être classées dans les deux types précédents.

Ces troubles sont plus fréquemment retrouvés chez les patients dont la maladie est au stade avancé, mais ne sont pas corrélés à la présence d'une démence. Les itérations concernent particulièrement les syllabes et les mots, notamment leur amorce, et sont généralement au nombre de deux ou trois. Elles apparaissent lors du langage spontané et de la description d'image. Les trois formes coexistent dans le discours des personnes parkinsoniennes, qui comporte ainsi des épisodes de tachylalie et de bradylalie (Benke et al., 2000). L'accélération du débit chez les personnes présentant la maladie de Parkinson se rapproche du phénomène de festination retrouvé lors de la marche et est aussi appelé tachyphémie paroxystique. De même, les répétitions de type 2, similaires au bégaiement, rappellent le phénomène de freezing (Teston et Viallet, 2005).

- **Une imprécision articulaire**

L'articulation est rendue imprécise par l'akinésie et la rigidité. Celles-ci touchent les organes phonateurs, notamment les lèvres, réduisant ainsi l'amplitude et la vitesse de leurs mouvements. Les consonnes occlusives sont particulièrement touchées par ces altérations, de même que les constrictives et les fricatives, du fait de la baisse de la pression intra-orale. L'articulation est également dégradée notamment en termes de contrôle du voisement, les consonnes sourdes deviennent voisées, et de durée, la durée des voyelles étant variable (Fillatre et Pinto, 2008).

3.1.2. Les troubles de la déglutition

La perte de la capacité de contrôle de la salive, entraînant son accumulation dans la cavité buccale, est un trouble fréquent dans la symptomatologie de la maladie de Parkinson à un stade avancé. Alors qu'il a été prouvé que les personnes porteuses de la maladie de Parkinson produisent moins de salive que les personnes saines, la plainte concernant un bavage nocturne puis diurne est souvent rapportée par les patients. La dysphagie, influant notamment sur le premier temps de la déglutition, entraîne une stase salivaire importante dans l'oropharynx. Le bavage est ensuite favorisé par la mauvaise fermeture du sphincter labial et des troubles posturaux fréquemment retrouvés dans la maladie de Parkinson, comme la cyphose dorsale ou encore l'antécolis. L'accumulation de salive dans la cavité buccale et sa fuite par le sphincter labial représentent une gêne sociale importante et peuvent entraîner une stigmatisation de la personne parkinsonienne (Basille-Fantinato et Krystkowiak, 2010). Elles contribuent à réduire les habiletés communicationnelles du patient et les opportunités d'échanges sociaux (Ziegler, 2006).

3.1.3. Les troubles de la gestuelle faciale

La communication des personnes atteintes de la maladie de Parkinson est entravée par l'akinésie et notamment son impact sur la gestuelle faciale. Les patients ont souvent le visage figé, hypomimique voire amimique, et le clignement palpébral devient rare. Ces troubles gênent l'expression non-verbale des émotions, qu'elles soient présentes pour appuyer le discours de la personne parkinsonienne ou pour répondre aux propos de son interlocuteur.

Cela peut entraîner des réactions négatives, le patient pouvant paraître inhibé, introverti et peu concerné par la conversation. Ce manque de mobilité faciale touche particulièrement les mimiques automatiques qui contribuent à la communication non-verbale (Pace et al., 2005 ; Gentil et al., 2016).

3.2. Les troubles cognitifs induits par la maladie de Parkinson qui majorent les difficultés communicationnelles

3.2.1. Les troubles dépressifs

Le diagnostic de dépression est difficile à poser car il existe des symptômes communs entre la maladie de Parkinson et ce trouble psychique. Les principaux symptômes qui permettent de poser le diagnostic différentiel sont la tristesse de l'humeur et les « distorsions cognitives dépressives » comme l'anxiété ou encore les idées suicidaires par exemple. La prévalence de la dépression chez les patients parkinsoniens est d'environ 17% et elle peut précéder l'apparition des symptômes moteurs (G. Robert et Fénelon, 2015). En comparaison, la prévalence des troubles dépressifs dans la population générale était de 0,93% en 2012 (Fond et al., 2019). Chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson, ces troubles entraînent un repli social et un manque d'appétence à la communication (Pace et al., 2005).

3.2.2. Le déficit de perception des informations sensorielles

Les personnes atteintes de la maladie de Parkinson présentent un déficit de traitement des informations sensorielles et proprioceptives. Ce déficit entraîne des difficultés de calibrage des mouvements de la sphère oro-faciale, du conduit vocal, de la sphère laryngée et de la musculature respiratoire. Ainsi, une réduction de l'intensité vocale est observée dans la dysarthrie hypokinétique car les personnes parkinsoniennes perçoivent leur production comme étant d'une intensité normale alors qu'elle est faible en réalité. Ce déficit de perception des informations sensorielles a également un impact concernant les aspects articulatoires et prosodiques (Pinto et al., 2010).

3.2.3. Le déficit de compréhension

Les personnes porteuses de la maladie de Parkinson présentent un déficit de compréhension au niveau :

- Du langage non-littéral : ce déficit a été observé lors d'épreuves de compréhension de métaphores nouvelles et idiomatiques, et a été mis en lien avec un trouble de la théorie de l'esprit. Il a été observé en l'absence de démence (Vachon-Joannette et al., 2013).
- De la théorie de l'esprit : cette théorie permet l'attribution des états mentaux à autrui et comprend deux aspects : la dimension cognitive au travers des connaissances et croyances du sujet ; la dimension affective en rapport avec ses émotions et ressentis. Il s'avère que les personnes atteintes de la maladie de Parkinson présentent des déficits au niveau des deux dimensions, avec une apparition plus précoce et plus sévère concernant la théorie de l'esprit cognitive. Ces difficultés sont corrélées à des troubles des fonctions exécutives et particulièrement de la mémoire de travail. Elles peuvent s'expliquer par l'atteinte des régions cérébrales dorsolatérales, siège de ces fonctions. De plus, les troubles concernant la théorie de l'esprit affective ont un impact sur la qualité de vie des patients et leurs interactions sociales (Fortier, Besnard, et Allain, 2016 ; Lardenois, Besnard, et Allain, 2018).

- Du traitement des verbes et des phrases syntaxiquement complexes : il s'agit d'une difficulté particulièrement repérée par les proches des personnes atteintes de la maladie de Parkinson. Ces troubles sont fréquents, ont un impact sur les interactions au quotidien et sont décrits sans déficit cognitif significatif (Wolff et Bengé, 2019). Les personnes aphasiques et celles atteintes de la maladie de Parkinson adoptent des stratégies équivalentes en cas de difficultés à comprendre leur partenaire (Saldert et Bauer, 2017).
- De la reconnaissance des mimiques faciales : les personnes parkinsoniennes semblent éprouver plus de difficultés à reconnaître la tristesse, la peur et la colère lors de tâches d'étiquetage émotionnel que le groupe contrôle. En effet, il s'avère que la reconnaissance des émotions négatives est plus difficile que la reconnaissance des émotions positives, tant au niveau des mimiques que de la prosodie. Ces résultats ne sont ni en rapport avec l'apparition d'une démence ni avec l'importance d'un syndrome dépressif associé. Ces déficits ont un impact sur la vie quotidienne des personnes atteintes de la maladie de Parkinson (Narme et al., 2013 ; De Risi et al., 2017).

3.2.4. L'anomie

Les troubles sémantiques, caractérisés par une anomie, sont fréquemment retrouvés dans le langage des personnes porteuses de la maladie de Parkinson. Ils peuvent être à l'origine de difficultés à fournir les informations essentielles à l'interlocuteur, de paraphrasies ou encore d'utilisation de mots ou de phrases atypiques. Afin de compenser ces troubles, les personnes parkinsoniennes peuvent être amenés à simplifier la syntaxe de leurs productions au détriment de leur sens (Saldert et Bauer, 2017). Les tâches de fluence sémantique sont plus altérées que celles de fluence phonologique, ce qui évoque un trouble de l'accès aux structures sémantiques auquel s'ajoutent des difficultés exécutives (Wolff et Bengé, 2019).

3.3. L'impact de la maladie de Parkinson sur la qualité de vie du patient et de son entourage

La maladie de Parkinson a un impact sur la qualité de vie de la personne qui en est atteinte mais également sur celle de son conjoint. En effet, les troubles moteurs, cognitifs et langagiers entraînent une limitation de la communication et un déséquilibre dans la vie familiale. L'annonce du diagnostic est souvent un grand traumatisme car cette maladie est synonyme de limitation progressive des activités de la vie quotidienne et de perte d'autonomie. Les troubles langagiers provoquent parfois l'agacement de l'entourage du patient, et la mise en place de comportements négatifs comme la prise de parole alors que la personne atteinte de la maladie de Parkinson n'avait pas fini sa phrase. Il existe également une modification des rapports au sein du couple, la maladie pouvant être le seul sujet de communication. La crainte du regard et du jugement d'autrui occasionne souvent un repli social et familial, diminuant les opportunités langagières et sociales. Cette crainte et ce repli sont dus à la lenteur de compréhension et d'expression du patient, ainsi qu'à son visage souvent figé, sa voix monotone et ses autres troubles moteurs. Des conjoints expriment le souhait de la mise en place d'un programme d'information et de soutien afin d'avoir une guidance concernant le comportement à avoir face aux personnes atteintes de la maladie de Parkinson (Dressen et al., 2007). Ainsi, les troubles langagiers rendent plus difficiles les interactions de ces personnes avec leur famille, leurs amis et d'autres interlocuteurs, et ce sont les troubles de la compréhension qui peuvent être le plus relevés par leur entourage (Wolff et Bengé, 2019).

L'étude COMPAS, réalisée en 2001 par l'association France Parkinson et les laboratoires Novartis, a pour but de démontrer le rôle des conjoints dans la prise en charge des patients atteints de la maladie de Parkinson et l'impact de cette maladie sur leur qualité de vie. Il apparaît que les conjoints consacrent de nombreuses heures journalières à aider le patient dans ses activités de la vie quotidienne après la phase dite de « Lune de miel » : ils sont donc une véritable « clé de voûte » de la prise en charge de leur conjoint. Afin que celle-ci soit la plus efficace possible, il est donc nécessaire qu'elle soit interdisciplinaire et que des temps de communication entre les professionnels soient organisés, mais également entre les professionnels, le patient et les proches. Ces entretiens avec le patient et les proches permettent de donner des informations concernant la maladie, son pronostic et ses symptômes apparentés, mais également d'adapter la prise en charge à leurs besoins et leurs préférences (Vanderheyden, 2010).

2. Problématique et hypothèses

1. Problématique

Comme nous l'avons évoqué dans le premier temps de la partie théorique, la maladie de Parkinson est la deuxième maladie neurodégénérative la plus fréquente en France après la maladie d'Alzheimer (Sabadell et al., 2018). Elle est due à la dégénérescence des voies dopaminergiques nigro-striées situées dans les aires motrices corticales (Derkinderen et Damier, 2015). Les symptômes principaux, appelés « triade parkinsonienne », sont la bradykinésie, les tremblements de repos et la rigidité (Defebvre, 2017). Cette triade est à l'origine de troubles de la marche, de l'écriture, de la motricité oro-faciale de la déglutition, mais aussi de troubles non-moteurs tels que la dysautonomie, les troubles sensitifs, psychiques et cognitifs (Azulay, Witjas, et Eusebio, 2017). La prise en soin médicale et paramédicale est donc nécessairement interdisciplinaire. Le suivi orthophonique est ainsi préconisé de manière précoce (HAS, 2016). Cependant, en 2012, seuls 15% d'une cohorte de 1835 patients étaient suivis en orthophonie (Hassan et al., 2012).

Dans une deuxième partie, nous avons abordé la définition de la communication et des éléments qui la composent. Dans le *Dictionnaire d'Orthophonie*, la communication est définie comme les moyens verbaux et non-verbaux mis en place par les interlocuteurs pour échanger des informations et des ressentis (Brin-Henry et al., 2011). L'évaluation de la communication des personnes atteintes par la maladie de Parkinson est possible grâce à l'utilisation par le neurologue d'une échelle appelée « Movement Disorder Society Unified Parkinson's Disease Rating Scale » (MDS-UPDRS), qui consacre un item au dépistage de ces troubles. Il est possible pour l'orthophoniste d'utiliser la Batterie d'Evaluation Clinique de la Dysarthrie et l'échelle GRBAS pour quantifier le degré de la dysarthrie parkinsonienne (Viallet, 2015; Krystkowiak, 2015). En revanche, il n'existe pas de bilan orthophonique concernant les interactions sociales des patients porteurs de la maladie de Parkinson (Gentil et al., 2016). L'un des moyens pour évaluer ces interactions est l'analyse conversationnelle. Nous avons évoqué l'efficacité de cette méthode pour évaluer l'impact des troubles de la communication de manière écologique et pour mettre en relief les stratégies positives et contre-productives mises en place par le patient et son entourage lors d'un accompagnement communicationnel (De Partz, 2014). Une grille d'analyse conversationnelle permettant d'évaluer les interactions sociales des personnes aphasiques après un Accident Vasculaire Cérébral a été élaborée en 2010 par P. LEOPOLD dans le cadre de son mémoire de fin d'études : la Grille d'Analyse Clinique Conversationnelle – Aphasie (GACC-A) (Leopold, Croteau, et Peillon, 2010).

Un outil d'évaluation des interactions sociales de la personne atteinte de la maladie de Parkinson pourrait être très utile car l'impact de cette maladie sur la communication est important. En effet, comme nous l'avons décrit dans une dernière partie, les troubles moteurs entraînent l'apparition d'une dysarthrie évoluant progressivement et se traduisant par des troubles articulatoires, prosodiques et de la fluence (Pinto et al., 2010). Les difficultés de la déglutition contribuent également à réduire les interactions sociales des personnes atteintes de la maladie de Parkinson et les troubles de la gestuelle faciale nuisent à la communication non-verbale (Ziéglér, 2006; Gentil et al., 2016). Pour finir, les troubles cognitifs présents dans cette maladie, avant l'apparition d'une démence, contribuent également au repli social de ces patients et à la perte d'appétence à la communication : les états dépressifs, les déficits de perception des informations sensorielles, les difficultés de compréhension du langage non-littéral, de la théorie de l'esprit et des mimiques faciales ont un impact quotidien (Pace et al.,

2005 ; Pinto et al., 2010 ; De Risi et al., 2017 ; Lardenois, Besnard, et Allain, 2018). La maladie de Parkinson a des répercussions sur la qualité de vie de la personne qui en est atteinte mais également sur celle de son entourage : elle entraîne un repli social important. Les proches sont souvent demandeurs de conseils concernant les comportements à avoir pour faire face aux difficultés grandissantes de la personne atteinte de la maladie de Parkinson (Dressen et al., 2007).

La maladie de Parkinson est donc une maladie chronique qui nécessite une prise en soins orthophonique globale, adaptée aux besoins et aux attentes du patient et de son entourage. Cette individualisation de la rééducation est possible grâce à un bilan orthophonique permettant d'évaluer en détail les compétences et difficultés du patient et de ses proches. Mais comment évaluer de manière précise les interactions entre une personne atteinte de la maladie de Parkinson et un interlocuteur ? Une grille d'analyse conversationnelle serait-elle adaptée à la clinique des orthophonistes en salariat ou en libéral et à ses contraintes ? Serait-elle rapide de passation et reproductible ?

L'objectif de ce mémoire est donc de répondre à l'interrogation suivante : l'adaptation et l'utilisation d'une grille d'analyse conversationnelle permettent-elles une évaluation exhaustive des interactions entre une personne atteinte de la maladie de Parkinson et un interlocuteur ?

2. Hypothèses

2.1. Hypothèse générale

Notre hypothèse est la suivante : l'adaptation et l'utilisation d'une grille d'analyse conversationnelle permettent de décrire les compétences et les dysfonctionnements présents pendant les interactions entre une personne atteinte de la maladie de Parkinson et un interlocuteur habituel.

2.2. Hypothèses secondaires

- Hypothèse 1 : La Grille d'Analyse Clinique de la Conversation – Aphasie (GACC-A) peut devenir un outil pertinent pour l'analyse des interactions entre une personne porteuse de la maladie de Parkinson et un interlocuteur habituel, après une adaptation aux difficultés induites par cette maladie.
- Hypothèse 2 : L'outil adapté présente également un temps d'analyse réduit et une prise en main facile afin de répondre aux contraintes temporelles de la clinique orthophonique en libéral ou en institution.
- Hypothèse 3 : L'analyse de la grille d'analyse conversationnelle permet l'élaboration d'un profil de communication, oriente les conseils d'accompagnement communicationnel et le développement d'axes rééducatifs portés sur des éléments de communication.
- Hypothèse 4 : Une fois adapté, cet outil présente une bonne corrélation entre les cotations de plusieurs juges à partir d'un même échange filmé.

3. Méthodologie

1. Population

1.1. Nombre de participants

Trois dyades composées d'une personne ayant la maladie de Parkinson et d'un proche se sont portées volontaires pour participer à cette étude en envoyant deux vidéos minimum d'elles en situation de conversation :

	Initiales	Date de naissance	Domaine professionnel	Année de diagnostic de la maladie	Nombre de vidéos envoyées
Dyade A (amis)	ZC	67 ans	Retraité (finances)	2004	3
	CD	71 ans	Retraité (santé)		
Dyade B (conjoints)	CE	70 ans	Retraité (commerce)	2005	2
	NI	57 ans	En recherche d'emploi (santé)		
Dyade C (conjoints)	HU	63 ans	Retraité (sécurité)	2006	2
	HU	61 ans	Retraitee (santé)		

Tableau 1 : informations relatives aux volontaires

Sept orthophonistes ont accepté de tester la GACC-MP en cotant l'échange filmé de l'une des dyades et en répondant à un questionnaire au sujet de la grille. Elles seront désignées par un chiffre de 1 à 7 dans ce mémoire.

Orthophoniste	Lieu d'exercice	Connaissance théoriques et cliniques de la maladie de Parkinson
1	Service de neurologie et de Médecine Physique et Réadaptation (MPR)	Oui
2	Service de neurologie	Oui
3	Cabinet libéral	Oui
4	Cabinet libéral	Oui
5	Cabinet libéral et Centre de Rééducation Fonctionnelle (CRF)	Oui
6	Service de Soins de Suite et Réadaptation (SSR)	Oui
7	Centre de Recherche Interdisciplinaire en Réadaptation (CRIR)	Oui

Tableau 2 : Informations relatives aux orthophonistes volontaires

1.2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion : toute dyade dont l'un des membres est porteur de la maladie de Parkinson idiopathique, vivant à domicile et ayant pour langue maternelle le français. Le deuxième membre de la dyade doit être un interlocuteur fréquent de la personne porteuse de la maladie de Parkinson.

Critères d'exclusion : les dyades dont l'un des membres est porteur d'un trouble sensoriel sévère (auditif et visuel), d'une démence, de troubles cognitifs majeurs ou de troubles sévères de la compréhension (post Accident Vasculaire Cérébral par exemple) pouvant altérer la communication.

1.3. Mode de recrutement

1.3.1. Les dyades

Les volontaires ont été recrutés par le biais de l'association France Parkinson et de l'Association des Parkinsoniens d'Ille et Vilaine (APIV). Une lettre a été transmise aux comités de ces associations. Elle présentait l'objet de ce mémoire et exposait la nécessité de la participation de volontaires afin de tester la grille après son adaptation (annexe 1, annexe 1.1). Ces personnes ont ensuite pris contact avec nous par téléphone ou par mail, de leur propre chef.

1.3.2. Les orthophonistes

Les orthophonistes ont été contactés par mail, par téléphone ou via des groupes Facebook®. Le critère pour participer à l'étude était d'avoir déjà pris en charge des patients

atteints de la maladie de Parkinson. Au total, sept orthophonistes ont accepté de tester la GACC-MP à partir d'une vidéo et de remplir le questionnaire au sujet de la grille.

2. Matériel

2.1. Enregistrements vidéo

Les consignes concernant les enregistrements vidéo ont été transmises par mail aux participants (annexe 2), accompagnées d'un document de consentement (annexe 3). Il s'agissait de réaliser une conversation duelle avec un thème imposé, filmée en cadrage buste, d'une durée de cinq minutes minimum. Le moment de la journée où la vidéo était réalisée était libre. Il était demandé aux participants de ne consulter le document avec les thèmes de conversation qu'au moment de filmer, afin qu'ils ne préparent pas leur discours. Les thèmes ont été choisis dans deux catégories, avec les recommandations de Claire Croteau, auteure de la grille initiale :

- Les thèmes touchant la vie quotidienne des participants :
 - o « Discutez de vos passions communes ou individuelles »
 - o « Discutez de vos plus beaux souvenirs de vacances (destination, loisirs) »
- Les thèmes permettant de débattre :
 - o « Vous gagnez 100 000 euros au loto, que faites-vous avec cet argent ? »
 - o « Que pensez-vous de l'utilisation de la technologie et de son évolution au fil des années ? »

Les participants devaient ensuite envoyer les vidéos via les plateformes WeTransfer© ou Smash© avec les informations suivantes : la date de la vidéo, le moment de la conversation, le prénom de la personne atteinte de la maladie de Parkinson, sa dernière prise du traitement, son état de fatigue, le prénom du partenaire de communication et son lien avec l'autre personne. Ces informations servent à remplir l'entête de la grille. Chaque dyade a envoyé plusieurs vidéos :

Dyade	Nombre de vidéos	Thèmes	Durée (minutes)	Utilisation pour l'étude
A	3	Vidéo 1 : thème 3	4,25	Non utilisée
		Vidéo 2 : thème 1	6,23	Non utilisée
		Vidéo 3 : thème 4	10,17	Pré-test 2
B	2	Vidéo 4 : thème 1	13,07	Pré-test 1
		Vidéo 5 : thème 1	12,22	Non utilisée
C	2	Vidéo 6 : thème 2	5,06	Non utilisée
		Vidéo 7 : thème 4	4,46	Test de la grille par les orthophonistes

Tableau 3 : informations relatives aux vidéos des volontaires

La vidéo 1 n'a pas été utilisée car une tierce personne intervenait dans la conversation et que le critère « conversation duelle » n'était plus respecté. Les vidéos 2 et 6 n'ont pas été sélectionnées car la communication entre les personnes présentait plus les caractéristiques d'une interview que ceux d'une conversation entre deux partenaires. Pour finir, les interlocuteurs de la vidéo 6 semblaient très nerveux lors de cet enregistrement, leur échange était plus naturel dans la vidéo 7. Cette dernière a donc été utilisée pour le test de la GACC-MP par les orthophonistes (annexe 4).

2.2. Présentation de la grille d'origine

2.2.1. Structure

La grille d'origine est la cinquième version de la Grille d'Analyse Clinique de la Conversation – Aphasie, élaborée en 2010 dans le cadre d'un mémoire d'orthophonie par Perrine Leopold et Claire Croteau (annexe 5). L'élaboration des items de cette grille est inspirée de plusieurs outils comme le M-SCA et le M-PCA, ou encore l'outil SPPARC (Lock et al., 2001). Deux échelles sont utilisées pour la cotation : l'une évaluant la fréquence d'apparition d'un comportement et la deuxième le caractère favorable de celui-ci. Un espace est consacré à la rédaction d'un commentaire pour chaque item. La cotation et les commentaires se situent dans une colonne réservée aux compétences du conjoint et une autre à celles de la personne aphasique afin de pouvoir en faire une observation parallèle.

La grille se présente en format paysage, sur cinq pages A4 (logiciel Microsoft Word ©). Sur la première page, se trouve un encadré regroupant les informations à remplir au préalable (date de complétion, nom de l'évaluateur et noms des conjoints). Elle est divisée en trois parties.

<p>A. Impressions générales Adaptation pour se faire comprendre, écoute, tour de parole Initiation/maintien des thèmes Réparation des troubles Utilisation des moyens non verbaux</p> <p>B. Observation détaillée S'adapte pour se faire comprendre Débit Intensité Longueur et complexité des énoncés Attitudes d'écoute Prend en compte les interventions du conjoint Regarde son conjoint Aspects temporels Fait des pauses Chevauchements Interruptions Gestion des thèmes Initie l'interaction Maintient un thème Réparation de troubles Initie la réparation Participe à la réparation Résout la réparation Permet à PA de résoudre le trouble par elle-même</p> <p>C. Utilisation des moyens de communication non verbaux Gestes Ecriture Autres ressources</p>

Figure 2 : structure de la cinquième version de la GACC-A (Leopold, Croteau, et Peillon, 2010)

La partie A, « Impressions générales », reprend les titres des différentes sous-parties de la grille dans un tableau pour permettre à l'évaluateur de résumer les observations effectuées dans la grille. Cela permet de repérer rapidement les domaines à renforcer.

La partie B, qui se nomme « Observation détaillée », est divisée en cinq sous-parties qui regroupent plusieurs items correspondant à des comportements à évaluer, comme illustré dans la *figure 1*. A côté de chaque item se trouvent une case de cotation et un espace pour les commentaires, dans une colonne pour le conjoint et une pour la personne aphasique. En revanche, la cotation des items « débit », « longueur et complexité des énoncés », « fait des pauses » et « permet à la personne aphasique de résoudre le trouble par elle-même » ne se réalise que dans la colonne correspondant aux compétences du conjoint. En effet, la perturbation de ces comportements ne peut faire l'objet d'une intervention orthophonique efficace selon l'auteur.

La partie C, intitulée « Utilisation des moyens de communication non-verbaux » évalue l'utilisation des gestes, de l'écriture et des autres ressources pour le conjoint et la personne aphasique (Leopold, Croteau, et Peillon, 2010).

2.2.2. Echelles de cotation

La cotation de chaque item s'effectue grâce à deux échelles ordinales reposant sur la perception de l'évaluateur. Ces échelles proposent de coter de 1 à 5 la fréquence et le caractère favorable à l'échange d'un comportement.

Fréquence des comportements	Comportement favorable à l'échange ?
1 = jamais	1 = peu favorable
2 = rarement	2 = assez favorable
3 = moyennement	3 = favorable
4 = souvent	4 = davantage favorable
5 = très souvent	5 = très favorable

Figure 3 : échelles de cotation de la cinquième version de la GACC-A (Leopold, Croteau, et Peillon, 2010)

2.2.3. Commentaires

Pour chaque item, l'évaluateur est invité à noter un commentaire en plus de la cotation. Cela permet une évaluation qualitative complémentaire aux cotations quantitatives, qui donne des informations sur le fonctionnement communicationnel des interlocuteurs.

2.3. Questionnaire

Un questionnaire a été élaboré afin de collecter les impressions des orthophonistes après le test de la grille avec une vidéo. Il est composé de onze questions concernant :

- Les impressions générales au sujet de la grille
- La durée de cotation de la grille
- Le nombre de visionnements de la vidéo
- La cohérence de l'organisation des items

- La pertinence du système des différentes échelles de cotation et de commentaires
- La cotation d'une échelle de pertinence et de clarté de 1 à 5 pour chaque item, en fonction de la vidéo et de l'expérience clinique du juge
- L'exhaustivité de la grille
- La possibilité de déterminer ou non des axes de prise en charge après la cotation de la grille
- La pertinence de l'outil sur le plan clinique
- La pertinence et l'exhaustivité du document présentant l'outil
- Les suggestions du juge pour améliorer la grille

Ces questions acceptent une réponse par « oui » ou par « non », avec un espace réservé à l'ajout d'un commentaire (annexe 6).

3. Protocole expérimental

3.1. Adaptations de la grille

3.1.1. Première étape d'adaptation de la GACC-A

La première étape a été de la tester avec la vidéo d'une personne atteinte de la maladie de Parkinson. N'ayant pas de vidéo correspondant à une conversation entre une personne atteinte de cette maladie et un de ses proches, il a été décidé d'utiliser une interview diffusée sur Internet. Cette cotation a permis de déterminer qu'il manquait des items dans la grille pour évaluer les compétences de la personne atteinte de la maladie de Parkinson, concernant l'évaluation de :

- La qualité de la voix
- L'articulation et l'intelligibilité
- La présence de palilalies
- La présence de blocages articulatoires
- Les mimiques faciales

Un doute a été émis concernant la conservation de l'item « collabore à la réparation » dans la rubrique « Bris et stratégies de réparation », celui-ci semblant redondant avec l'item « laisse la personne résoudre le bris par elle-même ». De la même manière, le maintien de l'échelle du caractère favorable pour certains items a été remis en question, du fait de sa complexité.

3.1.2. Création de la première version de la GACC-MP

A la suite de ces observations, une première version de la Grille d'Analyse Clinique de la Conversation version Maladie de Parkinson a été éditée. Elle comptait 7 rubriques et 26 items. Les items cités précédemment ont été ajoutés, à coter uniquement dans la colonne de la personne atteinte de la maladie de Parkinson. Les quatre premières composantes (voix, articulation et intelligibilité, palilalies, blocages articulatoires) ont été ajoutées dans une nouvelle rubrique, intitulée « Qualité de la voix et de l'articulation ». La dernière concernant les mimiques faciales, est venue compléter la rubrique « Moyens de communication non-

verbaux ». Une échelle a dû être élaborée afin de quantifier le degré d'altération de ces paramètres :

Altération du paramètre
1 = très altéré
2 = altéré
3 = moyennement altéré
4 = peu altéré
5 = non altéré

Figure 4 : ajout d'une échelle d'altération du paramètre

Un item concernant la prise de parole par l'interlocuteur à la place de la personne atteinte de la maladie de Parkinson a été ajouté également. Les items et l'échelle de cotation dont l'utilité était débattue ont été conservés pour tester à nouveau leur pertinence.

Pour finir, les informations générales de l'en-tête ont été conservées et deux informations générales les ont complétées : le moment de la conversation et la dernière prise du traitement médicamenteux. Ce dernier élément nous semblait important afin de mesurer l'effet des traitements sur les compétences communicationnelles du patient. En effet, les traitements médicamenteux ont une influence positive sur les performances communicationnelles, qui s'estompe à mesure de l'évolution de la maladie (Viallet et Teston, 2007). Chaque nouvelle version était reprise item par item avec Claire Croteau, l'auteure originale de la GACC-A.

3.1.3. La deuxième version de la GACC-MP

La deuxième version de la grille a été élaborée en lien avec des données théoriques et en testant la première version via l'interview d'une personne atteinte de la maladie de Parkinson participant à l'étude, disponible sur la plateforme Youtube©. Elle comptait 7 rubriques et 27 items. Ce test permettait de compléter uniquement la colonne concernant les compétences de la « Personne atteinte de la maladie de Parkinson ».

Des modifications concernant la forme ont été effectuées comme le déplacement de l'item « intensité de la voix », présent initialement dans la rubrique « ajustement d'ordre prosodiques et linguistiques », dans la rubrique « qualité de la voix et de l'articulation ». Dans cette même rubrique, l'item « présence de palilalies » a été remplacé par une formulation plus généraliste intitulée « rythme de la parole ». Claire Croteau a suggéré l'ajout de deux items concernant les demandes de clarifications spécifiques et générales dans la rubrique « bris et stratégies de réparation », qui correspondent aux demandes produites par l'un des interlocuteurs quand le dernier message émis n'est pas compris (Drew, 1997).

Un profil récapitulatif des scores quantitatifs a été élaboré pour la personne atteinte de la maladie de Parkinson et pour son partenaire de communication. Ce profil reprenait chaque item et le score associé afin de créer un profil vertical permettant d'avoir une vue rapide des compétences de la personne ayant la maladie de Parkinson et de son partenaire :

		1	2	3	4	5
Attitudes d'écoute	Regarde l'interlocuteur	Fréquence				
		Favorable ?				
	Prend en compte les interventions de son/sa conjoint(e)					
	Suit la conversation					

Figure 5 : extrait du profil récapitulatif présent dans la GACC-MP version 2

3.1.4. Troisième version de la GACC-MP

Pour la troisième version de la GACC-MP, une échelle de fatigue a été ajoutée aux informations générales de l'en-tête, la prévalence de la fatigue chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson étant élevée et son impact étant sous-estimé sur les capacités sociales et cognitives des patients (Stocchi et al., 2014).

Différents items viennent compléter les rubriques :

- « Suit la conversation » pour la rubrique « attitudes d'écoute »
- « Parle avec une prosodie » dans « ajustement d'ordres prosodique et linguistique »

Des items ont en revanche été supprimés comme :

- « Blocages articulatoires » qui sont finalement inclus dans l'item concernant le rythme de la parole
- « Collaboration au bris de conversation » jugé redondant avec l'item « Permet à la personne atteinte de la maladie de Parkinson de résoudre le bris »
- « Utilisation du dessin » du fait des difficultés praxiques et visuo-constructives retrouvées dans la maladie de Parkinson (Bonnet, Hergueta, et Czernecki, 2013).

Concernant la forme, après relecture avec Claire Croteau, les formulations ont été homogénéisées. Cette troisième version présente 7 rubriques et 26 items.

3.1.5. Pré-test de la GACC-MP version 3

Un pré-test avec la vidéo 4 a été réalisé à cette étape de l'adaptation, par une orthophoniste. Celle-ci a relevé le fait que la position des colonnes, celle réservée aux compétences du partenaire de communication au centre et celle pour les aptitudes de la personne atteinte de la maladie de Parkinson à droite, n'était pas ergonomique. De même, les informations de l'en-tête n'étaient pas organisées logiquement. Elle a également relevé l'absence d'une échelle pour qualifier la prosodie et l'intensité de voix de la personne ayant la maladie de Parkinson, seulement évaluées par rapport à leur aspect favorable ou non à la communication. Lors de la cotation de la grille, l'échelle de fréquence ne lui semblait pas adaptée pour quantifier le nombre de bris dans la communication observée durant le temps de la vidéo.

L'orthophoniste a également complété le profil récapitulatif évoqué ci-dessus, reprenant l'ensemble des cotations pour les deux membres de la dyade dans le but de créer un aperçu visuel des compétences. Ce travail lui a semblé très laborieux, d'autant plus que

certaines items sont positifs et d'autres négatifs, ce qui induit que la fréquence d'un comportement n'a pas toujours la même valeur.

Pour finir, la vidéo 4 avait une durée de 13 minutes 07, trop longue selon elle pour pouvoir relever tous les détails avec la grille.

3.1.6. Quatrième version de la GACC-MP

Cette version a été élaborée à la suite du pré-test. La forme, les informations de l'en-tête et les colonnes ont été remaniées pour rendre l'utilisation de la grille plus ergonomique. Les compétences de la Personne ayant la Maladie de Parkinson sont maintenant recensées dans la colonne au centre et celles du Partenaire de Communication le sont dans la colonne la plus à droite. Ensuite, deux échelles ont été ajoutées pour la Personne atteinte de la Maladie de Parkinson :

- Une échelle de « monotone à harmonique » pour qualifier la prosodie
- Une échelle de « basse à forte » pour qualifier l'intensité de voix

L'item « articulation et intelligibilité » a été séparé en deux items distincts, en complément d'un nouvel item concernant le rythme de parole. Plutôt que d'utiliser une échelle pour quantifier la fréquence des bris dans la conversation, une case vide est proposée afin de renseigner précisément leur nombre.

Enfin, il nous a semblé pertinent d'ajouter un item concernant la sensibilité aux mimiques de l'autre dans la rubrique « moyens de communication non-verbaux », étant donné que les personnes atteintes de la maladie de Parkinson peuvent éprouver des difficultés à décoder les mimiques faciales (Narme et al., 2013 ; De Risi et al., 2017). Cet item a été également ajouté à la colonne concernant le partenaire de communication, car l'hypomimie de la personne ayant la maladie de Parkinson peut-être un frein aux interactions (Gentil et al., 2016). Le terme de « conjoint » a été remplacé par « interlocuteur » dans la grille car elle peut être utilisée pour coter des échanges entre le patient et des interlocuteurs réguliers. La quatrième version regroupe donc 30 items divisés en 7 rubriques.

3.1.7. Pré-test de la GACC-MP version 4

Ce pré-test a été réalisé par une orthophoniste et une étudiante en cinquième année d'orthophonie. Il leur a semblé que la grille pourrait être enrichie de courtes explications concernant la manière de coter certains items et que la multiplicité des échelles complexifiait la cotation de la grille. En effet, cinq échelles différentes étaient présentes dans la quatrième version de la GACC-MP : la fréquence, le caractère favorable à l'échange, le degré d'altération du paramètre et les deux échelles spécifiques à la prosodie et à l'intensité vocale. De plus, ce pré-test a été réalisé grâce à la vidéo 3, d'une durée de 10 minutes 17, jugée longue et très détaillée par les examinatrices. Ces remarques ont motivé la décision de proposer une vidéo plus courte aux orthophonistes pour le test définitif de la GACC-MP. Enfin, le profil récapitulatif de la GACC-MP présenté antérieurement a été supprimé car il a suscité de nouveau des interrogations.

3.1.8. Cinquième et sixième versions de la GACC-MP

Les principales modifications pour ces deux versions ont concerné l'enrichissement de certains items grâce à l'ajout de courtes explications concernant la cotation. L'espace pour les commentaires a été augmenté pour chaque item, pour encourager l'examineur à enrichir sa cotation numérique de commentaires qualitatifs. Les échelles spécifiques aux items « prosodie » et « intensité vocale » ont été remplacées par l'échelle d'altération du paramètre afin d'uniformiser les formulations. Un exemple a été ajouté pour ces items.

La sixième version a été utilisée pour le test par les orthophonistes et compte 30 items et 7 rubriques (annexe 7).

3.2. Définition des items de la sixième version de la GACC-MP

Les définitions suivantes ont été fournies aux orthophonistes qui ont accepté de tester la grille afin de pouvoir s'y référer avant de coter l'échange vidéo. Un document regroupait une présentation de l'outil, les définitions des items et l'explication des échelles.

La première partie correspond aux « **attitudes d'écoute** » : il s'agit des éléments qui indiquent que les interlocuteurs s'écoutent et se portent attention mutuellement. Voici les items qui sont présents dans cette partie :

- *Regarde l'interlocuteur* : les regards participent à l'interaction, et à la compréhension de certains éléments non-verbaux (Kerbrat-Orecchioni, 1990). Cet item vise donc à observer la fréquence des regards adressés à l'interlocuteur, naturellement présents dans les interactions.
- *Prend en compte les interventions de l'interlocuteur* : les éléments verbaux et non-verbaux qui montrent que la personne est attentive aux propos de son interlocuteur (Cosnier, 1996).
- *Suit la conversation* : lorsque la personne suit la conversation, ses réponses sont adaptées et pertinentes par rapport aux propos du dernier locuteur (Charolles, 2011).

Ensuite, la partie « **ajustements d'ordre prosodique et linguistique** » est composée des items suivants :

- *Parle avec un débit...* : fait référence à la vitesse à laquelle est prononcé le message verbal. Un débit rapide ou trop lent peut nuire au bon déroulement de l'échange. Chez la personne atteinte de la maladie de Parkinson, le débit peut être très variable avec des passages accélérés et une initiation de la parole difficile (Pinto et al., 2010).
- *Ajuste la longueur et la complexité des énoncés* : les troubles communicationnels induits par la maladie de Parkinson entraînent une diminution de la longueur des énoncés et de leur complexité. Il s'agit également d'observer si l'interlocuteur ajuste la longueur de ses énoncés et si cela a un effet bénéfique sur la compréhension de la personne atteinte de la maladie de Parkinson (Gentil et al., 2016).
- *Parle avec une prosodie...* : la prosodie est la variation en hauteur et en mélodie caractéristique du langage oral que les interlocuteurs utilisent naturellement pour appuyer le discours. Cette composante peut être atteinte dans la maladie de Parkinson (Pinto et al., 2010).

La partie « **qualité de la voix et de l'articulation** » n'était pas présente dans la GACC-A, voici les items qui la composent :

- *Parle avec une voix...* : il s'agit ici de qualifier la voix et ses différents paramètres (hauteur, timbre). Ne pas prendre en compte l'intensité, car un item y est dédié. La dysphonie est une composante précoce de la dysarthrie parkinsonienne (Yüçeturk et al., 2002).
- *Parle avec une articulation...* : L'articulation correspond à la manière dont les organes phonateurs sont placés pour produire un message verbal. Les personnes atteintes de la maladie de Parkinson présentent parfois une imprécision articulatoire (Pinto et al., 2010).
- *Parle avec une intelligibilité...* : il s'agit du caractère compréhensible du discours, au niveau du sens et de la forme. Elle peut être altérée en cas d'aphasie ou de dysarthrie et son degré de sévérité fait partie de l'évaluation orthophonique (Brin-Henry et al., 2011).
- *Parle avec un rythme* : correspond au débit de parole (nombre de mots produits en un temps donné, présence de troubles du rythme comme les palilalies). La parole des patients parkinsoniens présente conjointement des épisodes de tachylalie et de bradylalie (Benke et al., 2000).
- *Parle avec une intensité de voix...* : l'intensité est la force avec laquelle est projetée la voix. Une hypophonie est fréquemment rencontrée dans la maladie de Parkinson (Robert et Spezza, 2005).

« **Tours de parole et aspects temporels** » est la quatrième rubrique de la GACC-MP :

- *Fait des pauses* : cela peut être des pauses silencieuses ou des pauses remplies, elles rythment le discours et peuvent marquer la fin d'une phrase ou d'une intervention dans la conversation (Teston et Viallet, 2005).
- *Fait des chevauchements* : les chevauchements interviennent quand les deux interlocuteurs parlent en même temps (Kerbrat-Orecchioni, 1990).
- *Interrompt son partenaire de communication* : l'interruption a lieu quand l'un des interlocuteurs prend la parole alors que l'autre n'a pas terminé son intervention (Kerbrat-Orecchioni, 1990).

Ensuite sont développés les items de la rubrique « **Bris et stratégies de réparation** » :

- *Nombre de ruptures observées dans la communication* : les ruptures correspondent aux moments où la communication est rompue entre les deux interlocuteurs (Leopold, Croteau, et Peillon, 2010).
- *Permet à la Personne atteinte de la Maladie de Parkinson de résoudre cette rupture par elle-même* : il s'agit des réponses du partenaire de communication en cas de rupture de la communication (Leopold, Croteau, et Peillon, 2010). Souvent, les partenaires de communications ont un rôle prépondérant dans l'interaction et sont responsables de la réparation des ruptures (Saldert et Bauer, 2017).
- *Parle à la place de son interlocuteur* : le fait de finir les phrases ou de dire un mot que l'autre ne trouve pas (Leopold, Croteau, et Peillon, 2010).

- Effectue des demandes de clarification générale : ces demandes portent sur le discours et sur le sens de manière générale (Drew, 1997).
- Effectue des demandes de clarification spécifique : ces demandes portent sur la forme du discours et non sur son sens (Drew, 1997).

La cinquième partie se nomme « **gestion des thèmes** » :

- *Initie les thèmes ou tente d'initier un thème* : l'interlocuteur propose un nouveau thème de conversation différent du précédent (Leopold, Croteau, et Peillon, 2010).
- *Maintient les thèmes* : dans une interaction, les interventions des deux acteurs doivent avoir un lien de sens au risque de perturber la communication (Leopold, Croteau, et Peillon, 2010).
- *Pose des questions ouvertes* : il s'agit de questions larges, qui appellent une réponse élaborée (Brin-Henry et al., 2011).
- *Pose des questions fermées* : questions qui appellent une réponse par oui ou non (Brin-Henry et al., 2011).
- *Pose des questions « tests » à la Personne atteinte de la Maladie de Parkinson (PMP)* : il s'agit de questions dont la réponse est déjà connue par celui qui les pose. Elles peuvent avoir pour but de tester l'autre (mémoire, articulation, contrôle de l'emploi du temps) ou de relancer la communication (Leopold, Croteau, et Peillon, 2010).

Pour finir, la dernière partie concerne les « **moyens de communication non-verbaux** » :

- *Utilise des mimiques faciales* : les mimiques faciales comme le sourire ou le haussement de sourcil par exemple appuient le discours verbal et sont porteuses de sens (Cosnier, 1996).
- *Est sensible aux mimiques de l'autre* : les mimiques peuvent être réflexes comme répondre à un sourire par un sourire également. Une adaptation du discours peut aussi avoir lieu en fonction des mimiques de l'autre (Cosnier, 1996).
- *Utilise les gestes* : les gestes naturels et de pointage peuvent appuyer le message oral et faciliter la compréhension des interlocuteurs (Cosnier, 1996).
- *Utilise l'écriture* : l'écriture peut également venir en soutien de l'expression orale (Leopold, Croteau, et Peillon, 2010).
- *Utilise d'autres ressources* : les autres ressources permettant d'augmenter ou de suppléer les compétences communicationnelles de la personne ayant la maladie de Parkinson comme par exemple le pointage d'un élément de l'environnement ou encore la mise en place d'un carnet de communication (Gentil et al., 2016 ; HAS, 2016).

3.2.1. Les échelles de cotation

Fréquence des comportements	Comportement favorable à l'échange
1 = jamais	1 = non favorable
2 = rarement	2 = peu favorable
3 = moyennement	3 = moyennement favorable
4 = souvent	4 = favorable
5 = très souvent	5 = très favorable

Altération du paramètre
1 = très altéré
2 = altéré
3 = moyennement altéré
4 = peu altéré
5 = non altéré

Figure 6 : échelles de cotation septième version de la GACC-MP

L'ajout d'une échelle de cotation a été nécessaire pour quantifier l'altération du débit, de la prosodie, de la voix, de l'articulation, de l'intelligibilité, du rythme de parole et enfin de l'intensité de voix. Cette échelle permet de mettre en relief les capacités préservées et celles qui sont plus ou moins altérées. De plus, l'espace réservé aux commentaires permet d'ajouter des observations concernant l'impact de l'altération ou de la préservation d'une composante sur la communication entre les interlocuteurs. Cette échelle n'est présente que dans la colonne de la personne atteinte de la maladie de Parkinson.

3.3. Le test par les orthophonistes

Trois documents ont été envoyés par mail aux orthophonistes : la GACC-MP, un document explicatif (annexe 8) et le questionnaire. La vidéo leur a été transmise via la plateforme Smash©, visible pendant une durée limitée avant sa suppression et avec un mot de passe. Ce test s'est déroulé du 15 janvier au 08 février 2019. Les orthophonistes avaient à leur disposition un document présentant l'outil et regroupant les définitions des items présents dans la grille. Sachant que des explications succinctes ont été ajoutées à la grille avec des exemples, la lecture de ce document n'était pas imposée aux orthophonistes, qui devaient juger de son utilité et de son exhaustivité dans le questionnaire. Pour ce test, la vidéo 7 a été utilisée, du fait de sa richesse malgré sa courte durée. Elles devaient ensuite compléter le questionnaire. La GACC-MP et le questionnaire m'ont ensuite été retournés par courrier ou par mail.

3.4. Traitement des données

La variable indépendante concernant cette étude est l'adaptation de la grille. Les variables dépendantes sont quant à elles le jugement des orthophonistes vis-à-vis de la grille et la bonne corrélation entre les cotations des sept orthophonistes pour même échange.

Les réponses des orthophonistes au questionnaire concernant la GACC-MP seront traitées qualitativement. La cotation de l'enregistrement avec la grille donnera lieu à une analyse qualitative, à une analyse en composantes principales et au test des corrélations de Spearman. Les données ont été traitées à l'aide des logiciels R © et Excel ©.

3. Présentation des résultats

1. Les réponses des orthophonistes au questionnaire

Sept questionnaires nous ont donc été retournés par les orthophonistes, accompagnés de la GACC-MP complétée grâce à la vidéo. Ce questionnaire a été élaboré afin de répondre aux trois premières hypothèses posées en amont de l'expérimentation. Pour plus de lisibilité, les questions seront écrites dans leur formulation originale, avant d'exposer une synthèse des réponses des orthophonistes. Leurs réponses exactes sont référencées en annexe (annexe 9).

1.1. Hypothèse 1 : pertinence de la GACC-MP

« L'organisation des items vous semble-t-elle cohérente ? »



Figure 7 : cohérence de l'organisation des items

Six orthophonistes ont jugé l'organisation des items cohérente et une ne s'est pas prononcée.

Quatre d'entre elles n'ont pas ajouté de commentaire à cette réponse. Voici une synthèse des commentaires des trois autres thérapeutes :

- L'organisation est cohérente mais les items parfois redondants.
- Les items suivent une logique hors bilan, cette logique est moins évidente en pratique.

La liste des critères concernant la Personne atteinte de la Maladie de Parkinson est détaillée et pourrait être allégée pour le Partenaire de Communication.

« Le système de cotation et de commentaire vous semble-t-il pertinent ? »



Figure 8 : pertinence du système de cotation et de commentaire

Deux orthophonistes ne se sont pas prononcées sur la cohérence du système de cotation, deux autres l'ont jugé incohérent, et pour finir, trois thérapeutes ont répondu positivement à cette question.

Concernant les commentaires :

- L'échelle du caractère favorable a été difficile à utiliser pour quatre orthophonistes. L'une d'entre elle a proposé l'utilisation d'une échelle réduite (de 1 à 3 plutôt que de 1 à 5) et une la possibilité de coter « non applicable ». Cette dernière s'est également interrogée sur le fait que pour l'item « permet à son interlocuteur de résoudre le bris », seul le comportement du partenaire de communication est quantifié.
- Une autre thérapeute s'est posé également la question du caractère positif ou négatif que peut avoir l'échelle de fréquence et de la difficulté qui en découle pour créer un profil communicationnel.
- L'orthophoniste 3 évoque l'aspect arbitraire de ces échelles de cotation, et une autre n'ajoute pas de commentaire.

« Évaluez de 1 à 5 la cohérence des items selon la vidéo et votre pratique professionnelle. Faites de même pour leur clarté. »

Les orthophonistes ont été invitées à remplir une nouvelle fois une échelle de cotation de la cohérence, de 1 à 5, au sujet de chaque item, sachant que :

- 1 : « très incohérent »
- 2 : « incohérent »
- 3 : « moyennement cohérent »
- 4 : « cohérent »
- 5 : « très cohérent ».

Chaque item a été évalué au maximum par six orthophonistes et au minimum par cinq d'entre-elles. Nous avons donc calculé la cotation moyenne pour chaque item. Pour faciliter la lecture du graphique, chaque rubrique est une nouvelle fois appelée « thème » et nous avons simplifié l'intitulé des items.

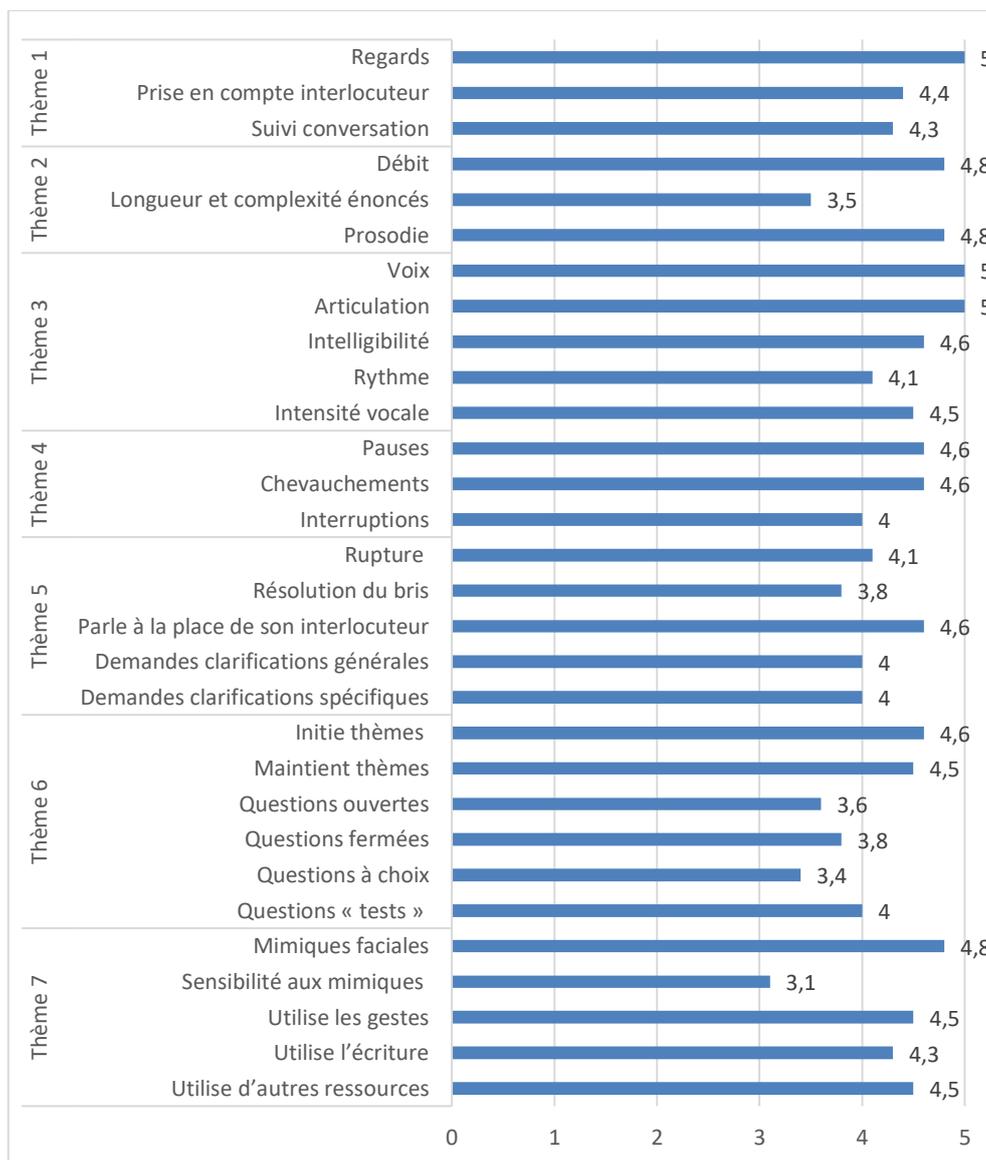


Figure 9 : moyennes des cotations concernant la cohérence des items

Le graphique ci-dessus illustre que des items ont été jugés par les orthophonistes comme :

- « Moyennement cohérents » : six items ont obtenu une moyenne inférieure à 4 sur 5. Il s'agit des items concernant l'ajustement de la longueur et de la complexité des énoncés, la résolution du bris, l'utilisation de questions ouvertes, fermées et à choix, et enfin la sensibilité aux mimiques de l'autre.
- « Cohérents » : vingt-et-un items ont obtenu une moyenne supérieure ou égale à 4. Par exemple, les items qui concernent la prise en compte de l'interlocuteur, la présence de chevauchements dans l'interaction ou encore l'utilisation des gestes.
- « Très cohérents » : trois items ont obtenu la moyenne de 5 sur 5 (« très cohérent »). Ce sont ceux qui concernent les regards, la voix et l'articulation.

Une échelle de 1 à 5 évaluant la clarté de la formulation de chaque item a donc été proposée aux orthophonistes :

- 1 : « très confus »
- 2 : « confus »
- 3 : « moyennement clair »
- 4 : « clair »
- 5 : « très clair ».

Nous avons procédé de la même manière pour traiter les données et les organiser en graphique que pour l'évaluation de la cohérence de chaque item. Chaque item a été évalué au maximum par sept orthophonistes et au minimum par six d'entre elles.

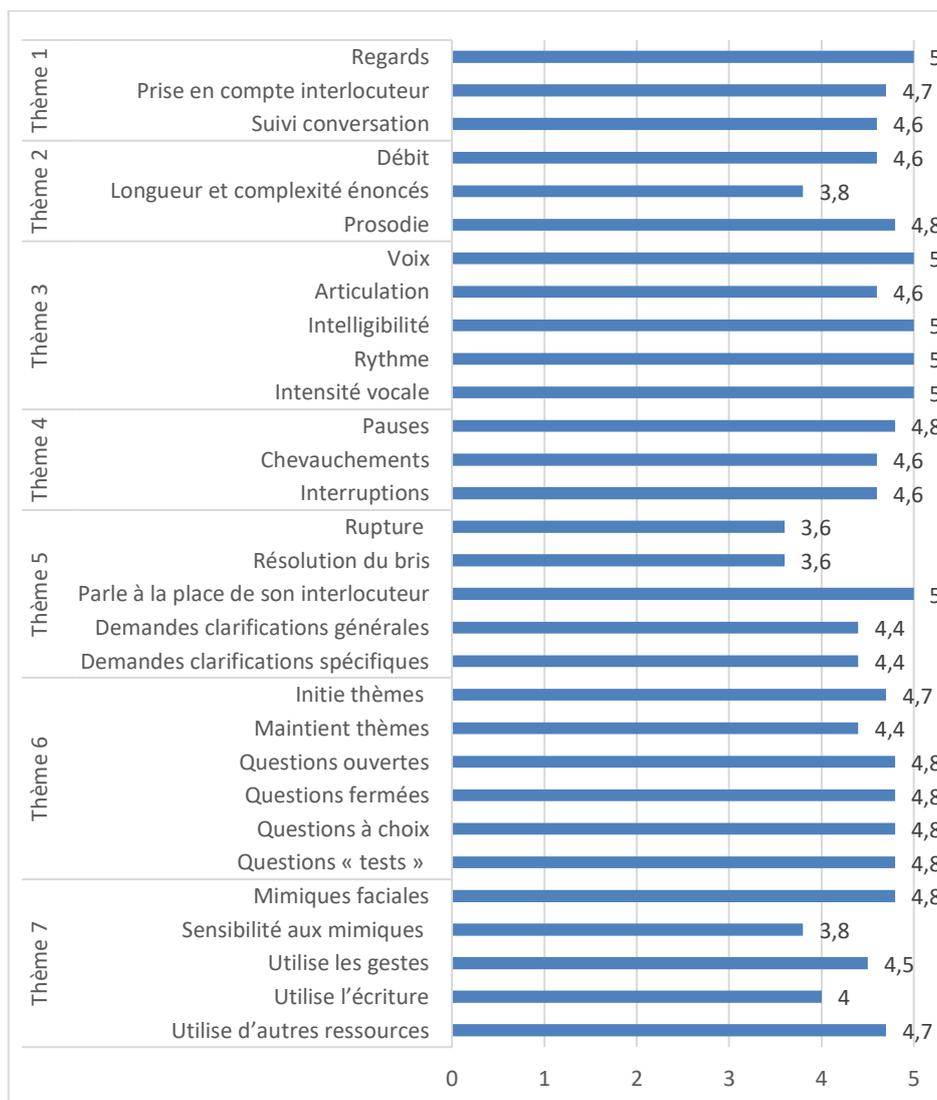


Figure 10 : moyennes des cotations concernant la clarté des items

Elles ont donc attribué une note moyenne correspondant à :

- « Moyennement clairs » : quatre items ont donc obtenu une moyenne inférieure à 4. Il s'agit de l'ajustement de la longueur et de la complexité des énoncés, l'observation du nombre de rupture dans la communication, la résolution du bris et la sensibilité aux mimiques de l'autre
- « Clairs » : vingt items ont obtenu une moyenne supérieure ou égale à 4. Par exemple, les items concernant le suivi de l'interaction, l'articulation, les demandes de clarifications générales ou encore l'utilisation d'autres ressources.
- « Très clairs » : six items ont obtenu une moyenne égale à 5. Il s'agit des items au sujet des regards, de la voix, de l'intelligibilité, du rythme, de l'intensité vocale et enfin de la prise de parole à la place de l'interlocuteur.

« Manque-t-il des items selon vous ? »



Figure 11 : items manquants

Cinq orthophonistes ont répondu « non » à cette question, une thérapeute a jugé qu'il manquait des items et une ne s'est pas prononcée.

Quatre orthophonistes n'ont pas complété leur réponse par un commentaire. Voici la synthèse des remarques de celles qui en ont mis :

- L'intitulé des items doit être précisé et certains devraient être mis en avant afin de travailler ces compétences ensuite en rééducation (débit, rythme, amimie).
- Il ne manque pas d'items, il y en a même trop.
- Un item pourrait être ajouté dans la partie « qualité de la voix » concernant la respiration (« synchronisation phono-respiratoire »).

« Cet outil est-il pertinent sur le plan clinique selon vous ? »

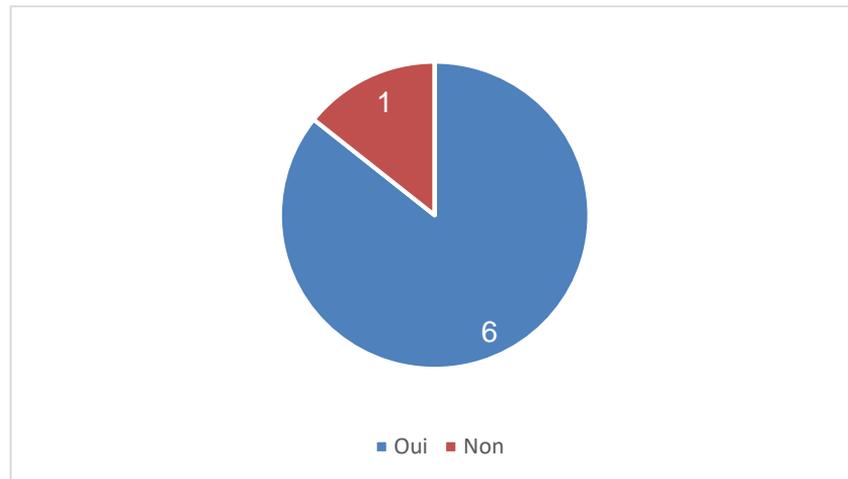


Figure 12 : pertinence de l'outil sur le plan clinique

Six orthophonistes ont répondu « oui » à cette question, et une « non ». Cette dernière a précisé que cet outil pouvait être intéressant pour la recherche, mais trop chronophage pour la pratique clinique car doit être réalisé en plus d'épreuves objectives. Les éléments suivants ont été mis en exergue dans les commentaires :

- Le temps de cotation est trop important, il serait possible d'utiliser des rubriques de la grille de manière séparée, en fonction du patient.
- Cet outil ne peut être « exclusif, ni en bilan ni en rééducation » mais il est intéressant car il permet l'exploration de l'aspect pragmatique du langage
- Il est « suffisamment complet pour apporter une aide pertinente dans l'élaboration du projet thérapeutique ».

Deux orthophonistes n'ont pas ajouté de commentaire.

1.2. Hypothèse 2 : prise en main facile et temps de cotation réduit

« Quelle est votre première impression concernant la grille ? »

Quatre orthophonistes déplorent la longueur de la grille. L'une d'entre elle ajoute qu'elle est « complexe à remplir ». Pour une autre, les items sont pour certains trop abstraits et subjectifs. Une autre ajoute qu'elle a parfois eu la crainte de « faire des doublons ». Pour finir, la présentation semble entraver la complétion selon l'une des testeuses.

L'une des orthophonistes évoque le fait que la grille aborde les différents domaines de la communication. Ensuite, une thérapeute souligne le fait que la GACC-MP soit détaillée et une autre le fait qu'elle soit « bien complète et bien organisée ». Enfin, la pertinence de la grille est évoquée par une orthophoniste.

« Combien de temps vous a-t-il fallu pour coter l'échange verbal avec la grille ? »

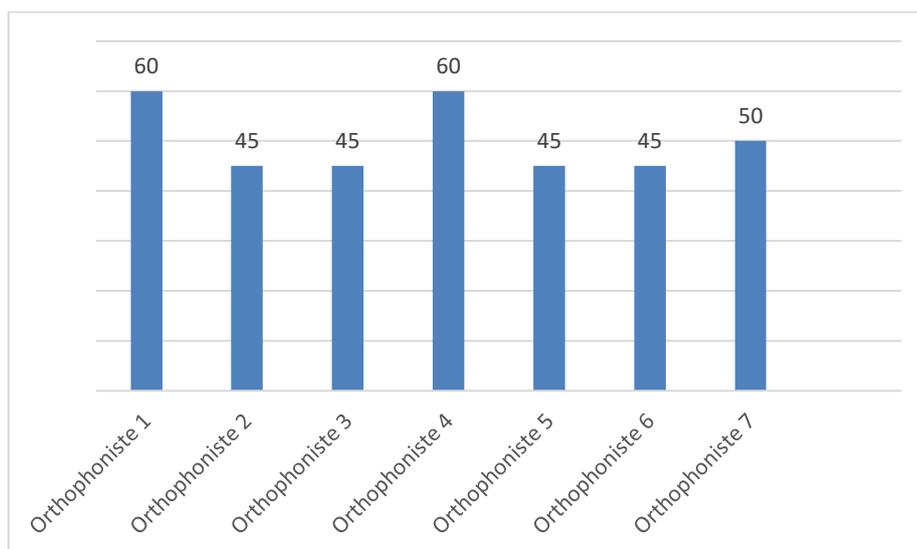


Figure 13 : temps de cotation en minutes

Quatre orthophonistes ont mis 45 minutes pour visionner la vidéo et remplir la grille, une a mis 50 minutes et deux autres plus ou moins 60 minutes. Le temps de cotation moyen est donc d'environ 50 minutes, avec une vidéo de 4 minutes 46. L'orthophoniste 1 a ajouté qu'elle avait eu besoin de beaucoup se référer au document explicatif de la GACC-MP pendant la cotation.

« Combien de fois avez-vous visionné la vidéo pour pouvoir coter l'ensemble de la vidéo ? »

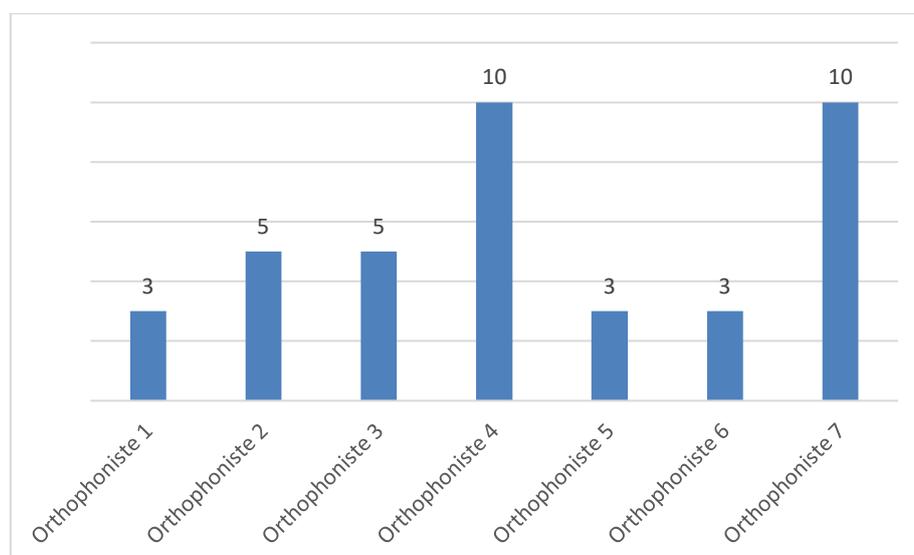


Figure 14 : nombre de visionnements

Ce graphique illustre le nombre de visionnements effectués par les orthophonistes pour compléter la grille à partir d'une vidéo de 4 minutes 46. L'orthophoniste 1 a spécifié avoir visionné trois fois la vidéo dans son entièreté puis des parties. L'orthophoniste 4 a regardé

certain passages plus de dix fois. Le nombre moyen de visionnements nécessaires à la cotation de la grille pour cette vidéo est donc environ 5,5 fois.

« Que pensez-vous du document présentant la GACC-MP ? Est-il complet et utile selon vous ? »

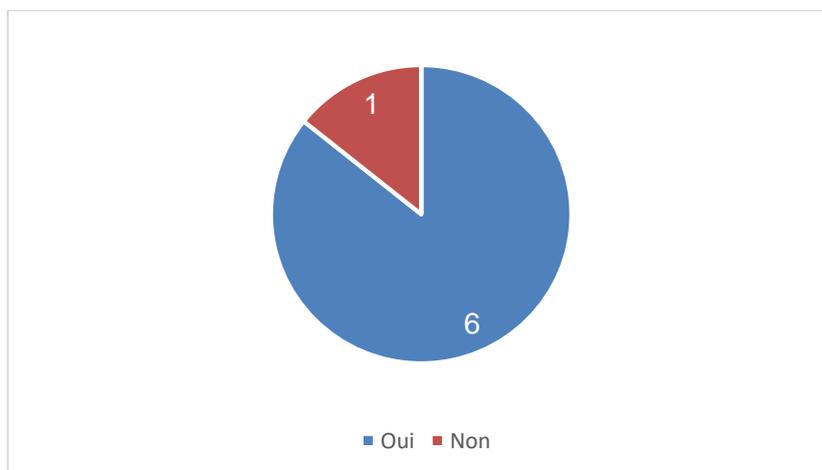


Figure 15 : exhaustivité et utilité du document présentant la GACC-MP

Six orthophonistes ont répondu « oui », et une « non » à cette question.

Trois thérapeutes n'ont pas rédigé de commentaire et ceux des quatre autres professionnelles mettent en avant le fait que :

- Ce document est utile mais manque d'explications concernant les échelles de cotation, notamment pour celle du « comportement favorable à l'échange ».
- Une information concernant le temps d'enregistrement nécessaire pour obtenir un corpus assez riche pour l'analyse et pour la cotation.
- Chaque item soit expliqué clairement et ce document est « utile pour la cotation ».

« Avez-vous d'autres suggestions afin d'améliorer cet outil ? »

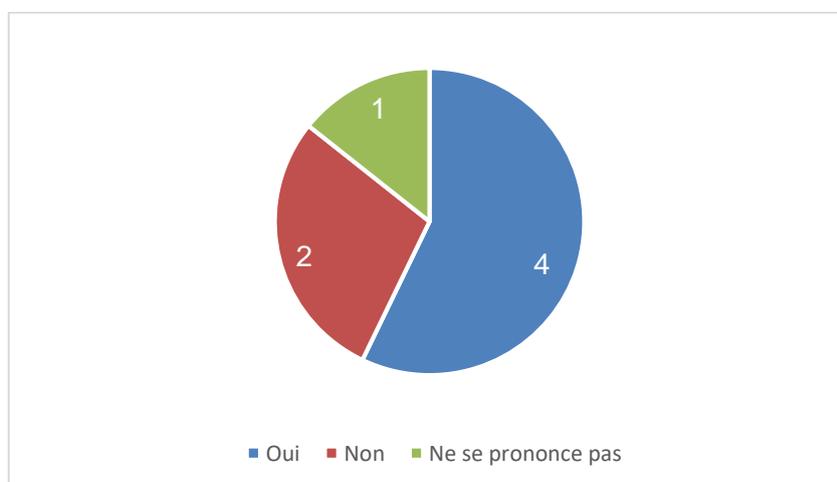


Figure 16 : autres suggestions pour améliorer la GACC-MP

Deux orthophonistes ont répondu « non » à cette question, une ne s'est pas prononcée et quatre ont répondu « oui ». Selon les orthophonistes, il pourrait donc être intéressant de :

- Préciser davantage au niveau des échelles, surtout celle du caractère favorable.
- Réduire le nombre d'items ou le nombre de pages.
- Réduire le nombre d'items réservés au Partenaire de Communication.
- Proposer une échelle de cotation réduite (de 1 à 3).
- Regrouper certains items.
- Proposer une version simplifiée à coter en première intention, en vue de ne coter en détails que les rubriques les plus problématiques.

1.3. Hypothèse 3 : élaboration d'axes thérapeutiques à partir de la GACC-MP

« Pouvez-vous déterminer des axes de prise en charge dans le cadre d'un accompagnement communicationnel à partir de cette grille ? Si non, pourquoi ? »

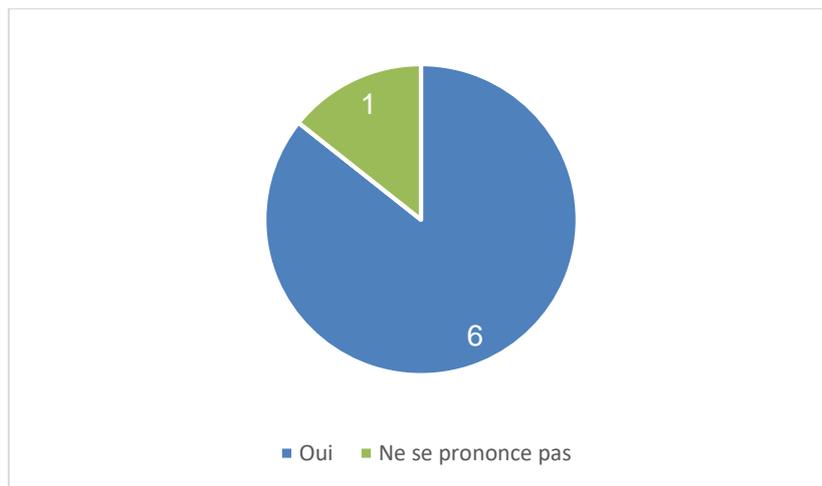


Figure 17 : possibilité de déterminer des axes de prise en soins

A la question « pouvez-vous déterminer des axes de prise en charge dans le cadre d'un accompagnement communicationnel à partir de cette grille (en complément d'une anamnèse) ? », six orthophonistes ont répondu « oui » et une ne s'est pas prononcée.

Deux thérapeutes n'ont pas joint de commentaire à leur réponse. Globalement, les remarques suivantes ressortent des commentaires des cinq autres orthophonistes :

- Il est possible de déterminer des axes de prise en charge mais l'enregistrement vidéo « biaise certaines données (regard, intensité) ». Il faut donc avoir un enregistrement vidéo assez long pour que les participants soient spontanés.
- Cette grille pourrait servir à mettre en place une guidance familiale et elle « est suffisamment détaillée pour obtenir des axes de travail sur plusieurs plans (langage, articulation, communication verbale et non-verbale).
- Le manque d'éléments objectifs comme le Temps Maximum de Phonation (TMP) et la mesure chiffrée de l'intensité, peut en revanche constituer un frein.
-

2. Le test de la grille par les orthophonistes

Ce test a été proposé aux orthophonistes afin de répondre à la quatrième hypothèse de cette étude concernant la bonne corrélation entre les cotations de plusieurs juges à partir d'un même échange.

2.1. Détails des cotations

2.1.1. Cotations des orthophonistes concernant la Personne atteinte de la Maladie de Parkinson (PMP) (annexe 10)

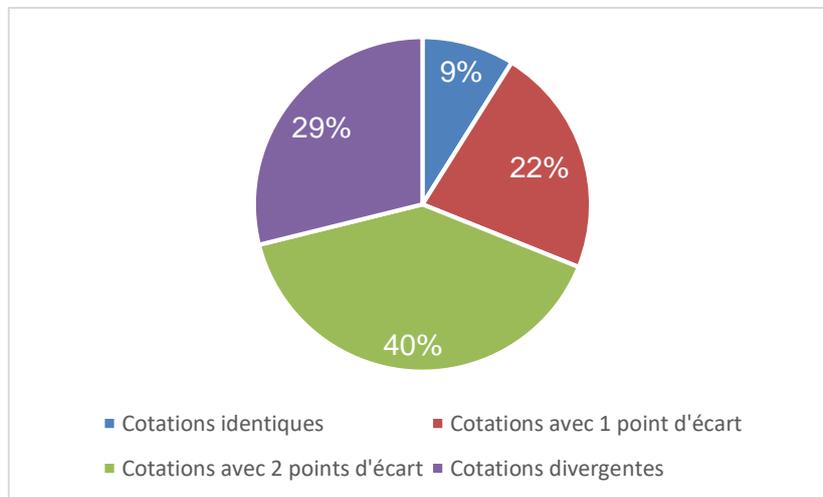


Figure 18 : détails des cotations pour la PMP

L'étude détaillée des résultats du test de la grille par les orthophonistes à partir d'un même échange nous apprend que, concernant les compétences de la Personne atteinte de la Maladie de Parkinson, les cotations sont :

- Identiques dans 9% des cas (4 échelles sur 45)
- Avec un point d'écart, dans 22% des cas (10 échelles sur 45)
- Dans une fourchette de deux points, dans 40% des cas (18 échelles sur 45).
- Divergentes dans 29% des cas (13 items sur 45).

Il est important de noter que pour certaines échelles, une orthophoniste ou plus n'attribuait pas de cotation.

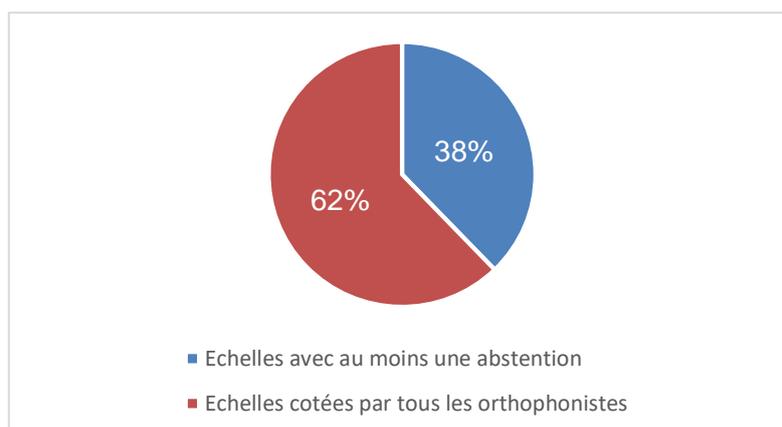


Figure 19 : pourcentage d'abstention (PMP)

En effet, comme nous pouvons l'observer sur ce graphique, 38% des échelles n'ont pas été cotées par au moins une orthophoniste, soit 17 échelles sur 45. L'item le moins coté est « nombre de ruptures observées dans la communication », puisque quatre orthophonistes sur sept n'ont pas complété la case prévue à cet effet. De plus, les trois professionnelles qui l'ont coté ont eu des réponses très différentes (0, 0 et 5).

2.1.2. Cotations des orthophonistes concernant le Partenaire de Communication (PC) (annexe 11)

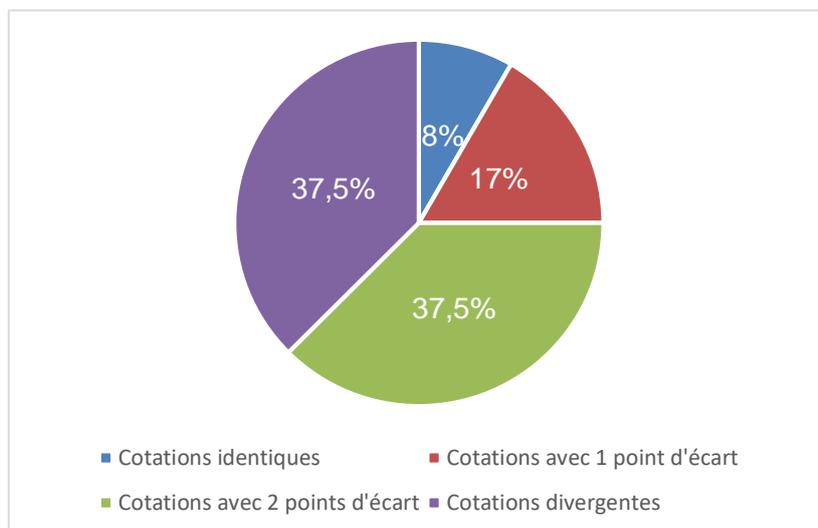


Figure 20 : détails des cotations pour le PC

Cette étude détaillée nous apprend que les cotations de la grille par les orthophonistes à partir d'un même échange, concernant les compétences du Partenaire de Communication, sont :

- Identiques dans 8% des cas (4 échelles sur 48)
- Avec 1 point d'écart dans 17% des cas (8 sur 48).
- Dans une fourchette de 2 points, pour 37,5% des échelles (18 sur 48).
- Divergente dans 37,5% des cas.

Il est une nouvelle fois important de noter que pour un certain nombre d'échelles, une professionnelle au moins n'attribuait pas de cotation :

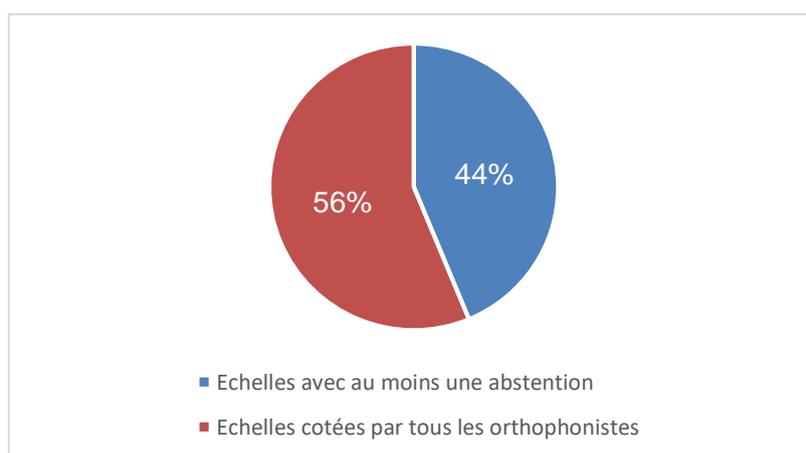


Figure 21 : pourcentage d'abstention (PC)

Nous pouvons ainsi observer sur ce graphique que 44% des échelles, soit 21 échelles sur 48, n'ont pas été cotées par au moins une orthophoniste. L'échelle la moins cotée est l'échelle de fréquence de l'item « Permet à la PMP de résoudre le bris par elle-même » : six orthophonistes sur sept ne l'ont pas complétée. Le même item avec l'échelle du caractère favorable n'a été coté que par cinq orthophonistes sur sept.

2.2. Analyse des cotations

Face au nombre important d'échelles il a été nécessaire de calculer la moyenne des cotations pour chaque rubriques (annexes 12.1 et 12.2) afin de pouvoir réaliser une Analyse en Composantes Principales (ACP) et le test des corrélations de Spearman. Les rubriques sont dans cette partie appelées « thème » :

- Thème 1 : Attitudes d'écoute
- Thème 2 : Ajustement d'ordre prosodique et linguistique
- Thème 3 : Qualité de la voix et de l'articulation
- Thème 4 : Tours de parole et aspects temporels
- Thème 5 : Bris et stratégies de réparation
- Thème 6 : Gestion des thèmes
- Thème 7 : Moyens de communication non-verbaux

Chaque orthophoniste est désignée par un numéro de 1 à 7.

2.3. Analyse en composantes principales (PMP)

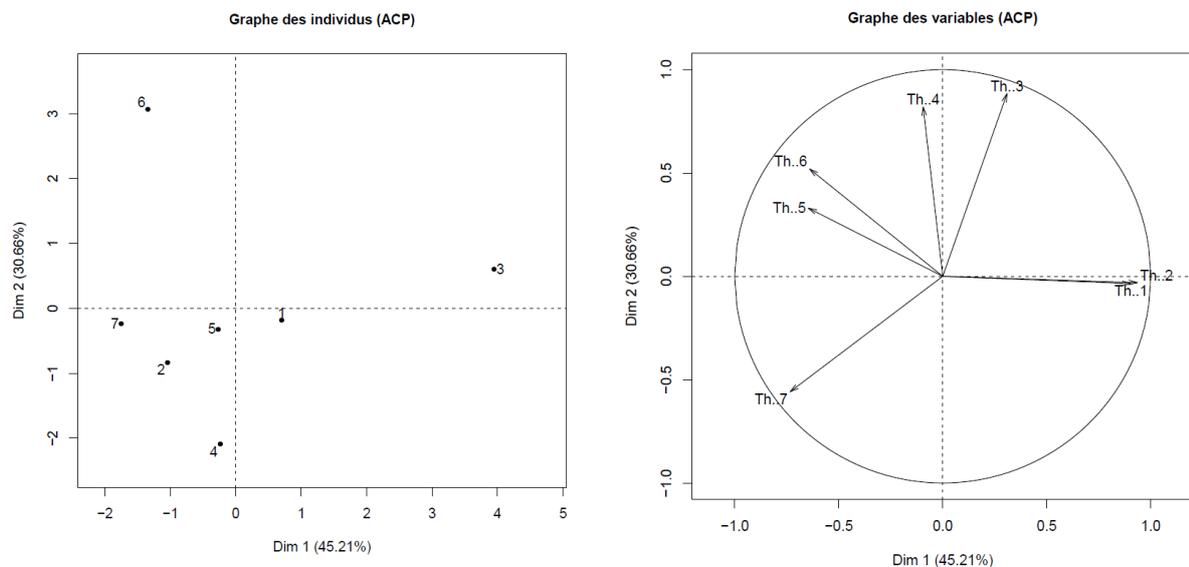


Figure 22 : ACP pour les cotations de la Personne atteinte de Maladie de Parkinson (PMP)

L'Analyse en Composantes Principales nous donne deux informations :

- Les moyennes des cotations de chaque orthophoniste, désignées par des points de 1 à 7, sont corrélées car les points sont groupés dans le graphique.

- Les orthophonistes 6 et 3 n'ont en revanche pas évalué les compétences de la Personne atteinte de la Maladie de Parkinson (PMP) avec les mêmes exigences que les autres thérapeutes.

Au sujet des moyennes de cotation pour chaque thème, représentées dans le deuxième graphique, il apparaît que les résultats au thème 1 et au thème 2 sont fortement corrélés.

2.4. Analyse en composantes principales (PC)

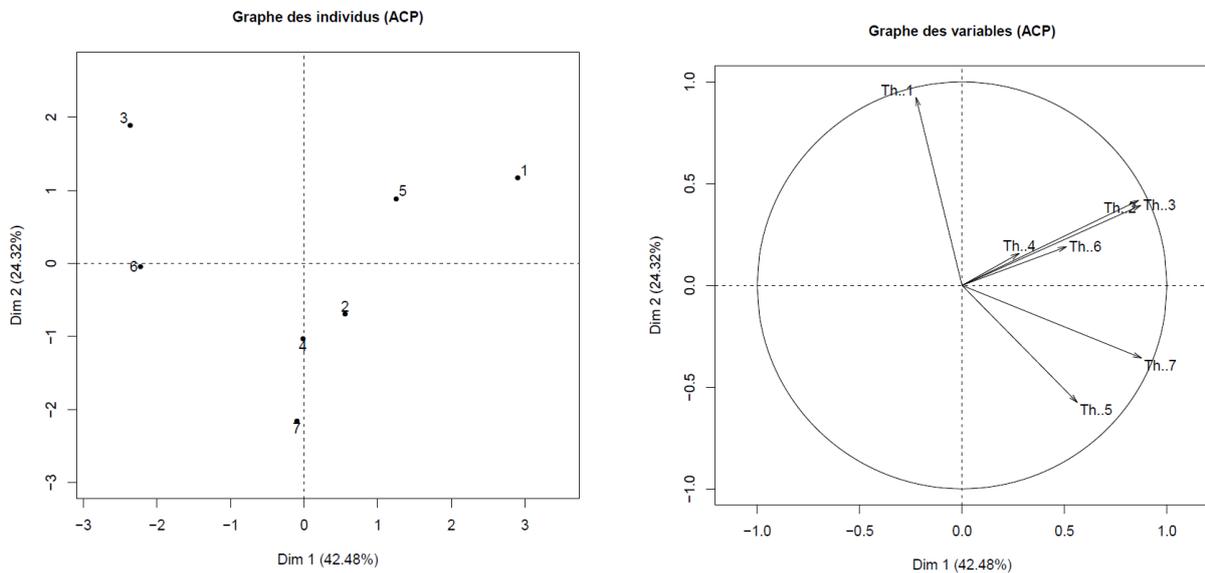


Figure 23 : ACP pour les cotations du Partenaire de Communication (PC)

Il apparaît sur le graphique que les cotations divergent de manière plus nette pour les cotations des compétences du Partenaire de Communication (PC). Trois groupes de cotation semblent se former :

- Les orthophonistes 6 et 3
- Les orthophonistes 2, 4 et 7
- Les orthophonistes 5 et 1

Concernant les moyennes pour chaque thème, il semble que les résultats au thème 2 et au thème 3 soient fortement corrélés pour le Partenaire de Communication.

2.5. Test des corrélations de Spearman

Le test des corrélations de Spearman a été réalisé à partir de la moyenne des cotations de chaque orthophoniste pour chaque thème. Cela dans le but de nous donner l'estimation d'une fidélité inter-juge, même si cela n'est pas réalisable étant donné que les orthophonistes n'ont coté qu'une vidéo. Chaque orthophoniste est une nouvelle fois désignée par un numéro de 1 à 7.

	1	2	3	4	5	6	7
1	1.0000000	0.8095243	0.7294918	0.7331123	0.9424148	0.5504982	0.7288961
2	0.8095243	1.0000000	0.5516097	0.7649667	0.7339246	0.6959004	0.7630743
3	0,7294918	0.5516097	1.0000000	0.5527195	0.7813545	0.5876775	0.4498898
4	0.7331123	0.7649667	0.5527195	1.0000000	0.7161863	0.3097879	0.5050084
5	0.9424148	0.7339246	0.7813545	0.7161863	1.0000000	0.6083516	0.6307043
6	0.5504982	0.6959004	0.5876775	0.3097879	0.6083516	1.0000000	0.4842539
7	0.7288961	0.7630743	0.4498898	0.5050084	0.6307043	0.4842539	1.0000000

Tableau 4 : résultats du test des corrélations de Spearman

Il est important de noter que lorsque le résultat est au-dessus de 0,6 cela indique une bonne corrélation, et au dessus de 0,8 une très bonne corrélation. Le test des corrélations de Spearman indique donc :

- Que les cotations de l'orthophoniste 1 ne sont pas corrélées avec celles de l'orthophoniste 6, bien corrélées avec celles des orthophonistes 3, 4 et 7, et très bien corrélées avec celles des orthophonistes 2 et 5.
- Que les cotations de l'orthophoniste 2 ne sont pas corrélées avec celles de l'orthophoniste 3, le sont avec celles des orthophonistes 4, 5, 6 et 7, et le sont très fortement avec les cotations de l'orthophoniste 1.
- Que les cotations de l'orthophoniste 3 ne sont pas corrélées avec celles des orthophonistes 2, 4, 6 et 7 et le sont avec celles des orthophonistes 1 et 5.
- Que les cotations de l'orthophoniste 4 ne sont pas corrélées avec celles des orthophonistes 3, 6 et 7 et qu'elles le sont avec les cotations des orthophonistes 1, 2 et 5.
- Que les cotations de l'orthophoniste 5 sont corrélées avec celles des orthophonistes 2, 3, 4, 6 et 7, et très bien corrélées avec les cotations de l'orthophoniste 1.
- Que les cotations de l'orthophoniste 6 ne sont pas corrélées avec celles de les orthophonistes 1, 3, 4 et 7 et corrélées à celles des orthophonistes 2 et 5.
- Que les cotations de l'orthophoniste 7 ne sont pas corrélées aux cotations des orthophonistes 3, 4 et 6, sont corrélées à celles de l'orthophoniste 5 et le sont fortement à celles des orthophonistes 1 et 2.

4. Discussion

1. Vérification des hypothèses opérationnelles et analyse des résultats

1.1. Hypothèse 1

Les données de la littérature sur lesquelles repose notre étude exposent les apports de l'analyse conversationnelle en termes d'évaluation écologique et exhaustive des compétences des personnes porteuses de troubles de la communication (Beeke, Maxim, et Wilkinson, 2007). LEOPOLD, dans son mémoire de fin d'études, a prouvé que la Grille d'Analyse Clinique de la Conversation - Aphasie permettait une analyse et un repérage des stratégies adaptatives et des dysfonctionnements importants présents dans des conversations filmées (Leopold, Croteau, et Peillon, 2010). Nous avons donc supposé dans notre première hypothèse, que la GACC-A pouvait devenir un outil pertinent pour l'analyse des interactions entre une personne porteuse de la maladie de Parkinson et son interlocuteur habituel, après une adaptation aux difficultés induites par cette maladie. Pour répondre à cette hypothèse, nous avons proposé aux orthophonistes de juger plusieurs aspects de la grille.

L'organisation des items a été globalement considérée comme cohérente. La présence d'items redondants a été décelée, certains d'entre eux ayant des composantes communes. Il nous a également été suggéré de réduire les items pour le Partenaire de Communication afin d'alléger la cotation. Or, l'analyse conversationnelle permet d'évaluer les compétences de la personne atteinte de troubles communicationnels, mais également celles de son interlocuteur. En effet, il s'agit d'observer les compensations mises en place par les deux acteurs de l'interaction, les stratégies positives ou négatives, et ce dans le but de leur proposer un accompagnement communicationnel (Beeke, Maxim, et Wilkinson, 2007; De Partz, 2014). Comment réduire la liste des comportements à évaluer pour le Partenaire de Communication sans dénaturer la Grille d'Analyse Clinique de la Conversation et en faire un bilan uniquement à destination de la personne porteuse de la maladie de Parkinson ? Il convient d'évaluer la pertinence des items concernant les compétences du Partenaire de Communication afin de déterminer ceux dont la cotation n'est pas nécessaire à l'appréciation de l'interaction entre les deux individus.

La pertinence du système de cotation et de commentaires a divisé les juges, notamment concernant le premier système et en particulier l'échelle du caractère favorable du comportement. L'une des orthophonistes a proposé la mise en place d'une échelle réduite de 1 à 3 plutôt que de 1 à 5. Il nous semble important de préciser que :

- Pour la Personne atteinte de la Maladie de Parkinson, parmi les 17 échelles non cotées par au moins une orthophoniste, c'est-à-dire 38% des échelles, 76% sont des échelles du caractère favorable du comportement (13 échelles sur 17).
- Pour le Partenaire de Communication, parmi les 21 échelles non cotées par au moins une orthophoniste, c'est-à-dire 44% des échelles, 71% sont des échelles du caractère favorable du comportement (15 échelles sur 21).

Cela nous amène à nous questionner au sujet de cette échelle : quelles sont les raisons qui ont conduit les orthophonistes à ne pas la coter ? Est-ce son caractère plus abstrait que les échelles de fréquence ou d'altération ? Un temps d'explications en groupe permettrait-il aux thérapeutes de tirer bénéfice de cette échelle ? Elle permet l'analyse qualitative des

comportements et de leur impact sur l'interaction, ce qui est important lors d'une analyse conversationnelle (Beeke, Maxim, et Wilkinson, 2007). Elle devra donc être améliorée à l'avenir afin de répondre aux objectifs de la grille et aux attentes des orthophonistes.

L'espace réservé aux commentaires a été utilisé par la plupart des orthophonistes, pour ajouter des précisions à la cotation des échelles, comme il était recommandé dans le document présentant la GACC-MP. Cela conforte notre hypothèse concernant la pertinence d'espaces réservés à l'ajout d'informations qualitatives.

Ensuite, il nous semble intéressant de mettre en lien les scores aux échelles de cohérence et de clarté des items qui ont obtenu des moyennes inférieures à 4 sur 5 :

- « Ajuste la longueur et la complexité des énoncés » : cet item a obtenu la moyenne de 3,5 en ce qui concerne la cohérence et celle de 3,8 sur 5 en ce qui concerne la clarté. Nous pouvons poser l'hypothèse que cet item a été considéré comme « moyennement cohérent » car l'intitulé n'était pas clairement formulé. Cet item est justifié par la littérature : une réduction de la longueur des énoncés produits est observée chez les patients atteints de la maladie de Parkinson, qui limitent progressivement leurs interactions du fait des efforts demandés par les productions langagières (Gentil et al., 2016). Une diminution du caractère informatif des énoncés et des difficultés d'élaboration de la structure des phrases également sont retrouvées dans le langage spontané (Pace et al., 2005).
- « Permet à la PMP de résoudre le bris par elle-même » (noté « résolution du bris » dans la partie précédente) : la cohérence de cet item a obtenu la moyenne de 3,8 et sa clarté 3,6 sur 5. Comme indiqué précédemment, seule une orthophoniste sur sept a coté cet item. Nous nous interrogeons sur les raisons de cette absence de cotation importante : est-ce du fait du manque de clarté de cet item ? Ou de sa non-application à la vidéo utilisée pour le test ? L'une des orthophonistes nous a suggéré de formuler autrement cet item pour qu'il puisse être coté également pour la Personne atteinte de la Maladie de Parkinson et pas uniquement pour le Partenaire de Communication. Il pourrait être intéressant de tester la GACC-MP à nouveau avec cet item après l'avoir reformulé et avoir ajouté des explications quant à sa cotation dans le document accompagnant la grille. Il serait alors à coter pour les deux partenaires de communication et à partir d'une vidéo présentant des ruptures importantes dans l'interaction.
- « Pose des questions ouvertes / fermées / à choix » : ces trois items ont obtenus respectivement les moyennes de 3,6 ; 3,8 et 3,4 sur 5 concernant leur cohérence. En revanche, leur clarté a été évaluée à 4,8 sur 5 pour les trois. Présents dans la GACC-A, ces items nous semblaient pertinents dans le sens où ils permettaient de décrire l'utilisation des questions au sein de la dyade et leur impact sur l'interaction. Cependant, ces items n'ont pas été jugés pertinents malgré la clarté de leur formulation. Leur regroupement en un item unique pourrait alléger la cotation de la grille, où l'orthophoniste serait invité à qualifier le type de questions, c'est-à-dire ouverte, fermée, à choix, employé en général par la dyade en commentaire.
- « Est sensible aux mimiques de l'autre » : cet item a obtenu la moyenne de 3,1 sur 5 en termes de cohérence, et de 3,8 sur 5 pour la clarté. Dans la littérature, le rôle des mimiques dans la communication non-verbale s'exprime par la réponse aux mimiques de l'autre et l'adaptation du discours en fonction de celles-ci (Cosnier, 1996). De plus,

les personnes porteuses de la maladie de Parkinson présentent un trouble de la reconnaissance des mimiques faciales, en particulier des émotions négatives (Narme et al., 2013 ; De Risi et al., 2017). La maladie de Parkinson induit également une amimie, qui peut entraîner des réactions négatives de la part des interlocuteurs de la personne car elle peut donner l'impression de ne pas s'intéresser aux propos de l'autre, d'être introvertie ou encore inhibée (Pace et al., 2005 ; Gentil et al., 2016). Une reformulation de cet item pourrait donc être envisagée.

Puis, la majorité des orthophonistes ont jugé qu'il ne manquait pas d'item dans la GACC-MP, certaines ont même considéré qu'il y en avait trop. L'une des thérapeutes nous a tout de même proposé d'ajouter un item concernant la coordination pneumo-phonatoire. En effet, les troubles pneumophoniques, induits par une baisse de la pression sous-glottique et de la pression intra-orale, sont des composantes de la dysarthrie parkinsonienne (Sarr et al., 2009). Ce point pourrait donc être ajouté à la rubrique « Qualité de la voix et de l'articulation ».

Enfin, la pertinence de cet outil a été approuvée par la majorité des orthophonistes l'ayant testé, sauf une qui a précisé que la GACC-MP était adaptée à la recherche mais pas à la pratique clinique. Les autres juges ont tout de même regretté le temps de cotation trop long. L'une d'entre elle a considéré qu'il ne s'agissait pas d'un outil de bilan et de rééducation exclusif. Nous pouvons donc nous interroger concernant d'éventuels éléments manquants afin de faire de la GACC-MP un outil exclusif.

Nos résultats semblent partiellement valider notre première hypothèse puisque les orthophonistes ayant testé la GACC-MP ont pour quelques-unes, été mises en difficulté par le système de cotation mais ont jugé positivement l'organisation, la pertinence et la clarté de la plupart des items, l'exhaustivité de l'outil et sa pertinence sur le plan clinique.

1.2. Hypothèse 2

Notre deuxième hypothèse concerne la prise en main facile de l'outil, ainsi que le temps d'analyse et de cotation, que nous espérons réduit, afin de répondre aux contraintes temporelles de la clinique orthophonique en libéral ou en institution. Des questions au sujet des premières impressions induites par la grille, du nombre de visionnements de la vidéo nécessaires pour la cotation, de la pertinence et de l'exhaustivité du document présentant la GACC-MP et enfin du temps d'analyse et de cotation ont donc été posées aux juges.

Les premières impressions rapportées par les orthophonistes ont été plutôt négatives. La longueur de la grille a été particulièrement relevée, ainsi que sa complexité. Certains items ont paru très abstraits, subjectifs et pour certains redondants. Nous avons fait le choix lors de l'adaptation d'augmenter les espaces réservés aux commentaires des orthophonistes afin de pouvoir ajouter des informations qualitatives, et ce au détriment de la longueur de la grille. Cette longueur, associée à la présentation format paysage de la GACC-MP semble avoir influencé négativement les impressions des juges. Un changement de la présentation permettrait donc de rendre plus ergonomique la GACC-MP.

Ensuite, il a été demandé aux orthophonistes de renseigner le nombre de visionnements de la vidéo qui leur ont été nécessaire afin de réaliser la cotation de la grille. Le nombre moyen de visionnements obtenu a été de 5,5 visionnements pour une vidéo de courte

durée. Certaines juges ont précisé avoir examiné de nombreuses fois des passages de la vidéo. Ce nombre important de visionnements laisse supposer que la grille nécessite une analyse pointue et que la cotation d'une vidéo plus longue pourrait être difficile si l'outil n'est pas particulièrement maîtrisé.

Pour finir concernant la prise en main de la GACC-MP, nous avons élaboré un document explicatif. Ce document fournit les informations suivantes :

- Présentation de l'outil, de ses objectifs, ses critères d'inclusion et ses critères d'exclusion
- Définitions des items
- Présentation des différentes échelles et indications pour la cotation

Ce document a été considéré comme utile et complet par la majorité des orthophonistes, même s'il a été notifié qu'il manquait des consignes plus approfondies pour la cotation. Des explications au sujet du recueil du corpus vidéo pourraient être ajoutées à ce document, comme le temps d'enregistrement nécessaire pour avoir un corpus assez riche et les consignes à donner à la dyade. Il a été particulièrement apprécié lors de la cotation des items afin d'en avoir une définition précise. En mettant en lien les réponses à cette question, celles concernant la cohérence et la clarté des items et enfin le taux d'abstention lors du test, nous pouvons supposer que ce document n'est pas assez complet pour permettre une prise en main assurée de la GACC-MP. Il pourrait être enrichi avec les informations suivantes :

- Des données théoriques au sujet des principes de l'analyse conversationnelle
- Des données théoriques concernant les troubles communicationnels présentés fréquemment par les personnes atteintes de la maladie de Parkinson
- Des consignes pour le recueil du corpus
- Des définitions plus complètes des items accompagnées d'exemples de cotation

Au sujet du temps d'analyse et de cotation, les orthophonistes ont indiqué avoir mis 50 minutes en moyenne pour la cotation de la vidéo. Il ne leur a pas été demandé d'analyser les résultats de la dyade pour fournir des axes thérapeutiques. Cette analyse serait un temps supplémentaire à ajouter à celui de la cotation. La GACC-MP ne présente donc pas un temps de cotation réduit, comme nous l'espérons. En revanche, il permet d'utiliser des éléments de l'analyse conversationnelle sans transcription des échanges, ce qui offre un gain de temps considérable. En effet, dans son étude, FREYDIER souligne le temps d'analyse important des données lors de l'analyse conversationnelle des interactions de deux couples dont l'un des partenaires est porteur de la maladie de Parkinson (Freydier, 2016). Nous pouvons faire le parallèle avec un outil d'évaluation de la communication : l'Echelle de Communication Verbale de Bordeaux. Il est indiqué dans le manuel que la passation peut avoir une durée de 20 à 30 minutes. Cependant, lors d'une étude, Faucher et al. ont précisé que ce temps pouvait être doublé s'ils utilisaient les questions ouvertes et non les questions à choix (Faucher et al., 2009). Sur le plan de la littérature, le temps de cotation de la GACC-MP semble dans la norme, mais sur le plan clinique, les orthophonistes l'ont jugé trop important. Des adaptations seront donc nécessaires également, afin que l'outil puisse correspondre aux contraintes temporelles de l'exercice clinique.

En observant les réponses des orthophonistes nous pouvons dire que l'hypothèse concernant la prise en main facile et le temps de cotation rapide n'est pas validée. Ces résultats peuvent être nuancés en tenant compte du fait que les orthophonistes n'ont utilisé la grille qu'une fois pour coter un seul échange. La GACC-MP devra encore être améliorée pour répondre à ces objectifs.

1.3. Hypothèse 3

Notre troisième hypothèse était la suivante : « L'analyse de la grille d'analyse conversationnelle permet l'élaboration d'un profil de communication, oriente les conseils d'accompagnement communicationnel et le développement d'axes rééducatifs portés sur des éléments de communication, de pragmatique ou d'articulation. ».

Tout d'abord, le projet d'élaborer un profil récapitulatif des compétences pour chaque membre de la dyade n'a pas été mené à son terme. En effet, la valeur positive ou négative des échelles selon les items a été un frein majeur à l'élaboration d'un récapitulatif visuel permettant une analyse rapide.

Ensuite concernant l'orientation des conseils d'accompagnement et l'élaboration d'axes rééducatifs, la réponse des orthophonistes ayant procédé au test de la grille est purement théorique. La majorité des juges a considéré qu'il était possible d'élaborer des axes thérapeutiques grâce à l'utilisation de la GACC-MP. Le fait que cette évaluation soit effectuée à partir d'une vidéo a posé question à l'une des orthophonistes. Pourtant cette méthode permet une évaluation multimodale et est fréquemment utilisée lors d'analyses conversationnelles (Beeke, Maxim, et Wilkinson, 2007). L'une des thérapeutes a ajouté qu'il manquerait à cette analyse des éléments objectifs comme le Temps Maximum de Phonation et la mesure chiffrée de l'intensité vocale du patient. Ces éléments peuvent effectivement appuyer les observations qualitatives obtenues lors de la cotation de l'échange. Cependant, ils ne nous semblent pas essentiels afin de proposer un accompagnement communicationnel et des axes thérapeutiques portant sur la communication. En effet, l'un des principaux objectifs de l'analyse conversationnelle est d'étudier le langage de manière contextualisée et dans son contexte interactionnel écologique (Beeke, Maxim, et Wilkinson, 2007).

La troisième hypothèse de notre étude est donc validée partiellement et de manière théorique. Cela pourrait faire l'objet d'une étude future, que nous évoquerons dans la partie concernant les perspectives.

1.4. Hypothèse 4

Nous avons supposé, pour notre dernière hypothèse, que la GACC-MP présenterait une bonne corrélation entre les cotations de plusieurs juges à partir d'un même échange filmé.

L'observation des Analyses en Composantes Principales et des corrélations de Spearman nous renseigne sur plusieurs aspects :

- Pour les cotations de la Personne atteinte de la Maladie de Parkinson : seules les cotations de deux orthophonistes ne sont pas corrélées aux autres. Les compétences concernant les attitudes d'écoute et les ajustements prosodiques et linguistiques semblent obtenir des cotations corrélées.
- Pour les cotations du Partenaire de Communication : les cotations des orthophonistes ne sont que très peu corrélées. Les compétences concernant les ajustements d'ordre prosodique et linguistiques, et la qualité de la voix et de l'articulation semblent obtenir des cotations corrélées.
- Les cotations des orthophonistes sont dans l'ensemble corrélées, sauf concernant les cotations de deux professionnelles sur les sept ayant testé la grille.

Cependant, si les analyses statistiques semblent confirmer l'hypothèse de la bonne corrélation des cotations, l'analyse en détail de ces dernières montre que les cotations des orthophonistes ne sont pas identiques dans la majorité des cas. Contrairement à nos suppositions premières, les cotations ont été plus divergentes et le pourcentage d'items non cotés s'avère plus important concernant les compétences du Partenaire de Communication que pour celles de la Personne atteinte de la Maladie de Parkinson. Nous pouvons nous interroger sur les raisons de ces divergences et ce taux important de non cotation : les orthophonistes éprouveraient-elles plus de difficultés à analyser les compétences du partenaire de communication que celles de la personne porteuse de la pathologie ? Cela vient renforcer nos suppositions concernant les bénéfices d'un temps d'explications ou de l'étayage du document explicatif. En effet, l'analyse des compétences des interlocuteurs peut être très riche, notamment pour la mise en place d'un accompagnement conversationnel.

La dernière hypothèse de notre étude n'est donc pas validée. Cependant, le fort pourcentage de non cotation induit des biais importants dans l'analyse de la corrélation entre les résultats des orthophonistes.

2. Réponse à la problématique et à l'hypothèse générale

L'objectif de ce mémoire était de répondre à la problématique suivante : l'adaptation et l'utilisation d'une grille d'analyse conversationnelle permettent-elles une évaluation exhaustive des interactions entre un patient atteint de la maladie de Parkinson et un interlocuteur ? Nous supposons que les modifications apportées à un tel outil et son utilisation par la suite permettraient de décrire les compétences et les dysfonctionnements présents lors d'échanges entre une personne porteuse de la maladie de parkinson et un interlocuteur proche.

L'utilisation de l'analyse conversationnelle a prouvé son efficacité pour évaluer de manière écologique les interactions entre une personne porteuse de troubles communicationnels et un interlocuteur. Dans le but de mettre en lumière les comportements négatifs mais également les compétences de chacun ainsi que les moyens de compensation mis en place, et finalement de proposer un accompagnement communicationnel (De Partz, 2014). Nos résultats montrent que l'utilisation et l'adaptation d'un outil reprenant les principes

de l'analyse conversationnelle sont pertinentes pour apprécier les différents aspects de la communication d'une personne porteuse de la maladie de Parkinson et de son interlocuteur. Le jugement positif des orthophonistes au sujet de l'organisation, la clarté et la pertinence d'une majorité des items, ainsi que sur l'exhaustivité de l'outil, confortent ce constat. Il en est de même pour l'élaboration d'axes thérapeutiques, rendue possible théoriquement par l'analyse de la GACC-MP.

Cependant, nos résultats mettent également en exergue les modifications qui sont encore à réaliser pour faire de cet outil un bilan complet et correspondant à la pratique clinique des orthophonistes en termes de temps et de facilité d'administration. L'analyse des cotations de plusieurs juges sur un même échange filmé n'a pas montré de corrélations significatives. Ces résultats sont tout de même à nuancer, compte tenu du pourcentage important d'items non cotés par au moins une orthophoniste.

Tous ces éléments nous amènent à énoncer que l'hypothèse générale de notre travail est partiellement validée car la GACC-MP semble être un outil pertinent, mais qui nécessite encore des ajustements afin de permettre une évaluation exhaustive. Ils nous ont également permis de nous interroger quant aux limites et aux perspectives de cette étude.

3. Limites de l'étude

3.1. Limites du protocole

L'une des limites de notre protocole est une partie inhérente de la GACC : le système de cotation. En effet, la pertinence de ce système a été remise en question pour plusieurs raisons :

- La notion de subjectivité a été évoquée par l'une des juges concernant les échelles de Likert présentes dans la GACC-MP.
- L'échelle qui a été la plus difficile à coter pour les orthophonistes a été celle du caractère favorable du comportement. En effet, cette notion est abstraite, il s'agit de s'extraire de la cotation quantitative pour apprécier l'effet d'un comportement sur l'interaction. Cependant, cette relation n'est pas toujours évidente à percevoir.
- L'impossibilité de coter « non observé » à un item alors que certains comportements n'étaient pas présents dans la vidéo proposée aux orthophonistes : par exemple, dans la rubrique « Moyens de communication non-verbaux », un item concernait l'utilisation de l'écrit pour communiquer, à coter en terme de fréquence et du caractère favorable. Or, cette situation ne se présentait pas dans l'extrait. Il était donc conseillé aux orthophonistes de coter « 1 – jamais » en terme de fréquence, mais « 5 – très favorable », si elles pensaient que ce moyen de communication n'était pas nécessaire aux interactions de la dyade. En fait, il aurait été plus exact d'ajouter une option « Non observé » pour ce type d'item.
- La valeur positive ou négative de l'échelle de fréquence : cette notion a représenté un frein dans l'élaboration d'un profil récapitulatif permettant d'avoir une vue globale des compétences de chaque interlocuteur. En effet, la cotation « 1 – jamais » peut avoir plusieurs significations :
 - o Si elle concerne la fréquence des regards, alors il s'agira d'un élément négatif.

- Si elle concerne la fréquence à laquelle le Partenaire de Communication coupe la parole à la Personne atteinte de la Maladie de Parkinson, alors il s'agira d'un élément positif.

D'ailleurs, l'utilisation d'échelles quantitatives est contraire aux principes de base de l'analyse conversationnelle, qui encouragent les thérapeutes à observer sans jugement la survenue des comportements et à les notifier (Beeke, Maxim, et Wilkinson, 2007). LEOPOLD, dans son étude, proposait l'utilisation non plus d'échelles numériques mais d'échelles représentées par des flèches (Leopold, Croteau, et Peillon, 2010). Cela compliquerait tout de même les analyses quantitatives. Nous avons considéré que celles-ci seraient complétées par des d'informations qualitatives riches en encourageant les testeurs de la grille à ne pas simplement coter les échelles.

Une autre limite de notre protocole est l'utilisation d'enregistrements vidéo car cela peut avoir un effet négatif sur l'aspect naturel des interactions. Cependant, il nous semblait important que l'orthophoniste puisse visionner plusieurs fois l'échange dans son intégralité ou simplement des parties. Une cotation en direct impliquerait, elle aussi, des biais car le thérapeute ne pourrait coter tous les items et faire attention aux interactions non-verbales par exemple. De plus, cela ne jouerait pas en faveur d'une interaction naturelle également. La durée de la vidéo que nous avons sélectionnée pour le test de la GACC-MP semble également constituer une limite car elle était très courte. Elle ne permettait pas aux interlocuteurs de s'habituer à la caméra et représentait un corpus restreint. Malgré ces aspects, nous avons choisi cette vidéo pour éviter un investissement temporel trop long pour les orthophonistes volontaires. Pour finir, la question de la mise en pratique par les orthophonistes du recueil de corpus dans la réalité clinique reste en suspens. Une cotation en différé, juste après un entretien avec la dyade par exemple, serait envisageable si le thérapeute possède une très bonne connaissance de l'outil.

3.1.1. Protocole expérimental

Le déroulement du protocole expérimental nous semble également comporter des limites. En effet, pour des raisons techniques et temporelles, nous avons choisi de fournir aux orthophonistes un document explicatif pour les guider dans l'utilisation de ce nouvel outil. Il semble que ce document soit précieux pour la cotation mais ne suffise pas à répondre à tous les questionnements des testeurs. Il aurait pu être bénéfique de prévoir un temps d'échange en groupe ou d'enrichir encore ce document comme il a été évoqué dans la partie précédente. De même, le nombre restreint d'orthophonistes ayant renvoyé les documents a contribué à réduire nos possibilités d'analyse : treize professionnelles se sont engagées à tester la GACC-MP et sept d'entre elles ont réellement participé à cette étude.

3.2. Limites de l'analyse des résultats

L'analyse des résultats concernant la corrélation entre les cotations des différents juges pour un même échange représente l'une des limites de cette étude pour plusieurs raisons :

- Le test des corrélations de Spearman et l'Analyse en Composantes Principales ont été réalisés à partir des moyennes des cotations pour chaque rubrique.

- Ces moyennes ne sont pas représentatives étant donné le nombre important d'échelles non cotées par au moins un orthophoniste.
- Nous avons effectué le test des corrélations de Spearman en considérant chaque thème comme la cotation d'une autre vidéo. Il aurait donc fallu proposer aux orthophonistes de coter plusieurs échanges. Ceci n'a pas été possible car, ne sachant pas le temps de cotation pour une vidéo, il nous semblait difficile de demander aux juges d'en évaluer plusieurs. De plus, le test des corrélations de Spearman n'aurait été significatif qu'avec un nombre important de juges.

4. Perspectives

4.1. Affinement de la GACC-MP

La GACC-MP doit être améliorée en tenant compte des remarques des juges. Un tri des items peut être réalisé afin de réduire cette sensation de redondance ressentie par certains juges. Une amélioration de la mise en page de la grille semble également nécessaire afin de la rendre plus ergonomique. De plus, l'élaboration puis l'utilisation d'une version simplifiée en première intention, comme nous l'a suggéré l'une des orthophonistes, constitueraient potentiellement un moyen de réduire le temps de cotation de la GACC-MP. En effet, cette grille regrouperait les items et ne donnerait que trois possibilités à l'évaluateur : déficitaire, préservé et non observé. Aussi bien pour la Personne atteinte de la Maladie de Parkinson (PMP) que pour son partenaire. Cette première cotation permettrait de guider le thérapeute et de ne réaliser une analyse poussée que pour les aspects entravant la communication. Cette vue simplifiée de la grille offrirait ainsi une représentation visuelle des habiletés et compétences à renforcer des deux interlocuteurs, à l'aide d'une évaluation qualitative et non de la cotation d'une échelle chiffrée.

Le système de cotation nécessite d'ailleurs des modifications, notamment l'échelle du caractère favorable du comportement : nous avons vu dans les réponses des orthophonistes au questionnaire que cette échelle était problématique. L'une d'entre elles nous a proposé la mise en place d'une échelle simplifiée de 1 à 3 (non favorable, neutre, très favorable). Ceci pourrait en effet faciliter la prise en main de cette échelle par les professionnels. Il serait cependant nécessaire d'évaluer la sensibilité de cette échelle.

4.2. Nouveau test de la grille

A la suite de ces rectifications, la grille nécessiterait un nouveau test par des orthophonistes. Un temps d'explications en groupe avant cette cotation pourrait être proposé, afin de leur définir les objectifs de la grille et les différents items et de répondre à leurs questions. Nous pouvons nous interroger quant à l'intérêt de faire participer à ce test des thérapeutes habitués à la pratique de l'analyse conversationnelle au regard de leur pratique. Afin de compléter ce test, les apports d'une confrontation entre les cotations d'orthophonistes ayant utilisé la grille après avoir lu le document explicatif, enrichi par des données théoriques et des exemples de cotations, et les cotations d'orthophonistes ayant participé à un temps d'explications et d'échanges en groupe nous renseigneraient quant au support à employer pour la présentation de la GACC-MP.

La validation future de la GACC-MP nécessiterait :

- La participation d'un plus grand nombre d'orthophonistes
- La cotation de plusieurs échanges par les volontaires et l'étude des corrélations entre les différentes cotations
- La confrontation des résultats avec des outils évaluant la communication des personnes atteintes de la maladie de Parkinson comme le Parkinson's Disease Questionnaire (PDQ-39), le Self Assessment of Interactions Disorders (SAID) (Pace et al. 2005) ou encore le Dysarthria Impact Profile (DIP) (Letanneux et al. 2013).

4.3. Mise en place d'un accompagnement avec l'apport de la GACC-MP

En perspective de cette étude se dégage l'intérêt de réaliser l'accompagnement communicationnel avec des dyades composées d'une personne atteinte de la maladie de Parkinson et d'un interlocuteur proche. Après un entretien permettant de recueillir les informations anamnestiques des individus, leurs plaintes et leurs attentes vis-à-vis de l'accompagnement, la GACC-MP permettrait l'élaboration de conseils communicationnels par l'orthophoniste. Ces conseils seraient à destination des deux partenaires, viseraient l'efficacité et le plaisir des interactions. Un temps de retour avec la dyade, afin de proposer ces conseils en illustrant les propos du thérapeute grâce à la grille et des fragments de l'échange filmé, aurait tout son intérêt. De plus, l'orthophoniste déterminerait des axes rééducatifs individuels pour la personne atteinte de la maladie de Parkinson à partir de ses capacités lors d'interactions écologiques et mettrait celles-ci en lien avec les scores obtenus lors d'épreuves isolées ou d'exams objectifs. Ceci dans le but de proposer une prise en soin écologique et au plus près des attentes du patient et de son entourage. A distance, la cotation d'un nouvel échange pourrait mettre en évidence les éventuels changements présents dans la communication de la dyade à la suite de l'accompagnement communicationnel. Se dégage ensuite l'intérêt de l'utilisation avant et après l'accompagnement communicationnel d'un questionnaire du ressenti du handicap conversationnel, comme le Self Assessment of Interactions Disorders (Pace et al., 2005) ou le Dysarthrie Impact Profile (DIP) (Letanneux et al., 2013) pour objectiver l'efficacité de ce suivi du point de vue de la dyade.

Conclusion

Au cours de cette étude, nous avons procédé à l'adaptation de la Grille d'Analyse Clinique de la Conversation – Aphasie (GACC-A) (Leopold, Croteau, et Peillon, 2010) aux difficultés interactionnelles présentées par les personnes atteintes de la maladie de Parkinson. La nouvelle version de cet outil, appelée Grille d'Analyse Clinique de la Conversation – Maladie de Parkinson (GACC-MP), a été testée par sept orthophonistes grâce à la cotation d'un échange filmé envoyé par des volontaires. Les professionnelles étaient ensuite invitées à répondre à un questionnaire à propos de la grille. Nous avons ainsi observé leurs impressions et la corrélation entre leurs cotations à partir d'un même échange filmé.

En conclusion, il a été mis en lumière que la GACC-MP ne répondait pas entièrement aux contraintes de la pratique orthophonique de par son temps de cotation et sa présentation. De plus, l'étude des cotations des orthophonistes pour un même échange n'a pas permis de démontrer leur corrélation. De nouvelles adaptations seront donc nécessaires étant donné qu'il a tout de même été démontré qu'en cette grille résidait un outil pertinent pour l'évaluation des interactions des personnes atteintes de la maladie de Parkinson et de leur interlocuteur.

Cette étude nous a permis d'approfondir nos connaissances au sujet de la maladie de Parkinson, de la communication et de l'évaluation de cette dernière. Elle a été d'une grande richesse sur le plan humain, puisqu'elle nous a donné l'occasion d'être en contact avec des personnes atteintes de la maladie de Parkinson et leurs proches, volontaires et d'une grande gentillesse. Les échanges filmés ont parfaitement illustré le fait qu'il n'existe pas une maladie de Parkinson mais des maladies de Parkinson. Ce mémoire a également été l'occasion d'échanger avec de nombreux professionnels.

En termes d'apports professionnels, cette étude est marquée par la volonté de proposer aux orthophonistes un outil pertinent et exhaustif, permettant d'élaborer des axes thérapeutiques individualisés, au plus proche des attentes des personnes atteintes de la maladie de Parkinson et de leur entourage. Il s'agit d'évaluer le langage dans son aspect interactif et écologique, afin d'essayer de rétablir le plaisir de communiquer et de retrouver une place d'interlocuteur à part entière, au-delà des troubles et de la maladie.

Références bibliographiques

- Anheim, M., E. Lohmann, et A. Dürr. 2015. « Aspects génétiques ». In *La maladie de Parkinson*, par L. Defebvre et Marc Vérin, 3^e éd., 21-31. Elsevier Masson.
- Atkinson, J.M, et J. Heritage. 1984. « Structures of social action : Studies in Conversation Analysis ». Cambridge University Press.
- Azulay, J-P, Witjas, T., Eusebio, A., 2017. « Les signes non moteurs de la maladie de Parkinson ». *La Presse Médicale* 46 (2, Part 1): 195-201.
- Basille-Fantinato, A., Krystkowiak, P.. 2010. « Hypersialorrhée chez le patient parkinsonien ». *Pratique Neurologique - FMC* 1 (1): 7-14.
- Beeke, S., Maxim, J., et Wilkinson, R.. 2007. « Using conversation analysis to assess and treat people with aphasia » 28 (2): 136-47.
- Benke, Th, Hohenstein, B., Poewe, W., et Butterworth, B.. 2000. « Repetitive Speech Phenomena in Parkinson's Disease ». *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 69 (3): 319-24.
- Blanchet, P., 1995. *La pragmatique, d'Austin à Goffman*. Bertrand-Lacoste.
- Bonnet, A-M., Hergueta, T., et Czernecki, V., 2013. « La maladie de Parkinson : au-delà des troubles moteurs ». In , 158.
- Braak, H., de Vos, R., Bohl, J., Del Tredici, K., 2006. « Gastric α -synuclein immunoreactive inclusions in Meissner's and Auerbach's plexuses in cases staged for Parkinson's disease-related brain pathology ». *Neuroscience Letters* 396 (1): 67-72.
- Brin-Henry, F., Courrier, C., Lederlé, E., Masy, V., 2011. *Dictionnaire d'Orthophonie*. 3^e éd. Ortho édition.
- Charolles, M., 2011. « Cohérence et cohésion du discours ». In *Dimensionen der Analyse Texten und Diskursivent - Dimensioni dell'analisi di testi e discorsi*, par K. Holker et C. Marelllo, 153-73. Lit Verlag.
- Chrysostome, V., et Tison, F., 2015. « Epidémiologie ». In *La maladie de Parkinson*, par Defebvre L. et Vérin M., 3^e éd., 1-5. Elsevier Masson.
- Clairembault, T., Leclair-Visonneau, L., Derkinderen, P., Neunlist, M., Coron, E., Lebouvier, T., 2013. « Le système nerveux entérique : une fenêtre sur l'atteinte du système nerveux central dans la maladie de Parkinson ». *Pratique Neurologique - FMC* 4 (4)
- Cosnier, J. 1996. « Les gestes du dialogue, la communication non-verbale », 129-38.
- Couloume, L., Leclair-Visonneau, L., et Derkinderen, P., 2018. « Les agrégats d'alpha-synucléine : un biomarqueur du diagnostic et du pronostic des synucléinopathies ? » *Pratique Neurologique - FMC, JNLF* 2018, 9 (2): 152-55.
- De Partz, M.-P. 2014. « L'analyse conversationnelle et son implémentation en rééducation ». In *Communiquer malgré l'aphasie*, 109-15. Sauramps Medical.
- De Risi, M. et al., 2017. « Facial Emotion Decoding in Patients with Parkinson's Disease. » *The International Journal of Neuroscience* 128 (1): 71-78.
- Defebvre, L. 2007. « La maladie de Parkinson et les syndromes parkinsoniens apparentés ». *Médecine Nucléaire* 31 (6): 304-13.
- . 2017. « Les nouveaux critères diagnostiques de maladie de Parkinson ». *Pratique Neurologique - FMC* 8 (1): 3-7.
- Derkinderen, P., Damier, P., 2015. « Ethiopathogénie ». In *La maladie de Parkinson*, par Luc Defebvre et Marc Vérin, 3^e éd., 13-19. Elsevier Masson.

- Devos, D., et al. 2014. « Targeting Chelatable Iron as a Therapeutic Modality in Parkinson's Disease ». *Antioxidants & Redox Signaling* 21 (2): 195-210.
- Dressen, C., Brandel, J-P., Schneider, A., Magar, Y., Renon, D., Ziegler, M., 2007. « Impact de la maladie de Parkinson sur la qualité de vie des conjoints de patients. Une étude qualitative », 801-7.
- Drew, P., 1997. « ' "Open" class repair initiators in response to sequential sources of troubles in conversation ». *Journal of Pragmatics* 28, 1997.
- Dujardin, K., Defebvre, L., 2007. *Neuropsychologie de la maladie de Parkinson et des syndromes apparentés*. Elsevier Masson.
- Faucher, M-E., Maxès-Fournier, C., Ouimet, C-A, Macoir, J., 2009. « Evaluation de la communication fonctionnelle des personnes aphasiques : avantages et limites de l'Echelle de Communication Verbale de Bordeaux » 33 (2): 89-89.
- Fillatre, G., Pinto, S., 2008. « La dysarthrie parkinsonienne. 1. Physiopathologie et évaluations instrumentales ». *Glossa n°104*, 4-17.
- Fond, G., Lancon, C., Auquier, P., Boyer, L., 2019. « Prévalence de la dépression majeure en France en population générale et en populations spécifiques de 2000 à 2018 : une revue systématique de la littérature », 2019.
- Fortier, J., Besnard, J., Allain, J., 2016. « Social cognition in normal and pathological aging ». *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, n° 4 (décembre): 438-446.
- 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 ».
- Gentil, C., Esnault, A-L, Danaila, T., Broussolle, E., Thobois, S., 2016. « L'intervention orthophonique dans la maladie de Parkinson ». *Pratique Neurologique - FMC* 7 (4): 256-65.
- HAS. 2016. « Guide du parcours de soins : Maladie de Parkinson ».
- Hassan, A., et al., 2012. « What are the issues facing Parkinson's disease patients at ten years of disease and beyond ? Data from the NPF-QII study », 2012.
- Hausser-Hauw, C. 2018. *La maladie de Parkinson*. 1^{re} éd. Que sais-je ? 4100. Puf.
- Kerbrat-Orecchioni, C. 1990. *Les interactions verbales - tome 1*. Armand Colin.
- Krystkowiak, P. 2015. « Echelles et questionnaires ». In *La maladie de Parkinson*, par L. Defebvre et Marc Vérin, 113-32. Elsevier Masson.
- Lardenois, O., Besnard, J., Allain, P., 2018. « Théorie de l'esprit et maladies neurodégénératives sous-corticales : profils de déficits et conséquences fonctionnelles, Theory of mind in subcortical neurodegenerative disease: patterns of deficits and functional consequences ». *Revue de neuropsychologie* me 10 (2):
- Leopold, P., Croteau, C., Peillon, A., 2010. « Elaboration d'une grille d'observation des comportements de communication manifestés par des couples dont un conjoint présente une aphasie modérée à sévère ». Université Claude Bernard Lyon1.
- Letanneux, A., Walshe, M., Viallet, F., Pinto, S., 2013. « The Dysarthria Impact Profile : A preliminary french experience with Parkinson's Disease », 2013, Hindawi Publishing Corporation édition.
- Lock, S. et al. 2001. « Supporting Partners of People with Aphasia in Relationships and Conversation (SPPARC) », 25-30.
- Longhi, J., Sarfati, G., 2011. *Dictionnaire de pragmatique*. Armand Colin.

- Moisan, F., Wanneveich, M., Kab, S., Moutengou, E., Boussac-Zarebska, M., Carcaillon-Bentata, L., Jacquin-Gadda, H., Joly, P., Elbaz, A., 2018. « Fréquence de la maladie de Parkinson en France en 2015 et évolution jusqu'en 2030 », 128-40.
- Moreau, C., et Defebvre, L., 2015. « Signes moteurs ». In *La maladie de Parkinson*, par L. Defebvre et Marc Vérin. Elsevier Masson.
- Narme, P., Mouras, H., Roussel, M., Duru, C., Krystkowiak, P., Godefroy, O., 2013. « Emotional and Cognitive Social Processes Are Impaired in Parkinson's Disease and Are Related to Behavioral Disorders ». *Neuropsychology* 27 (mars): 182-92.
- Pace, C., Robert, D., Loundou, A., Azulay, J-P, Witjas, T., Giovanni, A., Auquier, P., 2005. « Evaluation du handicap communicationnel dans la maladie de Parkinson : développement et prévalidation d'une échelle d'auto-évaluation des troubles communicationnels », n° 224: 81-99.
- Parkinson, J., 2002. « An Essay on the Shaking Palsy ». *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 14 (2): 223-36.
- Petit, H., Allain, H., Vermersch, P., 1994. *La maladie de Parkinson, clinique et thérapeutique*. Elsevier Masson. Paris.
- Petitjean, C., Pekarek Doehler, S., 2017. « Développements actuels en analyse conversationnelle et recherches sur les interactions en français » XXII: 5-14.
- 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*, Journées Internationales de la SFN - 7 et 8 octobre 2010, 166 (10): 800-810.
- Robert, D., Spezza, C., 2005. « La dysphonie parkinsonienne ». In *Les troubles de la parole et de la déglutition dans la maladie de Parkinson*, par P. Auzou et C. Ozsancak. Solal.
- Robert, G., Fénelon, G., 2015. « Troubles psychiques et comportementaux et leurs traitements ». In *La maladie de Parkinson*. Elsevier Masson.
- Sabadell, V., Tcherniack, V., Michalon, S., Kristensen, N., Renard, A., 2018. *Pathologies neurologiques : bilans et interventions orthophoniques*. De Boeck Supérieur.
- Saldert, C., Bauer, M., 2017. « Multifaceted Communication Problems in Everyday Conversations Involving People with Parkinson's Disease », 2017.
- Sarr, M., Pinto, S., et al., 2009. « Contribution de la mesure de la pression intra-orale pour la compréhension des troubles de la coordination pneumophonique dans la dysarthrie parkinsonienne » 165 (12): 1055-61.
- Searle, J R. 1972. *Les actes de langage*. Hermann.
- Stocchi, F., et al. 2014. « Prevalence of fatigue in Parkinson disease and its clinical correlates ». *American Academy of Neurology*, 215-20.
- Teston, B., Viallet, F., 2005. « La dysprosodie parkinsonienne ». In *Les troubles de la parole et de la déglutition dans la maladie de Parkinson*, par P. Auzou et C. Ozsancak, 161-93. Solal.
- Traverso, V., 2007. *L'analyse des conversations*. Armand Colin.
- Vachon-Joannette, J., Tremblay, C., Langlois, M., Chantal, S., Monetta, L., 2013. « Are non-literal language comprehension deficits related to a theory of mind deficit in Parkinson's disease? » *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, n° 2 (juin): 208–214.

- Vanderheyden, J-E. 2010. « Les divers besoins du patient parkinsonien pour l'autonomie et la qualité de vie. Intérêt d'une prise en charge globale, pluridisciplinaire et coordonnée ». In *Traiter le Parkinson*, 2ème, 45-73. De Boeck Supérieur.
- Viallet, F. 2015. « Orthophonie ». In *La maladie de Parkinson*, 205-10. Elsevier Masson.
- Viallet, F., Gayraud, D., Bonnefoi, B., Renie, L., Aurenty, R., 2010. « Maladie de Parkinson idiopathique : aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques ». *EMC - Neurologie* 7 (2): 1-30.
- Viallet, F., Teston, B., 2007. « La dysarthrie dans la maladie de Parkinson ». In *Les dysarthries*, par P. Auzou, 169-74. Solal.
- Wolff, L., Bengel J., 2019. « Everyday Language Difficulties In Parkinson's Disease : Caregiver Description and Relationship with Cognition, Activities of Daily Living, and Motor Disability »
- Yüçetürk, A., Yılmaz, V-H., Eğrilmez, M., Karaca, S., 2002. « Voice Analysis and Videolaryngostroboscopy in Patients with Parkinson's Disease ». *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology: Official Journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS): Affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery* 259 (6): 290-93.
- Ziéglér, M. 2006. « La maladie de Parkinson évoluée ». *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement* 4 (1): 5-10.

Annexes

Annexe I. Lettre envoyée aux associations	74
Annexe I.I. Explications et conditions de participation envoyées aux associations	75
Annexe II. Consignes d'enregistrement transmises aux volontaires.....	76
Annexe III. Document de consentement.....	77
Annexe IV. Transcription de la vidéo utilisée pour le test de la GACC-MP	79
Annexe V. Grille d'Analyse Clinique de la Conversation – Aphasie.....	82
Annexe VI. Questionnaire au sujet de la GACC-MP	85
Annexe VII. Grille d'Analyse Clinique de la Conversation – Maladie de Parkinson.....	88
Annexe VIII. Document explicatif fourni aux orthophonistes	92
Annexe IX. Réponses des orthophonistes au questionnaire.....	95
Annexe X. Cotations détaillées - Personne atteinte de la Maladie de Parkinson	100
Annexe XI. Cotations détaillées – Partenaire de Communication.....	101
Annexe XII. Moyennes des cotations.....	102
Annexe XII.I. Personne atteinte de la Maladie de Parkinson.....	102
Annexe XII.II. Partenaire de Communication	102

Annexe I. Lettre envoyée aux associations

Objet : Participation à l'adaptation d'un outil orthophonique d'évaluation de la communication

Madame, Monsieur,

Actuellement en cinquième année d'orthophonie à l'ILFOMER, je réalise un mémoire de fin d'études, encadrée par Adélaïde Jorand, orthophoniste (CH Périgueux). Ce travail a pour objet l'adaptation d'une grille d'évaluation des compétences conversationnelles pour les personnes porteuses de la maladie de Parkinson et à leur conjoint. Elle sera constituée de différents items à remplir par l'orthophoniste au sujet des compétences communicationnelles et pourra être intégrée au bilan orthophonique. Les objectifs de cette grille seraient :

- Elaborer un profil ciblant les aptitudes et les aspects difficiles de la communication de la personne atteinte de la maladie de Parkinson et de son conjoint.
- Orienter les conseils orthophoniques d'accompagnement communicationnel.
- Elaborer des axes rééducatifs orthophoniques correspondant aux attentes des personnes porteuses de la maladie de Parkinson et à leurs compétences.
- Comparer les performances pré et post rééducation orthophonique.
- Mesurer l'effet des traitements sur la communication des personnes atteintes de la maladie de Parkinson.

Cependant, afin de réaliser une adaptation correspondant aux besoins des personnes vivants avec la maladie au quotidien, il serait bénéfique que vous participiez à ce projet. J'aurais donc voulu savoir si certains couples accepteraient de participer à l'adaptation de l'outil en m'envoyant trois vidéos d'une dizaine de minutes en situation de conversation (annexe 1 : explications et conditions).

Je vous remercie pour le temps que vous avez accordé à la lecture de ce document et je reste à votre disposition pour tout renseignement par mail ou téléphone.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sincères salutations,

Annexe I.I. Explications et conditions de participation envoyées aux associations

Afin de pouvoir adapter la grille d'évaluation de la communication puis de la tester, j'ai besoin de plusieurs couples volontaires, éprouvant des difficultés à communiquer, pour se filmer à leur domicile en situation de conversation. Il s'agirait de **trois enregistrements vidéos d'une dizaine de minutes**, filmés avec **tout appareil électronique** pouvant servir à cet effet (téléphone portable de type smartphone, webcam d'ordinateur, caméscope...). Les conjoints devront **tous les deux être visibles dans le cadre**. Le **sujet de la conversation n'est pas imposé** (il peut concerner par exemple les actualités, des souvenirs, un film ou un livre...).

Qui peut participer ?

- Tout couple dont l'un des conjoints est porteur de la maladie de Parkinson et qui éprouve des difficultés à communiquer ensemble.
- Les conjoints doivent vivre à domicile.
- Leur langue maternelle doit être le français.

Qui ne peut pas participer ?

- Les couples dont l'un des conjoints est porteur d'un trouble sensoriel sévère (auditif ou visuel).
- Les couples dont l'un des conjoints présente une démence, des troubles cognitifs ou des troubles sévères de la compréhension (post AVC par exemple).

Annexe II. Consignes d'enregistrement transmises aux volontaires

Bonjour,

Je reviens vers vous par rapport à votre participation à mon mémoire de fin d'études. Vous trouverez ci-joint un document de consentement à compléter et à me renvoyer par mail ou par courrier. Voici mon adresse pour la deuxième option :

Mona Dayot
...
87 000 LIMOGES

Les consignes pour votre participation sont les suivantes :

- En pièce jointe se trouve un document avec deux thèmes de conversation. Je vous demande de ne pas l'ouvrir avant l'enregistrement des vidéos.
- Ces deux thèmes doivent faire l'objet de deux vidéos différentes, de 5 minutes chacune.
- Un cadrage au niveau du buste serait l'idéal.
- L'envoi des vidéos peut se faire par mail, via la plateforme WeTransfer dont voici le lien :

<https://wetransfer.com/>

Il s'agit d'une plateforme gratuite permettant d'envoyer les fichiers volumineux, qui sont supprimés au bout d'une semaine.

- Dans le message accompagnant les vidéos, je vous demande de répondre aux questions suivantes :

- La date
- Le moment de la conversation
- Le prénom de la personne atteinte de la maladie de Parkinson
- Sa dernière prise de traitement médicamenteux
- Son état de fatigue : très fatiguée fatiguée peu fatiguée
- Le prénom du partenaire de conversation

Je reste à votre disposition si vous avez des questions, par mail, par sms ou par téléphone.

Je vous remercie grandement pour votre participation, sans laquelle mon travail ne serait pas réalisable.

Cordialement,

Annexe III. Document de consentement

Autorisation pour l'enregistrement audio/vidéo et l'exploitation des données enregistrées

Présentation

Cette étude est réalisée dans le cadre d'un mémoire de fin d'études en orthophonie. L'étude porte sur l'adaptation d'une grille d'analyse conversationnelle aux troubles de la communication présentés par les personnes atteintes de la maladie de Parkinson.

Cette recherche est menée par DAYOT Mona.

et encadrée par JORAND Adélaïde.

Autorisation

- Je, soussigné(e) _____ et _____

- autorisons l'utilisation de vidéos envoyées par nous-même, sous leur forme enregistrée aussi bien que sous leur forme transcrite et anonymisée :

a) à des fins de recherche scientifique (mémoire d'orthophonie)

b) à des fins d'enseignement universitaire

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction de ces images vidéo ne doivent pas porter atteinte à notre vie privée. Seul le prénom sera cité dans le cas de vidéo ou d'enregistrements. Le prénom sera modifié dans le cas de documents écrits.

Cette autorisation, valable sans limitation de durée, à dater de la présente, ne concerne que les utilisations pour la production du mémoire de fin d'études. La présente autorisation est personnelle et incessible.

Nous pouvons nous rétracter à tout moment et refuser que les informations nous concernant soient utilisées en contactant : DAYOT Mona téléphone : 06 40 ... ; mail : mona.dayot@gmail.com

Nous nous engageons à ne demander ni rémunération complémentaire, ni droit d'utilisation pour les utilisations précitées.

Écrire la mention "Lu et approuvé, bon pour accord"

Fait le _____, A _____

Signature :

Consentement de participation à une étude clinique

De Madame, Monsieur :

Et de Madame, Monsieur :

Dans le cadre de son mémoire d'orthophonie (réalisé à l'université de Limoges), DAYOT Mona nous a proposé de participer à une étude dont l'objectif est d'adapter une grille d'analyse conversationnelle aux troubles de la communication présentés par les personnes atteintes de la maladie de Parkinson.

Nous avons reçu des informations précisant les modalités de déroulement de cette étude clinique et exposant notamment les éléments suivants :

- L'évaluation ne nécessite aucune mesure invasive.
- On nous demandera d'envoyer deux vidéos de cinq minutes présentant une situation de communication.
- Toutes les données recueillies seront anonymisées.

Notre participation ne fera l'objet d'aucune rétribution.

Nous avons eu la possibilité de poser toutes les questions qui nous paraissaient utiles, et nous avons obtenu les réponses à nos questions. Nous avons disposé d'un délai de réflexion suffisant avant de prendre notre décision. On nous a précisé que nous étions libre d'accepter ou de refuser, que notre décision ne changera en rien nos relations avec le ou les soignants.

Dans ces conditions, nous acceptons de participer à cette étude dans les conditions précisées.

Si nous le désirons, nous serons libres à tout moment d'arrêter notre participation en contactant : DAYOT Mona (06 40 ... ; mona.dayot@gmail.com)

Nous pourrions à tout moment demander toute information complémentaire à DAYOT Mona.

Fait à :, Le :

Nom prénom et Signature :

Annexe IV. Transcription de la vidéo utilisée pour le test de la GACC-MP

Nous avons utilisé les conventions de transcription utilisées par LEOPOLD dans son mémoire de fin d'études. Il s'agit des conventions traduites de Atkinson et Heritage (1984) (Atkinson et Heritage 1984; Leopold, Croteau, et Peillon 2010) :

[Interruption et chevauchement.
(x syll.)	Nombre de syllabes inaudibles
()	Passages incertains de transcription
[]	Transcription phonétique
hhh	Expiration audible
= =	Enoncés saisis sans intervalle
{ }	Activité non verbale
?	Hausse dans l'intonation qui n'est pas forcément une question
(.)	Micro pause
(n s)	Pause en seconde
:	Allongement d'un son

Figure 24 : conventions de transcription (Leopold, Croteau, et Peillon 2010)

NB : PC = Partenaire de communication / PMP = Personne atteinte de la Maladie de Parkinson

PC	Ce que j'ai trouvé bien par rapport à quand j'ai commencé en soixante-dix-neuf (.) 'hhh c'est tou:t tout ce qui est: téléphone portable tablette tous ces [s]
PMP	[Oui c'est [ssss] c'est vrai que en en en en ma ma matière de communication j'pense c'est c'est vraiment le domaine on a le plus évolué les français
PC	Ah oui oui oui c'est vrai que
PMP	[Parce que
PC	Ça c'est bien parce que on a eu: la technologie (.) ça nous a fait avancer dans tous les métiers parce que pour tout ce qui est (.) moi je même pour les: (.) ne serait-ce que pour des plannings et les choses comme ça
PMP	Oui
PC	On avait les pl... On avait nos emplois du temps tu te rappelles ? Au départ moi je te les donnais semaine par semaine
PMP	[Oui oui oui
PC	Et c'était fait au crayon:
PMP	[[ss]
PC	Et que après on les avait à l'année sur su:r les
PMP	[[ss] c'est vrai que [ggg] grâce à l'informatique
PC	[en informatique
PMP	On on on on a beaucoup évolué dans la préparation des plannings et tout ça
PC	Mais même pour les prises de rendez-vous et tout ça
PMP	[Et la la la tétélephonie mobile aussi c'est formidable
PC	[Oh !
PMP	Tout le monde à son portable, tout le monde peut se contacter, tout le monde
PC	[beh regarde
PMP	[(3 syll.) voilà
PC	[Quand tu avais besoin de m'appeler sur mon portable et tout
PMP	[[sss]
PC	Même dans ton boulot c'était bien
PMP	[sss] avoir un avant quand les téléphones portables existaient pas il fallait

PC	quand tu étais à la machine à écrire [et
PMP	Il fallait il fallait chercher chercher les cabines téléphoniques et tout
PC	Hm
PMP	Et les machines à écrire ont été remplacées par les ordinateurs et simplement simplement le le le le problème principal entre machine à écrire et l'ordinateur (.) 'hhh et bin ne serait-ce que tu peux faire marche arrière et co corriger les fautes d'orthographe c'est quand même formidable quand on voit
PC	Oui
PMP	Quand on voit comment on était embêté avec les machines à écrire quand on faisait des fautes de frappe
PC	Et alors comment tu faisais ?
PMP	Il f... Il fallait du du du
PC	[recommencer ?
PMP	Tu déchirais et tu recommençais
PC	Ah mais vous aviez pas de {mime le geste d'effacer} il y avait pas de pas de possibilité
PMP	Ouais non non tu tu tu avais aucun aucune possibilité de corriger (.) oh si tu avais {mime le fait de mettre la languette} des des petites des petites languettes avec une poudre blanche que tu mettais sur
PC	Ah bon
PMP	Que tu mettais avant de taper
PC	[dis donc il fallait tout retaper:
PMP	[Ouais et si si si tu avais des rapports ou des comptes-rendus qui étaient mal rédigés (.) s'il y avait trop de fautes tu ne pouvais pas les envoyer à tes supérieurs comme ça
PC	Et pour faire un double tu avais le carbone ?
PMP	Ah oui oui pour faire un double tu avais le carbone
PC	{Rigole}
PMP	Ça c'est vrai [s] c'est vrai que la téléphonie et [!] les ordinateurs les ordinateurs c'est formidable maintenant faut voir tout ce qu'on peut faire avec les ordinateurs
PC	Et puis regarde
PMP	[On peut remplir sa déclaration d'impôts, on paye on fait tout
PC	Et regarde après dans les voitures les gps qu'ils ont mis et tout ça
PMP	[(4 syll.) les gps qu'ils ont mis et bientôt les voitures elles marcheront toutes seules
PC	Oh ça ça me presse pas
PMP	[elles marcheront toutes seules
PC	Moi j'aime bien conduire
PMP	Non si si si si tu tu tu t'auras juste juste à t'asseoir sur le siège appuyer sur un bouton et la voiture se débrouillera (.) 'hhh maintenant ya des voitures des voitures qui ralentissent toutes seules
PC	Oh oui oui c'est sûr
PMP	Elles respectent une certaine distance par rapport à la voiture qui est devant en fonction de la vitesse pour éviter les accidents c'est formidable mais bon (.) ça fait pas tout mais: ça ça aide beaucoup avec l'être humain mais faut pas non plus tomber dans l'assistanat hein parce que trop de trop d'électronique ça va te: ça risque de:
PC	Ah beh il faut essayer de réfléchir encore et puis
PMP	[Faut faut faut quand même faire marcher son cerveau
PC	Oui arriver à lire plutôt que de jouer avec la tablette et
PMP	Faut pas

PC	Et les portables c'est vrai que:
PMP	Faut pas faire comme y'en a qui font qui qui qui font
PC	Regarde la toute petite sa mère en veut pas pour elle et je crois que qu'elle a pas tord pour l'instant
PMP	[Lelelelele]
PC	Il vaut mieux qu'elle apprenne, qu'elle fasse marcher sa mémoire
PMP	[Le le le] Les enfants ils apprennent très vite
PC	Oui oui mais bon
PMP	(?)
PC	Des fois ils y vont un peu trop
PMP	M'enfin qu'est-ce tu veux c'est l'évolution de la société il faut suivre
PC	Oui et puis ça a apporté du bien c'est vrai que:
PMP	Puis alors regarde
PC	En termes de conditions de vie et tout ça c'est:
PMP	Non c'est:
PC	Pour tout regarde ne serait-ce même dans la vie quotidienne des petites choses même pour les femmes le ménage la machine à laver euh: tout ça tu te rappelles les grands-mères qui
PMP	Oh là
PC	Au bac tout ça
PMP	Oui mais il y avait quand même un avantage tu vois quand les femmes se réunissaient devant un évier pour faire la vaisselle par exemple
PC	[Elles discutaient entre elles
PMP	Elles discutaient ça ça ça leur permettait de nettoyer leurs bijoux leurs bijoux avec l'eau de vaisselle
PC	Ah oui et les hommes pendant ce temps là ils attendaient dans leur fauteuil tranquille
PMP	Les hommes faisaient les pachas
PC	Hein {rigole}
PMP	{Sourit}
PC	Mais maintenant les femmes elles se reposent aussi
PMP	Et maintenant les femmes se re les femmes se reposent aussi
PC	Non mais c'est vrai, ça a fait du bien
PMP	Non mais il fallait il fafafa il fallait ça ça peut avancer
PC	Fallait avancer
PMP	[Non mais maintenant je sais pas ce qu'on va inventer parce que bon maintenant mainmaintement je pense qu'on va inventer les robots les les les robots vont arriver là
PC	Ça c'est vrai ils vont tout faire à notre place
PMP	Tu vois tu vois bien dans ton ancien métier dans les hôpitaux ils ils mettent des robots pour faire des actes euh: des actes des actes
PC	Oui et puis pour euh:
PMP	Des actes simples style distribuer la vaisselle, distribuer les médicaments et les mé mé les médicaments dans les pharmacies puis tout
PC	Ah oui c'est vrai les médicaments
PMP	A (nom d'hôpital) maintenant comment ils vont faire les médicaments seront (2 syll.)
PC	Et puis même regarde
PMP	Quand on va à la pharmacie à (nom de ville)
PC	Si oui hm
PMP	La pharmacie à (nom de ville) ils ont un robot qui t'apporte qui t'apporte les boîtes les boîtes dont tu as besoin
PC	C'est vrai qu'il y a eu du bien

Annexe V. Grille d'Analyse Clinique de la Conversation – Aphasie

Grille d'analyse clinique de la conversation - Aphasie (GACC-A)

Date : _____	Personne avec aphasie - PA : _____
Évaluateur : _____	Partenaire de conversation - PC : _____

IMPRESSIONS GÉNÉRALES

	Conjoint(e)	Personne aphasique
Attitudes d'écoute		
Ajustements d'ordre prosodique et linguistique		
Tours de parole et aspects temporels		
Bris et stratégies de réparation		
Gestion des thèmes		
Moyens de communication non verbaux		

GACC-A, élaborée par Perrine Léopold, Orthophoniste M.P.O.
Et Claire Croteau, PhD. Orthophonie, Université de Montréal.

Page 1

	Comportements	Conjoint(e)	Personne aphasique
Attitudes d'écoute	Regarde son/sa conjoint(e)	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable
	Prend en compte les interventions de son/sa conjoint(e)*	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent
Ajustements d'ordre prosodiques et linguistiques	Parle avec un débit...*	très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable	très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable
	Parle avec une intensité de voix...**	très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable	très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable
	Ajuste la longueur et la complexité de ses énoncés PA : notamment pour les personnes logorrhéiques	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable

GACC-A, élaborée par Perrine Léopold, Orthophoniste M.P.O.
Et Claire Croteau, PhD. Orthophonie, Université de Montréal.

Page 2

	Comportements	Conjoint(e)	Personne aphasique
Tours de parole et aspects temporels	Fait des pauses PA : notamment pour les personnes logorrhéiques	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable <input type="checkbox"/> Mais attribuable à un trouble expressif
	Fait des chevauchements Parle en même temps que son/sa conjoint(e)	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable
	Interrompt son/sa conjoint(e) Coupe la parole	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable
Bris et stratégies de réparation	Collabore à la réparation	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable
	Permet à PA de résoudre le Bris par elle-même	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable	NE S'APPLIQUE PAS

GACC-A, élaborée par Perrine Léopold, Orthophoniste M.P.O.
Et Claire Croteau, PhD. Orthophonie, Université de Montréal.

Page 3

	Comportements	Conjoint(e)	Personne aphasique
Gestion des thèmes	Initie les thèmes Ou tente d'initier un thème	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable
	Maintient les thèmes Ex : question, commentaire sur le thème en cours	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable
	Pose des questions ouvertes à PA	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable	NE S'APPLIQUE PAS
	Pose des questions fermées à PA	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable	NE S'APPLIQUE PAS
	Pose des questions à choix à PA	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable	NE S'APPLIQUE PAS
	Pose des questions « tests » à PA	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable	NE S'APPLIQUE PAS

GACC-A, élaborée par Perrine Léopold, Orthophoniste M.P.O.
Et Claire Croteau, PhD. Orthophonie, Université de Montréal.

Page 4

	Comportements	Conjoint(e)	Personne aphasique
Moyens de communication non verbaux	Utilise les gestes Ex : gestes naturels, pointage, Langue des Signes ou langue signée	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable
	Utilise l'écriture Ex : mots-clés, premières lettres d'un mot	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable
	Utilise le dessin Ex : schémas, dessins	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable
	Utilise d'autres ressources Ex : éléments de l'environnement comme une photo, un calendrier ; cahier de communication	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent très peu fav. 1 2 3 4 5 Très favorable

GACC-A, élaborée par Perrine Léopold, Orthophoniste M.P.O.
 Et Claire Croteau, Ph.D. Orthophonie, Université de Montréal.

Page 5

Annexe VI. Questionnaire au sujet de la GACC-MP

Questionnaire GACC-MP

Nom / Prénom :

Lieu d'exercice :

Quelle est votre première impression concernant la grille ?

Combien de temps vous a-t-il fallu pour coter l'échange verbal avec la grille ?

Combien de fois avez-vous visionné la vidéo pour pouvoir coter l'ensemble de la grille ?

L'organisation des items vous semble-t-elle cohérente ? Oui Non

Commentaire :

Le système de cotation et de commentaires vous semble-t-il pertinent ? Oui Non

Commentaire :

Evaluez de 1 à 5 la cohérence des items selon la vidéo et votre pratique professionnelle. Faites de même pour leur clarté. Vous pouvez ajouter un commentaire si vous le souhaitez.

	Cohérence					Clarté					Commentaire (facultatif)	
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
Attitudes d'écoute	Regarde l'interlocuteur											
	Prend en compte les interventions de son/sa conjoint(e)											
Ajustements prosodiques et linguistiques	Suit la conversation											
	Parle avec un débit...											
	Ajuste la longueur et la complexité des énoncés											
Qualité de voix, articulation	Parle avec une prosodie											
	Parle avec une voix											
	Parle avec une articulation											
Tours de parole et aspects temporels	Parle avec une intelligibilité											
	Parle avec un rythme											
	Parle avec une intensité de voix											
	Fait des pauses											
	Fait des chevauchements											
Bris et stratégies de réparation	Interrompt son interlocuteur											
	Nombre de rupture dans la communication											
	Permet à la PMP de résoudre le bris											
	Parle à la place de son interlocuteur											
Gestion des thèmes	Fait des demandes de clarifications générales											
	Fait des demandes de clarifications spécifiques											
	Initie les thèmes ou tente d'initier un thème											
	Maintient les thèmes											
	Pose des questions ouvertes											
	Pose des questions fermées											
	Pose des questions à choix											
Moyens de communication non-verbaux	Pose des questions « tests » à la PMP											
	Mimiques faciales											
	Est sensible aux mimiques de l'autre											
	Utilise les gestes											
	Utilise l'écriture											
Utilise d'autres ressources												

Manque-t-il des items selon vous ? Oui Non

Commentaire :

Pouvez-vous déterminer des axes de prise en charge dans le cadre d'un accompagnement communicationnel à partir de cette grille (en complément d'une anamnèse) ? Si non, pourquoi ? Oui Non

Commentaire :

Cet outil est-il pertinent sur le plan clinique selon vous ? Oui Non

Commentaire :

Que pensez-vous du document présentant la GACC-MP ? Est-il complet et utile selon vous ? Oui Non

Commentaire :

Avez-vous d'autres suggestions afin d'améliorer cet outil ? Oui Non

Commentaire :

Annexe VII. Grille d'Analyse Clinique de la Conversation – Maladie de Parkinson

Grille d'analyse clinique de la conversation – Maladie de Parkinson (GACC-MP)

Date de la vidéo : _____	Personne avec Maladie de Parkinson - PMP : _____
Évaluateur : _____	Dernière prise du traitement médicamenteux : _____
Contexte de la conversation : _____	Etat de fatigue : pas de fatigue fatigue légère fatigue importante
	Partenaire de conversation – PC : _____

IMPRESSIONS GÉNÉRALES

	Personne atteinte de la MP	Partenaire de communication
Attitudes d'écoute		
Ajustements d'ordre prosodique et linguistique		
Tours de parole et aspects temporels		
Bris et stratégies de réparation		
Gestion des thèmes		
Moyens de communication non-verbaux		

	Comportements	Personne atteinte de la MP	Partenaire de communication
Attitudes d'écoute et compréhension	Regarde l'interlocuteur	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent
		Très peu fav 1 2 3 4 5 Très favorable	Très peu fav 1 2 3 4 5 Très favorable
	Prend en compte les interventions de l'interlocuteur	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent
	Suit la conversation	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent

	Comportements	Personne atteinte de la MP	Partenaire de communication
Ajustements d'ordre prosodiques et linguistiques	Parle avec un débit... <i>Un débit « très altéré » correspondra à un débit très lent ou très rapide. Spécifier cela en commentaire.</i>	Très altéré 1 2 3 4 5 Non altéré Très peu fay 1 2 3 4 5 Très favorable	Très peu fay 1 2 3 4 5 Très favorable
	Ajuste la longueur et la complexité des énoncés	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent Très peu fay 1 2 3 4 5 Très favorable	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent Très peu fay 1 2 3 4 5 Très favorable
	Parle avec une prosodie... <i>Une prosodie « très altérée » correspondra à une prosodie très monotone ou avec des appuis tonaux inhabituels alors qu'une prosodie non altérée sera harmonique.</i>	Très altérée 1 2 3 4 5 Non altérée	Très peu fay 1 2 3 4 5 Très favorable

	Comportements	Personne atteinte de la MP	Partenaire de communication
Qualité de la voix et de l'articulation	Parle avec une voix... <i>Une voix « très » altérée sera éraillée ou encore soufflée par exemple, spécifier en commentaire.</i>	Très altérée 1 2 3 4 5 non altérée	Très peu fay 1 2 3 4 5 Très fay
	Parle avec une articulation... <i>Une articulation « très altérée » sera imprécise ou manquera d'amplitude par exemple, spécifier en commentaire.</i>	Très altérée 1 2 3 4 5 non altérée	Très peu fay 1 2 3 4 5 Très favorable
	Parle avec une intelligibilité...	Très altérée 1 2 3 4 5 non altérée	Très peu fay 1 2 3 4 5 Très favorable
	Parle avec un rythme... <i>Présence de palilalies, de bredouillements...</i>	Très altéré 1 2 3 4 5 non altéré	Très peu fay 1 2 3 4 5 Très favorable
	Parle avec une intensité de voix... <i>Une intensité de voix très altérée correspond à une voix très basse, presque inaudible. Alors qu'une intensité non altérée correspond à une intensité normale voire forte.</i>	Très altérée 1 2 3 4 5 non altérée	Très peu fay 1 2 3 4 5 Très favorable

	Comportements	Personne atteinte de la MP	Partenaire de communication
Tours de parole et aspects temporels	Fait des pauses	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent
		Très peu <i>fay</i> 1 2 3 4 5 Très favorable	Très peu <i>fay</i> 1 2 3 4 5 Très favorable
	<i>Présence de pauses silencieuses ou remplies (« euh » par exemple).</i>		
	Fait des chevauchements	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent
		Très peu <i>fay</i> 1 2 3 4 5 Très favorable	Très peu <i>fay</i> 1 2 3 4 5 Très favorable
	<i>Parle en même temps que son partenaire de communication.</i>		
Interrompt son PC, coupe la parole	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent	

	Comportements	Personne atteinte de la MP	Partenaire de communication
Bris et stratégies de réparation	Nombre de ruptures observées dans la communication		
	Permet à la PMP de résoudre cette rupture par elle-même		Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent Très peu <i>fay</i> 1 2 3 4 5 Très favorable
	Parle à la place de l'interlocuteur	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent Très peu <i>fay</i> 1 2 3 4 5 Très favorable	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent Très peu <i>fay</i> 1 2 3 4 5 Très favorable
	Fait des demandes de clarifications générales	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent Très peu <i>fay</i> 1 2 3 4 5 Très favorable	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent Très peu <i>fay</i> 1 2 3 4 5 Très favorable
	<i>Portent sur le discours et son sens : « Tu veux parler de... ? ».</i>		
	Fait des demandes de clarifications spécifiques	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent Très peu <i>fay</i> 1 2 3 4 5 Très favorable	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent Très peu <i>fay</i> 1 2 3 4 5 Très favorable
<i>Portent sur l'articulation, les paramètres vocaux, les mimiques : « Peux-tu répéter ce mot ? ».</i>			

	Comportements	Personne atteinte de la MP	Partenaire de communication
Gestion des thèmes	Initie les thèmes ou tente d'initier un thème	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent
		Très peu fav 1 2 3 4 5 Très favorable	Très peu fav 1 2 3 4 5 Très favorable
	Maintient les thèmes <i>Question, commentaire sur le thème en cours, compréhension du langage non-littéral.</i>	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent
		Très peu fav 1 2 3 4 5 Très favorable	Très peu fav 1 2 3 4 5 Très favorable
	Pose des questions ouvertes	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent
		Très peu fav 1 2 3 4 5 Très favorable	Très peu fav 1 2 3 4 5 Très favorable
	Pose des questions fermées	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent
Très peu fav 1 2 3 4 5 Très favorable		Très peu fav 1 2 3 4 5 Très favorable	
Pose des questions à choix	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent	
	Très peu fav 1 2 3 4 5 Très favorable	Très peu fav 1 2 3 4 5 Très favorable	
Pose des questions « tests » à la PMP <i>Demande ce qu'a fait la personne alors qu'elle le sait dans le but d'évaluer la personne (mémoire, articulation, contrôle de l'emploi du temps...).</i>		Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent	
		Très peu fav 1 2 3 4 5 Très favorable	

	Comportements	Personne atteinte de la MP	Partenaire de communication
Moyens de communication non-verbaux	Utilise des mimiques faciales	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent
		Très peu fav 1 2 3 4 5 Très favorable	Très peu fav 1 2 3 4 5 Très favorable
	Est sensible aux mimiques de l'autre	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent
	Utilise les gestes <i>Gestes naturels, pointage.</i>	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent
		Très peu fav 1 2 3 4 5 Très favorable	Très peu fav 1 2 3 4 5 Très favorable
	Utilise l'écriture	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent
Très peu fav 1 2 3 4 5 Très favorable		Très peu fav 1 2 3 4 5 Très favorable	
Utilise d'autres ressources <i>Éléments de l'environnement comme une photo, un calendrier, cahier de communication.</i>	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent	Jamais 1 2 3 4 5 Très souvent	
	Très peu fav 1 2 3 4 5 Très favorable	Très peu fav 1 2 3 4 5 Très favorable	

Annexe VIII. Document explicatif fourni aux orthophonistes

Grille d'Analyse Clinique de la Conversation – Maladie de Parkinson

Présentation de l'outil

La GACC-MP est la version adaptée aux difficultés communicationnelles des personnes atteintes de la maladie de Parkinson, de la Grille d'Analyse Clinique de la Conversation – Aphasie élaborée en 2010 par P. LEOPOLD, C. CROTEAU et A. PEILLON. La GACC-MP permet l'analyse d'un corpus vidéo d'une personne atteinte de la maladie de Parkinson en situation de conversation avec un interlocuteur.

Objectifs

Après sa validation, la GACC-MP pourrait permettre :

- D'élaborer un profil ciblant les aptitudes et les aspects difficiles de la communication de la personne atteinte de la maladie de Parkinson et de son interlocuteur.
- D'orienter les conseils orthophoniques d'accompagnement communicationnel.
- D'élaborer des axes rééducatifs orthophoniques correspondant aux attentes des personnes porteuses de la maladie de Parkinson et à leurs compétences.
- De comparer les performances pré et post rééducation orthophonique.
- De mesurer l'effet des traitements sur la communication des personnes atteintes de la maladie de Parkinson.

Critères d'inclusion

- Personnes atteintes de la maladie de Parkinson idiopathique
- Vivant à domicile
- Et ayant le Français comme langue maternelle

Critères d'exclusion

- Un trouble sensoriel sévère (auditif ou visuel) associé à la maladie de Parkinson ou présenté par l'interlocuteur.
- Une démence ou des troubles sévères de la compréhension (post AVC par exemple) associés à la maladie de Parkinson ou présentés par l'interlocuteur.

Définitions des items

Attitudes d'écoute : il s'agit des éléments qui indiquent que les interlocuteurs s'écoutent et se portent attention mutuellement.

- *Regarde l'interlocuteur* : les regards participent à l'interaction, et à la compréhension de certains éléments non-verbaux. Cet item vise donc à quantifier les regards échangés lors du discours.
- *Prend en compte les interventions de l'interlocuteur* : les éléments verbaux et non-verbaux qui montrent que la personne est attentive aux propos de son interlocuteur.
- *Suit la conversation* : lorsque la personne suit la conversation, ses réponses sont adaptées et pertinentes par rapport aux propos du dernier locuteur.

Ajustements d'ordre prosodique et linguistique :

- *Parle avec un débit...* : fait référence à la vitesse à laquelle est prononcé le message verbal. Un débit rapide ou trop lent peut nuire au bon déroulement de l'échange. Chez la personne atteinte de la maladie de Parkinson, le débit peut être très variable avec des passages accélérés et une initiation de la parole difficile.

- *Ajuste la longueur et la complexité des énoncés* : les troubles communicationnels induits par la maladie de Parkinson entraînent une diminution de la longueur des énoncés et de leur complexité. Il s'agit également d'observer si l'interlocuteur ajuste la longueur de ses énoncés et si cela a un effet bénéfique sur la compréhension de la personne atteinte de la maladie de Parkinson.
- *Parle avec une prosodie...* : la prosodie est la variation en hauteur et en mélodie caractéristique du langage oral que les interlocuteurs utilisent naturellement pour appuyer le discours.

Qualité de la voix et de l'articulation :

- *Parle avec une voix...* : il s'agit ici de qualifier la voix et ses différents paramètres (hauteur, timbre). Ne pas prendre en compte l'intensité, car un item y est dédié.
- *Parle avec une articulation...* : L'articulation correspond à la manière dont les organes phonateurs sont placés pour produire un message verbal. Les personnes atteintes de la maladie de Parkinson présentent parfois une imprécision articulo-phonatoire.
- *Parle avec une intelligibilité...* : il s'agit du caractère compréhensible du message verbal, elle peut être altérée en cas de troubles vocaux ou encore articulo-phonatoires par exemple.
- *Parle avec un rythme* : correspond au débit de parole (nombre de mots produits en un temps donné, présence de troubles du rythme comme les palilalies).
- *Parle avec une intensité de voix...* : l'intensité est la force avec laquelle est projetée la voix. Une hypophonie est fréquemment rencontrée dans la maladie de Parkinson.

Tours de parole et aspects temporels :

- *Fait des pauses* : cela peut être des pauses silencieuses ou des pauses remplies, elles rythment le discours et peuvent marquer la fin d'une phrase ou d'une intervention dans la conversation.
- *Fait des chevauchements* : les chevauchements interviennent quand les deux interlocuteurs parlent en même temps.
- *Interrompt son partenaire de communication* : l'interruption a lieu quand l'un des interlocuteurs prend la parole alors que l'autre n'a pas terminé son intervention.

Bris et stratégies de réparation :

- *Nombre de ruptures observées dans la communication*: les ruptures correspondent aux moments où la communication est rompue entre les deux interlocuteurs.
- *Permet à la Personne atteinte de la Maladie de Parkinson de résoudre cette rupture par elle-même* : il s'agit des réponses du partenaire de communication en cas de rupture de la communication.
- *Parle à la place de son interlocuteur* : le fait de finir les phrases ou de dire un mot que l'autre ne trouve pas.
- *Effectue des demandes de clarification générale* : ces demandes portent sur le discours et sur le sens de manière générale.
- *Effectue des demandes de clarification spécifique* : ces demandes portent sur la forme du discours et non sur son sens.

Gestion des thèmes :

- *Initie les thèmes ou tente d'initier un thème* : l'interlocuteur propose un nouveau thème de conversation différent du précédent.
- *Maintient les thèmes* : dans une interaction, les interventions des deux acteurs doivent avoir un lien de sens au risque de perturber la communication.
- *Pose des questions ouvertes* : il s'agit de questions larges, qui appellent une réponse élaborée.
- *Pose des questions fermées* : questions qui appellent une réponse par oui ou non.

- *Pose des questions à choix* : questions qui permettent à l'interlocuteur de restreindre ses réponses.
- *Pose des questions « tests » à la PMP* : il s'agit de questions dont la réponse est déjà connue par celui qui les pose. Elles peuvent avoir pour but de tester l'autre (mémoire, articulation, contrôle de l'emploi du temps) ou pour relancer la communication.

Moyens de communication non-verbaux :

- *Utilise des mimiques faciales* : les mimiques faciales comme le sourire ou le haussement de sourcil par exemple appuient le discours verbal et sont porteuses de sens.
- *Est sensible aux mimiques de l'autre* : les mimiques peuvent être réflexes comme répondre à un sourire par un sourire également. Une adaptation du discours peut avoir lieu en fonction des mimiques de l'autre également.
- *Utilise les gestes* : les gestes naturels et de pointage peuvent appuyer le message oral et faciliter la compréhension des interlocuteurs.
- *Utilise l'écriture* : l'écriture peut également venir en soutien de l'expression orale.
- *Utilise d'autres ressources* : les autres ressources peuvent être un élément de l'environnement ou encore un carnet de communication.

Les différentes échelles

Fréquence des comportements	Comportement favorable à l'échange
1 = jamais	1 = non favorable
2 = rarement	2 = peu favorable
3 = moyennement	3 = moyennement favorable
4 = souvent	4 = favorable
5 = très souvent	5 = très favorable

Altération du paramètre
1 = très altéré
2 = altéré
3 = moyennement altéré
4 = peu altéré
5 = non altéré

NB : l'échelle du caractère favorable du comportement doit être pensée en contexte. Par exemple, pour l'item « Utilise l'écriture », l'examineur cote 1 = *jamais* à l'échelle de fréquence, il peut tout à fait coter 5 = *très favorable* s'il pense que l'utilisation de l'écriture n'est pas nécessaire. En revanche, si la réception du message oral est très difficile et qu'un support écrit pourrait faciliter la compréhension, il devrait coter 1 = *non favorable*.

Annexe IX. Réponses des orthophonistes au questionnaire
Quelle est votre première impression concernant la grille ?

Ortho 1	La grille balaie les différents domaines de la communication, avec cependant parfois la crainte de faire des doublons (prendre deux fois en compte une donnée observée). Exemple : tours de parole // attitude d'écoute qui concernent sûrement plusieurs composantes communes.
Ortho 2	Pas évident de « m'imprégner » des items. Certains restent abstraits ou trop subjectifs, alors que tu attends une quantification numérique.
Ortho 3	Cette grille est très détaillée mais du coup très longue.
Ortho 4	Longue (trop ?). Très complète, bien organisée.
Ortho 5	La grille m'a parue d'emblée très dense étant donné le temps que je peux consacrer dans ma pratique clinique aux bilans, je ne me vois pas l'utiliser.
Ortho 6	La grille me paraît pertinente, mais sa présentation (8 pages) la rend difficile à compléter.
Ortho 7	Elle est longue et complexe à remplir.

Combien de temps vous a-t-il fallu pour coter l'échange verbal avec la grille ?

Ortho 1	+/- 1h (je faisais beaucoup d'allers/retours vers la fiche explicative)
Ortho 2	45 minutes
Ortho 3	45 minutes
Ortho 4	Environs une heure.
Ortho 5	45 minutes
Ortho 6	45 minutes
Ortho 7	50 minutes.

Combien de fois avez-vous visionné la vidéo pour pouvoir coter l'ensemble de la grille ?

Ortho 1	3 entièrement plus des visionnages de parties
Ortho 2	5 fois
Ortho 3	5 fois
Ortho 4	Plus d'une dizaine de fois pour certains passages.
Ortho 5	3 fois sur plusieurs temps par manque de temps.
Ortho 6	3 fois.
Ortho 7	Environs 10 fois.

L'organisation des items vous semble-t-elle cohérente ?

Oui : 6	Non :	? : 1
Ortho 1	Excepté pour ce que j'ai décrit plus haut (première impression)	
Ortho 2	En regardant hors bilan, tes items suivent une logique en effet, mais en les cotant avec la vidéo, j'ai eu beaucoup de mal à « entrer » dedans (ex : bilan de dysarthrie, respiration à la base pour la voix, praxies pour l'articulation puis diadococinésies). Est-ce que c'est parce que ce sont des items que l'on observe globalement habituellement, et du coup c'est juste par manque d'habitude ?	
Ortho 3	La liste des critères à évaluer est très détaillée, ce qui est très intéressant pour l'analyse de la personne atteinte de la maladie de Parkinson. Elle pourrait être allégée pour le partenaire de communication.	
Ortho 4	Pas de commentaire.	
Ortho 5	Pas de commentaire.	
Ortho 6	Pas de commentaire.	
Ortho 7	Pas de commentaire.	

Le système de cotation et de commentaires vous semble-t-il pertinent ?

Oui : 3	Non : 2	? : 2
Ortho 1	J'ai été plusieurs fois déstabilisée par l'échelle « plus ou moins favorable » et même en ayant lu plusieurs fois la fiche explicative, je ne suis pas sûre de ma cotation.	
Ortho 2	J'ai du mal à voir comment tu vas débrouiller un « 4 » qui veut dire fréquent pour un critère négatif, d'un « 2 » signifiant « peu favorable ». Comment comptes-tu à la fin, cela m'intéresse (profil ? quadrillage visuel ?)	
Ortho 3	C'est une cotation arbitraire, qui peut varier d'un examinateur à un autre. Il est parfois difficile de choisir la bonne cotation de 1 à 5.	
Ortho 4	Echelle « comportement favorable à l'échange » moins « explicite » que les autres.	
Ortho 5	Pas de commentaire.	
Ortho 6	Concernant l'échelle de caractère favorable du comportement, je l'ai, personnellement, trouvée un peu lourde à utiliser. Je me suis posé la question d'une échelle réduite (de 1 à 3).	
Ortho 7	Pas toujours. Il manque une possibilité de coter « pas applicable » dans certains items. « Gestes naturels, utilise l'écriture, d'autres ressources, est sensibles aux mimiques de l'autre » c'est fastidieux de coter jamais et très favorable et ça ne sonne pas juste non plus. Dans l'extrait que j'ai regardé, personne n'utilise l'écriture, et que n'ai pas l'impression que c'est « favorable ou non », juste que ce n'est pas applicable dans ce contexte. Dans les ruptures de la communication – pourquoi part-on du principe que la PMP ne peut pas permettre à son PC de résoudre cette rupture ? C'est comme si on partait du principe que c'est toujours la PMP qui est à l'origine d'une rupture et qu'elle seule devrait la résoudre, je pense que ça peut être l'inverse aussi.	

Évaluez de 1 à 5 la cohérence des items selon la vidéo et votre pratique professionnelle.
Faites de même pour leur clarté.

		Cohérence					Clarté				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Attitudes d'écoute	Regarde l'interlocuteur					6					7
	Prend en compte les interventions de son/sa conjoint(e)			1	1	3			1		6
	Suit la conversation			1	2	3				1	5
Ajustements prosodiques et linguistiques	Parle avec un débit...				1	5				1	5
	Ajuste la longueur et la complexité des énoncés			4	1	1	1		1	1	3
	Parle avec une prosodie				1	5				1	6
Qualité de voix, articulation	Parle avec une voix					6					7
	Parle avec une articulation					5			1		5
	Parle avec une intelligibilité			1		5					7
	Parle avec un rythme		1	1		4					7
	Parle avec une intensité de voix			1	1	4					7
Tours de parole et aspects temporels	Fait des pauses				2	3				1	5
	Fait des chevauchements			1		5			1		5
	Interrompt son interlocuteur	1		1		4			1		5
Bris et stratégies de réparation	Nombre de rupture dans la communication			2	1	3	1	2	1	2	2
	Permet à la PMP de résoudre le bris			3		2	1	2	1	2	2
	Parle à la place de son interlocuteur			1		5					6
	Fait des demandes de clarifications générales			1	4	1			1	2	4
Gestion des thèmes	Fait des demandes de clarifications spécifiques			2	2	2			1	2	4
	Initie les thèmes ou tente d'initier un thème			1		5			1		6
	Maintient les thèmes			1	1	4			2		5
	Pose des questions ouvertes		1	1	2	1				1	5
	Pose des questions fermées		1	1	2	2				1	5
	Pose des questions à choix		1	1	3					1	5
	Pose des questions « tests » à la PMP		1	1		3				1	5
Moyens de communication non-verbaux	Mimiques faciales				1	5				1	6
	Est sensible aux mimiques de l'autre		2	2	1	1			1	1	5
	Utilise les gestes			1	1	4			1	1	4
	Utilise l'écriture			2	1	3		2		1	4
	Utilise d'autres ressources			1	1	4				2	5

Manque-t-il des items selon vous ?

Oui : 2	Non : 5	? : 1
Ortho 1	Pas de commentaire	
Ortho 2	Besoin d'être plus « technique » (voix, articulation) = timbre ? Variations hauteur / intonation (mobilité laryngée donc) ? Et donc indice déjà sur la déglutition ? Longueur des mots / de phonation sur l'expiration. J'aurais besoin de mettre plus en avant le débit / rythme, l'amimie. Parce que c'est là-dessus que la rééducation va porter, moins facile de travailler sur le tour de rôles, les bris de conversation etc.	
Ortho 3	Pas de commentaire	
Ortho 4	Pas de commentaire	
Ortho 5	Je pense même qu'il y en a trop.	
Ortho 6	Dans la partie qualité de la voix, j'aurais peut-être inséré un item « respiration » (synchronisation phono-respiratoire).	
Ortho 7	Pas de commentaire	

Pouvez-vous déterminer des axes de prise en charge dans le cadre d'un accompagnement communicationnel à partir de cette grille (en complément d'une anamnèse) ? Si non, pourquoi ?

Oui : 6	Non :	? : 1
Ortho 1	Malgré le fait qu'un enregistrement vidéo biaise certaines données (regard, intensité...), d'où, je pense, l'intérêt d'avoir une vidéo assez longue pour que le spontané prenne le dessus sur le « stress » qu'induit la caméra.	
Ortho 2	Je pense que ces éléments sont à prendre en compte bien sûr, mais je suis vieille école sûrement. Impression d'être un peu sans filet si on travaille en situation d'échanges (multisupport, « paroles », etc). Par contre guidance familiale pour mettre en place un contexte porteur.	
Ortho 3	La grille est suffisamment détaillée pour obtenir des axes de travail sur plusieurs plans (langage, articulation, communication verbale et non-verbale).	
Ortho 4	Pas de commentaire	
Ortho 5	Oui mais il va me manquer des éléments objectifs comme le TMP, l'intensité...	
Ortho 6	Pas de commentaire	
Ortho 7	Je pense que oui.	

Cet outil est-il pertinent sur le plan clinique selon vous ?

Oui : 6	Non : 1	? :
Ortho 1	Pas de commentaire.	
Ortho 2	Certainement, ne serait-ce que pour ouvrir un peu plus sur la pragmatique du langage, la réalité du terrain. Mais pour moi ne peut être exclusif, ni en bilan, ni en rééducation.	
Ortho 3	Il est suffisamment complet pour apporter une aide pertinente dans l'élaboration du projet thérapeutique. Mais il demande beaucoup de temps d'analyse, temps dont souvent nous manquons.	
Ortho 4	Oui mais trop long pour une utilisation en clinique (sachant que dans un bilan il y a d'autres tests à faire passer en plus).	
Ortho 5	Je le trouve beaucoup trop chronophage pour la réalité de la pratique. De plus, il est nécessaire d'ajouter des épreuves objectives pour une meilleure mesure de l'évolution du patient. Cependant, c'est un outil écologique intéressant pour la recherche.	
Ortho 6	Pas de commentaire	
Ortho 7	Il me semble très long à appliquer en son entier. Si je devais l'utiliser personnellement, je n'en utiliserai certainement que des parties en fonction de ce que je trouve applicable à tel ou tel patient.	

Que pensez-vous du document présentant la GACC-MP ? Est-il complet et utile selon vous ?

Oui : 6	Non : 1	? :
Ortho 1	Je préciserais le temps qu'il faudrait pour le corpus, pour que l'échange soit suffisamment complet et riche, et pour l'analyse.	
Ortho 2	Pas de commentaire.	
Ortho 3	Chaque item est expliqué clairement.	
Ortho 4	Utile oui, par contre il n'y a pas assez d'explications au niveau des échelles (cf comportement favorable à l'échange → échelle compliquée au début).	
Ortho 5	Pas de commentaire.	
Ortho 6	Pas de commentaire	
Ortho 7	Bien utile pour la cotation.	

Avez-vous d'autres suggestions afin d'améliorer cet outil ?

Oui : 4	Non : 2	? : 1
Ortho 1	Préciser davantage au niveau des échelles, comment utiliser l'échelle favorable / non favorable.	
Ortho 2	Commentaires faits plus haut.	
Ortho 3	Réduire le nombre d'items ou les présenter sur trois pages maximum. Proposer une analyse moins détaillée concernant le partenaire de communication. Proposer une échelle de cotation moins étalée, peut-être 1,2 ou 3 (jamais, moyennement, très souvent).	
Ortho 4	Raccourcir la grille, peut-être en regroupant certains items.	
Ortho 5	Pas de commentaire.	
Ortho 6	Pas de commentaire	
Ortho 7	En fait je trouve que la cotation sous forme de tableau à la page 2 de ce document serait plus intéressante pour la clinique. On pourrait imaginer présenter ce tableau avec une colonne de cotation concernant la PMP et le PC et on pourrait simplement coter en fonction des différents items s'il y a une problématique ou pas – cela permettrait d'avoir un rapide aperçu du profil de communication de la dyade en question et de cibler des éléments à travailler en clinique. Les éléments choisis pourraient faire l'objet ensuite, avec par exemple la grille actuelle, d'une analyse plus spécifique. Je vous ai joint un exemple de ce que j'imagine et comment je l'ai cotée sur l'extrait que vous m'avez fait parvenir. Cela m'aurait permis de cibler les 4 éléments les plus problématiques et en faire une analyse plus approfondie avec des objectifs de réadaptation à la clé.	

Annexe X. Cotations détaillées - Personne atteinte de la Maladie de Parkinson

			O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7
Attitudes d'écoute	Regarde l'interlocuteur	Fréquence	3	2	3	2	3	2	3
		Favorable ?	X	2	3	3	3	2	2
	Prend en compte les interventions de son/sa conjoint(e)		3	4	5	3	3	4	3
	Suit la conversation		5	3	5	4	4	3	4
Ajustements prosodiques et linguistiques	Parle avec un débit...	Altéré ?	2	2	3	3	X	1	3
		Favorable ?	2	2	X	3	3	2	2
	Ajuste la longueur et la complexité des énoncés	Fréquence	4	4	4	2	3	3	2
		Favorable ?	4	4	4	3	2	3	4
Parle avec une prosodie		3	1	3	2	2	3	2	
Qualité de voix, articulation	Parle avec une voix		4	2	4	3	3	2	2
	Parle avec une articulation		4	3	4	2	4	3	3
	Parle avec une intelligibilité		4	5	4	2	4	5	2
	Parle avec un rythme		2	1	2	2	2	4	2
	Parle avec une intensité de voix		3	3	4	2	3	5	3
Tours de parole et aspects temporels	Fait des pauses	Fréquence	1	2	2	2	2	3	2
		Favorable ?	2	2	2	2	2	5	2
	Fait des chevauchements (parle en même temps)	Fréquence	4	5	4	4	3	4	4
		Favorable ?	2	1	3	2	3	2	2
Interrompt son interlocuteur		4	3	4	4	3	4	4	
Bris et stratégies de réparation	Nombre de ruptures observées		X	5	X	0	X	X	0
	Parle à la place de son interlocuteur	Fréquence	1	3	3	4	3	1	1
		Favorable ?	5	2	X	1	3	5	5
	Fait des demandes de clarifications générales	Fréquence	1	1	1	1	2	1	1
		Favorable ?	5	2	X	3	4	5	5
	Fait des demandes de clarifications spécifiques	Fréquence	1	1	1	X	2	1	1
Favorable ?		5	5	X	X	3	5	5	
Gestion des thèmes	Initie les thèmes ou tente d'initier un thème	Fréquence	4	3	3	3	4	3	4
		Favorable ?	4	3	X	3	4	4	4
	Maintient les thèmes	Fréquence	3	3	3	3	5	5	5
		Favorable ?	3	3	5	3	4	5	5
	Pose des questions ouvertes	Fréquence	1	2	1	2	2	2	1
		Favorable ?	3	3	X	1	2	2	3
	Pose des questions fermées	Fréquence	1	1	1	1	1	2	1
		Favorable ?	3	4	X	X	1	3	3
Pose des questions à choix	Fréquence	1	1	1	1	1	1	1	
	Favorable ?	X	4	X	X	1	3	5	
Moyens de communication non-verbaux	Mimiques faciales	Fréquence	3	1	2	2	3	1	1
		Favorable ?	3	2	X	2	3	1	4
	Est sensible aux mimiques de l'autre		2	3	1	2	2	1	X
	Gestes	Fréquence	3	2	2	2	3	1	1
		Favorable ?	3	3	X	3	3	1	5
	Écriture	Fréquence	1	1	1	1	1	1	1
		Favorable ?	X	5	X	5	X	5	5
	Autres ressources	Fréquence	1	1	1	1	1	1	1
Favorable ?		X	5	X	4	1	5	5	

Annexe XI. Cotations détaillées – Partenaire de Communication

			O1	O2	O3	O4	O5	O6	O7
Attitudes d'écoute	Regarde l'interlocuteur	Fréquence	5	4	5	4	4	4	4
		Favorable ?	X	4	5	4	4	5	3
	Prend en compte les interventions de son/sa conjoint(e)		4	4	5	4	5	5	3
	Suit la conversation		5	5	5	4	5	5	4
Ajustements prosodiques et linguistiques	Parle avec un débit...		5	5	4	5	5	3	4
	Ajuste la longueur et la complexité des énoncés	Fréquence	5	4	4	3	4	3	2
		Favorable ?	5	3	4	4	3	3	4
Parle avec une prosodie		5	5	4	4	5	3	4	
Qualité de voix, articulation	Parle avec une voix		5	4	4	4	5	3	4
	Parle avec une articulation		5	5	4	4	5	3	4
	Parle avec une intelligibilité		5	5	4	4	5	5	4
	Parle avec un rythme		5	3	4	4	5	2	4
	Parle avec une intensité de voix		5	5	4	4	5	5	4
Tours de parole et aspects temporels	Fait des pauses	Fréquence	3	3	3	4	4	3	2
		Favorable ?	4	5	3	4	4	4	2
	Fait des chevauchements (parle en même temps)	Fréquence	3	3	2	3	1	3	4
		Favorable ?	3	2	5	2	5	2	2
Interrompt son interlocuteur		3	2	2	4	1	3	4	
Bris et stratégies de réparation	Nombre de ruptures observées		X	3	X	0	X	X	0
	Permet à la PMP de résoudre la rupture	Fréquence	X	X	X	1	X	X	X
		Favorable ?	5	X	X	5	X	X	X
	Parle à la place de son interlocuteur	Fréquence	1	3	2	3	1	1	1
		Favorable ?	5	X	X	2	4	5	5
	Fait des demandes de clarifications générales	Fréquence	1	3	1	X	2	1	4
		Favorable ?	5	5	X	X	4	5	3
	Fait des demandes de clarifications spécifiques	Fréquence	1	2	1	X	2	1	1
Favorable ?		5	5	X	X	3	5	5	
Gestion des thèmes	Initie les thèmes ou tente d'initier un thème	Fréquence	5	4	3	4	3	3	4
		Favorable ?	5	5	X	4	4	4	4
	Maintient les thèmes	Fréquence	4	5	3	3	X	5	5
		Favorable ?	4	5	5	3	X	5	5
	Pose des questions ouvertes	Fréquence	5	3	4	4	3	4	3
		Favorable ?	5	4	X	3	3	4	4
	Pose des questions fermées	Fréquence	5	2	3	3	3	2	3
		Favorable ?	5	4	X	X	3	3	4
	Pose des questions à choix	Fréquence	5	2	2	3	3	1	1
		Favorable ?	5	4	X	X	3	3	5
	Pose des questions « tests »	Fréquence	3	2	4	2	3	3	1
		Favorable ?	3	4	X	2	3	5	5
Moyens de communication non-verbaux	Mimiques faciales	Fréquence	5	2	3	4	3	1	2
		Favorable ?	5	3	X	4	4	1	4
	Est sensible aux mimiques de l'autre		5	X	2	4	4	1	X
	Gestes	Fréquence	3	2	2	3	4	1	1
		Favorable ?	3	3	X	3	4	1	5
	Ecriture	Fréquence	1	1	1	1	1	1	1
		Favorable ?	X	5	X	5	X	5	5
	Autres ressources	Fréquence	1	1	1	1	1	1	1
		Favorable ?	X	5	X	4	X	5	5

Annexe XII. Moyennes des cotations

Annexe XII.I. Personne atteinte de la Maladie de Parkinson

	Thème 1	Thème 2	Thème 3	Thème 4	Thème 5	Thème 6	Thème 7
O1	3,67	3	3,4	2,6	3	2,5	2,28
O2	2,75	2,6	2,8	2,8	2,3	2,7	2,5
O3	4	3,5	3,6	3	1,67	2,3	1,4
O4	3	2,6	2,2	2,8	2,25	2,12	2,4
O5	3,25	2,5	3,2	2,6	2,8	2,5	2,1
O6	2,75	2,4	3,8	3,6	3	3	1,8
O7	3	2,6	3	2,8	2,6	3,2	2,83

Tableau 5 : moyennes des cotations concernant la Personne atteinte de la Maladie de Parkinson (PMP)

Annexe XII.II. Partenaire de Communication

	Thème 1	Thème 2	Thème 3	Thème 4	Thème 5	Thème 6	Thème 7
O1	4,67	5	5	3,2	3,28	4,5	3,28
O2	4,25	4,25	4,4	3	3,6	3,6	2,75
O3	5	4	4	3	1,3	3,4	1,8
O4	4	4	4	3,4	2,75	3,1	3,2
O5	4,5	5	5	3	2,6	3,1	3
O6	4,75	3,6	3,6	3	3	3,5	1,8
O7	3,5	4	4	2,8	3,1	3,6	3

Tableau 6 : moyennes des cotations concernant le Partenaire de Communication (PC)

La communication des personnes porteuses de la maladie de Parkinson : adaptation d'une grille d'analyse conversationnelle

La communication verbale et non verbale des personnes atteintes de la maladie de Parkinson est entravée par les troubles moteurs et non-moteurs induits par cette maladie (Pace et al., 2005). Il n'existe cependant pas de bilan orthophonique des interactions sociales à destination de ces personnes (Gentil et al., 2016). Nous nous sommes demandé si la Grille d'Analyse Clinique de la Conversation – Aphasie (GACC-A) (Leopold, Croteau, et Peillon, 2010), après des adaptations, pouvait permettre une évaluation exhaustive des interactions entre un patient atteint de la maladie de Parkinson et un interlocuteur. Notre étude présente les étapes d'adaptation de cet outil puis sa proposition à sept orthophonistes afin d'évaluer l'échange filmé d'une dyade. La pertinence, le temps de cotation et la prise en main de la Grille d'Analyse Clinique de la Conversation – Maladie de Parkinson, ainsi que la possibilité de développer des axes rééducatifs à partir de son analyse, ont été jugés par les orthophonistes. L'étude de leurs cotations pour un même échange a également été menée. Les résultats montrent que la GACC-MP ne répond pas entièrement aux contraintes temporelles de la pratique orthophonique à cause de son temps de cotation important et de sa présentation. De plus, l'étude des cotations des orthophonistes n'a pas permis de démontrer leur corrélation. De nouvelles adaptations et de nouveaux tests peuvent cependant être envisagés car il a été prouvé que cette grille représente un outil pertinent pour l'évaluation des interactions entre une personne porteuse de la maladie de Parkinson et un interlocuteur.

Mots-clés : Maladie de Parkinson, communication, interactions, évaluation, analyse conversationnelle

Communication of people with Parkinson's disease : adaptation of a conversational analysis matrix

Verbal and non-verbal communication of people with Parkinson's disease is limited by the motor and non-motor disorders induced by the disease (Pace et al., 2005). However, there is no speech therapist's assessment tool for these people (Gentil et al., 2016). We wondered if the Grille d'Analyse Clinique de la Conversation – Aphasie (GACC-A) (Leopold, Croteau, et Peillon, 2010), after adaptations, could provide an exhaustive evaluation of the interaction between a patient with Parkinson's disease and an interlocutor. Our study presents the steps for adapting this tool and its proposal to seven speech therapists in order to evaluate the filmed exchange within a dyad. The relevance, rating time and usability of the Grille d'Analyse Clinique de la Conversation – Maladie de Parkinson, as well as the possibility to develop rehabilitative axes based on its analysis, were judged by the speech therapists. The study of their quotations for a given exchange was also conducted. The results show that the GACC-MP does not fully meet the time constraints of speech therapist practice due to its long rating time and presentation. Moreover, the study of speech therapists' ratings did not demonstrate their correlation. However, new adaptations and tests can be considered because it has been proven that this matrix is an appropriate tool for evaluating the interactions between a person with Parkinson's disease and an interlocutor.

Keywords : Parkinson's disease, communication, interactions, evaluation, conversational analysis

