



HAL
open science

Que révèlent les disfluences sur le manque du mot rapporté par les patientes ayant un cancer du sein ?

Amélie Richard, Karen T Reilly, Sophie Jacquin-Courtois

► To cite this version:

Amélie Richard, Karen T Reilly, Sophie Jacquin-Courtois. Que révèlent les disfluences sur le manque du mot rapporté par les patientes ayant un cancer du sein ?. 34e Journées d'Etudes sur la Parole, Jun 2022, Île de Noirmoutier, France. hal-03826825v2

HAL Id: hal-03826825

<https://hal.science/hal-03826825v2>

Submitted on 23 Dec 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Que révèlent les disfluences sur le manque du mot rapporté par les patientes ayant un cancer du sein ?

Amélie Richard¹, Karen T. Reilly PhD¹, Sophie Jacquin-Courtois^{1,2}

(1) Université de Lyon, Université Lyon 1, INSERM U1028; CNRS UMR5292; Lyon Neuroscience Research Center, Trajectoires Team, F-69676 Lyon, France

(2) Service de Médecine Physique et Réadaptation, Hôpital Henry-Gabrielle, Hospices Civils de Lyon, 69610 Pierre-Bénite, France

amelie.richard@etu.univ-lyon1.fr, sophie.courtois@chu-lyon.fr

RÉSUMÉ

Le trouble cognitif subtil induit par un cancer du sein et ses traitements est caractérisé par une atteinte attentionnelle, exécutive ou mnésique. Les patientes se plaignent de difficultés à trouver leurs mots entraînant des répercussions sur leur vie sociale. Pourtant, ces difficultés ne sont que partiellement révélées par les tests neuropsychologiques, probablement par manque de sensibilité et de validité écologique.

À travers cette étude préliminaire, nous souhaitons identifier le manque du mot rapporté par les patientes en oncologie. Nous avons analysé la fréquence, la durée et la localisation des disfluences dans les discours narratif et spontané de huit patientes. Les résultats suggèrent que le manque du mot de ces patientes est caractérisé par la présence de disfluences anormales.

ABSTRACT

What Do Disfluencies Tell Us About the Word Finding Difficulties in Women with Breast Cancer?

Patients in oncology may experience subtle cognitive dysfunction. Cancer-related cognitive impairment (CRCI) is associated with a change in memory, attention, or executive functions. Women with breast cancer encounter word finding difficulties which are not revealed by the neuropsychological tests due to a lack of sensibility and of ecological validity.

This preliminary study aims to identify word finding difficulties through discourse analysis. We investigated the spontaneous speech and narratives of eight patients. Frequency pauses, duration and fluency rate were analyzed. The first results suggest that patients with a CRCI produce a high disfluency rate.

MOTS-CLÉS : analyse de discours, cancer, disfluences, manque du mot, trouble cognitif

KEYWORDS: breast cancer, CRCI, disfluencies, discourse analysis, word finding

1 Introduction

Le trouble cognitif induit par le cancer et ses traitements, *Cancer-Related Cognitive Impairment* (CRCI), est un dysfonctionnement subtil de la cognition rapporté par les patients en oncologie. Le CRCI concerne tout type de cancers, hors cancers du système nerveux central. Les patients ressentent un changement cognitif qui altère leur vie quotidienne et compromet leur réinsertion professionnelle. La plainte cognitive comprend des difficultés mnésiques, exécutives,

attentionnelles ou de langage. Les patients se plaignent d'un manque du mot que les tests neuropsychologiques ne révèlent que partiellement. L'objectif de cette étude préliminaire est de contribuer à l'identification d'un manque du mot à travers l'analyse de la production discursive des patientes ayant un cancer du sein.

2 Contexte

2.1 Plainte cognitive

Le CRCI toucherait entre 17 et 70% des patients en oncologie. Bien que subtil, ce trouble entraîne des répercussions négatives importantes sur la qualité de vie des patientes. Il altère non seulement leur estime d'elles-mêmes, mais peut également compromettre leurs rôles sociaux. Les patientes peuvent se sentir limitées dans leur activité professionnelle, voire ne peuvent plus assurer leurs fonctions. De fait, leur demande de soin est élevée. Les patientes se plaignent de difficultés à se souvenir des noms propres, des dates et des événements et à trouver leurs mots (Bolton, Isaacs, 2018). Elles évoquent également des troubles de la concentration ainsi qu'une distractibilité importante (Ahles, Root, 2018). La plainte est évaluée à partir de questionnaires auto-administrés tels que le *Functional Assessment of Cancer Therapy – Cognitive* (FACT-Cog). Une batterie d'évaluation spécifique au CRCI a été conçue par l'*International Cognition Task Force* en regroupant des tests neuropsychologiques existants, dans un but d'harmonisation des données pour la recherche (Wefel et al., 2011). Cette batterie a été adaptée à la population française par le Groupe de Réflexion d'Évaluation en Oncologie (GREC-Onco). L'évaluation objective du trouble, quant à elle, met en avant des difficultés mnésiques, exécutives et attentionnelles (Wefel et al., 2015). Pourtant les scores à ces tests sont peu corrélés à l'ampleur de la plainte. Cette discordance s'expliquerait par la présence de facteurs confondants ou encore par un manque de sensibilité et de validité écologique des tests actuels (Costa, Fardell, 2019).

Concernant le langage, une des plaintes les plus fréquentes porte sur des difficultés à récupérer les noms propres et communs dans le stock lexical. À l'instar d'autres pathologies, le manque du mot engendré par le CRCI est évalué par des tâches de dénomination et de fluence verbale. Cependant, le trouble est difficilement objectivé par ces épreuves, notamment parce qu'elles ont été conçues pour des troubles cognitifs sévères. De plus, elles évalueraient des performances différentes des fonctions cognitives utilisées au quotidien. Dès lors, elles ne seraient pas susceptibles de révéler un manque du mot dont les manifestations sont fines.

2.2 Manque du mot

L'analyse de discours est un outil utilisé tant en recherche qu'en clinique. Elle présente une haute validité écologique et une sensibilité satisfaisante pour objectiver un trouble du langage ou un changement subtil de la cognition. Sa précision permet notamment d'établir un diagnostic différentiel entre plusieurs pathologies. Ainsi, la production discursive d'un patient atteint d'une maladie d'Alzheimer diffère de celui d'un patient ayant une maladie à Corps de Lewy par un ensemble de manifestations linguistiques (Bouvet et al., 2019). Les tâches les plus fréquemment rencontrées sont la description d'image, la narration d'une histoire sans texte ou le rappel d'un texte lu et l'entretien semi-dirigé ou libre. Ces différentes productions discursives ne sollicitent pas les mêmes fonctions cognitives. Si le discours spontané est le genre qui présente le plus haut degré de validité écologique, le discours narratif, quant à lui, est plus facile à analyser. Par son support, il offre une standardisation qui rend la comparaison des productions inter ou intra patients possibles. De nombreux auteurs suggèrent de combiner les deux genres discursifs pour obtenir une meilleure représentation des capacités discursives des patients.

Parmi les paramètres linguistiques évocateurs d'un manque du mot, les disfluences cognitives, par opposition aux disfluences atypiques du bégaiement (Didirková et al., 2019), semblent les plus qualifiées pour objectiver et identifier des difficultés lexico-sémantiques dans les troubles phasiques d'origine neurodégénérative ou vasculaire. Chez un locuteur sain, la parole est souvent ponctuée de disfluences comme des pauses ou des répétitions. Un taux élevé de disfluences, un allongement de la durée des pauses ou la présence de pauses déplacées à l'intérieur d'un groupe intono-syntaxique souligneraient le caractère pathologique du discours de ces patients (Pistono et al., 2019). À ce jour, aucune étude à notre connaissance n'a porté sur l'analyse des disfluences pour identifier un manque du mot induit par le CRCI.

2.3 Hypothèses

Bien que le contexte d'apparition et l'évolution du CRCI diffèrent des pathologies citées, nous pensons que l'analyse des disfluences permettra de détecter un manque du mot subtil chez les patientes ayant un cancer du sein. L'objectif de cette étude est d'identifier les difficultés lexicales rapportées par les patientes à travers leur production discursive. À cause des difficultés qu'elles éprouvent dans leur recherche lexicale, les patientes devraient produire (i) un nombre élevé de disfluences, (ii) des pauses silencieuses et remplies anormalement longues, (iii) des disfluences à des frontières syntaxiques mineures.

3 Méthode

Des entretiens individuels ont été réalisés auprès de huit femmes participant au programme de réadaptation Alizés à l'hôpital Henry Gabrielle à Saint-Genis-Laval (France). Le programme propose un réentraînement physique et psycho-corporel aux patientes ayant un cancer du sein après arrêt de la phase des traitements actifs à raison de deux jours par semaine pendant trois mois.

3.1 Population et matériel

L'étude ActiCog, dans laquelle s'inscrit cette recherche, été validée par le comité éthique des Hospices Civils de Lyon. L'étude a été déclarée sur la plate-forme AGORA le 24/08/2020, ALIZES n°122. Les participantes ne présentaient ni trouble neurologique ou psychiatrique, ni consommation de toxiques susceptibles d'entraîner une modification cognitive, ni d'antécédents de trouble du langage avérés. Toutes étaient locutrices de français natif ou de niveau C2 selon les normes du CECRL. Les participantes étaient âgées de 38 à 68 ans ($m = 44$) avec un niveau socio-éducatif équivalent. Les discours narratifs ont été obtenus avec une séquence de cinq images issues du GréMots, conçue pour l'évaluation du langage des pathologies neurodégénératives dès le stade prodromal, ainsi que le texte « Michel et son puits » extrait du Protocole MEC. L'utilisation d'épreuves de référence facilite la reproductibilité de l'étude. Enfin, une discussion libre autour du thème « la prochaine destination de vacances » a permis la production d'une parole spontanée. Les enregistrements ont été réalisés avec un micro-cravate Rhode. Les participantes ont également complété le questionnaire FACT-Cog pour évaluer leur plainte cognitive, le *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) pour un dépistage de troubles cognitifs et l'échelle *Hospital Anxiety Depression Scale* (HAD) pour leur niveau d'anxiété et de dépression.

3.2 Recueil des données

Les entretiens se sont déroulés dans une pièce calme de l'Hôpital Henry Gabrielle entre le 7 et le 21 octobre 2021, soit entre la troisième et la cinquième semaine du programme Alizés. Les passations, d'environ trente minutes chacune, ont été menées par la même investigatrice. Les entretiens ont

débuté par une anamnèse orthophonique visant non seulement à préciser la plainte du manque du mot, mais également à écarter l'hypothèse d'un trouble du langage antérieur au cancer. Afin de limiter l'anxiété des patientes liée au contexte hospitalier, nous avons administré les épreuves seulement après un temps d'échange de quinze minutes entre la patiente et l'investigatrice. Après la tâche de narration d'images, le texte été lu par l'investigatrice, puis restitué immédiatement par les patientes. La discussion a clôturé l'entretien. Au total, cinquante-cinq minutes d'enregistrement ont été recueillies et analysées au prisme des disfluences. Chaque entretien individuel a été découpé en trois fichiers audio correspondant à la narration de la séquence d'images (DN1), au résumé de texte (DN2) et à la discussion libre (DS).

La transcription des entretiens a été effectuée sur CLAN. L'analyse des disfluences a été effectuée avec le logiciel libre PRAAT. À chaque fichier audio ont été ajoutées cinq lignes *tiers* : une dédiée à la catégorie de disfluences ; une *tier* de durée ; une *tier* de transcription orthographique ; une *tier* de localisation syntaxique et enfin une *tier* pour la fonction. Les disfluences ont été rangées en pauses silencieuse ou remplies et en répétitions. Les pauses remplies comprennent des éléments vocaliques, des allongements temporels et les marqueurs de discours dont la courbe intonative de F0 est plate (Campione, Véronis, 2004). Les pauses comprises entre 200 ms et 1000 ms ont été répertoriées comme moyennes, et les pauses supérieures à 1000 ms comme longues. Les répétitions annotées dans ce corpus concernent les répétitions d'un phonème ou d'un segment à l'identique, et les répétitions modifiées avec modification ou abandon de l'énoncé. Enfin, les successions de disfluences ont été regroupées en séquences complexes et comptées comme des pauses remplies ou des répétitions selon leur fonction dans l'énoncé. Les disfluences ont été réparties selon leur position dans le groupe intono-syntaxique (*i.e.* alignement entre une clause et un syntagme prosodique (Delais-Roussarie et al., 2011)). Les disfluences inter-constituant se situent à des frontières syntaxiques majeures, tandis que les disfluences intra-constituant se situent à l'intérieur d'un groupe intono-syntaxique.

4 Résultats

Nous avons analysé les 24 fichiers composant le corpus, pour une durée totale de 55 minutes et 7814 mots. L'annotation de 20% des données a été soumise à une linguiste externe à l'étude et a atteint un taux d'accord inter-annotateur de 81,7%. La narration avec images DN1 et le résumé de texte DN2 ont été regroupés en un seul discours narratif DN. Les répétitions comprennent à la fois les répétitions à l'identique et les répétitions modifiées.

4.1 Caractéristiques du corpus

La durée totale du corpus est de 3307s dont deux tiers alloués au discours spontané (DN1 = 646s (m = 81s) ; DN 2 = 458s (m = 57s) ; DS = 2203s (m = 275s)). La table 1 présente la durée totale de chaque type de disfluence par discours.

	DN	DS
PS	127,463	213,058
PF	152,139	250,602
R	80,310	209,056

TABLE 1 : Durée totale des disfluences (s). DN : discours narratif ; DS : discours spontané ; PF : pause remplie ; PS : pause silencieuse ; R : répétitions.

Les disfluences occupent un tiers de ce corpus, à savoir 35% pour le genre narratif et 32% pour le discours spontané, dont 78% sont des pauses (respectivement 82% et 77%). Nous notons que le nombre de répétitions équivaut pratiquement à la moitié des pauses remplies (Cf. table 2).

	DN	DS	Total
PS	160	295	455
PF	156	243	399
R	70	165	235
Total	386	703	1089

TABLE 2 : Distribution des disfluences.

4.2 Débit et fluence

Le débit de parole moyen (écart-type) d'un discours par patiente est de 3,2 (.65) syllabes par seconde, soit 193,7 (39) syllabes par minute. Le débit de parole moyen d'une narration est de 3,2 (.64) syllabes par secondes, soit 191,2 (38,4) syllabes par minute. Le débit de parole moyen en spontané est de 3,3 (.38) syllabes par seconde, soit 198,7 (23) syllabes par minute. Le débit articulatoire a été calculé en divisant le nombre de syllabes à la durée totale du discours hors temps de pause. Le débit articulatoire moyen par patiente est de 247,3 (37,4) syllabes par minute. Le taux de disfluences a été calculé en fonction de la fréquence des disfluences pour cent mots produits. Le taux est en moyenne de 13,6 (3,9) disfluences pour cent mots (DN = 13,9 (5,4) ; DS = 13,2 (2,9)).

4.3 Analyse des disfluences

La durée moyenne d'une pause en narration est de 885 (662) ms et de 862 (588) ms en production spontanée. Il n'y a pas de différence de durée entre les deux genres de discours (test-t de Student, $p = 0.60$). Pour chaque type de production, les pauses remplies ont une durée moyenne plus élevée que les pauses silencieuses (Table 3, $p < 0.5$; $p = 0.016$).

	DN	DS
PS	0,797 (.470)	0,722 (.435)
PF	0,975 (.805)	1,031 (.697)

TABLE 3 : Durée moyenne et écart-type (s) des pauses silencieuses et remplies pour chaque type de discours.

Les pauses longues (pauses silencieuses et remplies) représentent 27,2% des disfluences du discours narratif et 28,6 % du discours spontané.

4.4 Localisation

Presque un tiers des disfluences se situe à l'intérieur des groupes intono-syntaxiques (Cf. table 4).

	DN	DS
Inter-constituant	236 (75%)	469 (87%)
Intra-constituant	80 (25%)	69 (13%)

TABLE 4 : Répartition des disfluences selon leur position (nombre total et pourcentage)

4.5 Évaluation cognitive et facteurs psychologiques

Un score <60 à la sous-échelle du FACT-Cog (déficiences cognitives perçues) signe la présence d'une plainte cognitive significative (Van Dyk et al., 2020). Sur 8 participantes, 4 ont un score < 60 ($m = 51,8$; $ET = 16,4$). Un score < 26/30 au MoCA révèle un trouble cognitif. Aucune participante n'a de score pathologique ($m = 27,6$; $ET = 1,4$). L'échelle HAD mesure l'anxiété et la dépression en deux sous-échelles (A et D). Un score \geq à 11/21 marque la présence d'un trouble. Pour cette population, la moyenne (ET) est de 5,6 (4,0) pour l'anxiété et 3,4 (3,5) pour la dépression.

5 Discussion

5.1 Genre discursif

Les résultats montrent de grandes similarités en termes de durée, de fréquence et de localisation des disfluences entre la narration et le langage spontané. Autrement dit, l'analyse de ce corpus ne révèle pas d'effet du genre discursif sur la production des disfluences. Le coût cognitif impliqué dans la production de ces discours semble équivalent.

5.2 Durée des pauses

Bien que la majorité des pauses soient de longueur moyenne, la durée moyenne d'une pause est élevée (environ 873 ms, $ET = 616$). Parmi les pauses longues, 21% des pauses recensées sont supérieures à 2000 ms, également réparties en narration et en spontané. L'absence de différence significative entre la durée moyenne des pauses dans le discours narratif et en spontané diffère de la population normale pour qui la durée moyenne d'une pause est de 520 ms en spontané et 1320 ms dans des tâches de description (Grosjean, Deschamps, 1972). La production discursive semble requérir un effort cognitif important pour les patientes ayant un cancer du sein quel que soit le type de discours. Toutefois, le langage spontané semble plus sensible au type de pause. Nous notons un écart de 309 ms entre les pauses remplies et silencieuses du discours spontané qui n'est pas retrouvé dans la narration. Ces résultats suggèrent que les patientes pourraient compenser leurs difficultés par l'utilisation de *fillers* (i.e. « euh » et marqueurs de discours) et d'allongements vocaliques pour conserver leur tour de parole.

5.3 Fluence et débit

Le taux de disfluences des patientes s'élève à 13,6 disfluences pour 100 mots produits. Ce taux particulièrement élevé contraste avec celui décrit par Bortfeld et al. (2001), qui est de 5,97 disfluences pour 100 mots chez des locuteurs sains en langage spontané. Cette étude ne donne pas les variances, mais la moyenne retrouvée est proche de celle d'une autre étude qui retrouve un taux de 4,5 disfluences pour 100 mots en discours élicité (Oviatt, 1995). Le CRCI semble donc accroître la fréquence des disfluences de manière anormale. Ces résultats suggèrent que la production des disfluences des patientes ayant un CRCI pourrait être proche d'une production pathologique. Le débit de parole des patientes est de 3,2 syllabes par seconde (193,7 syllabes par minute), contre 5,2

syllabes par seconde dans une population normale (Pasdeloup, 2004). Pour autant, la lenteur du débit n'est pas expliquée par des contraintes articulatoires ni par une atteinte phonétique, mais plutôt par les nombreux allongements et répétitions qui ponctuent la production discursive. En étudiant les pauses dans le discours des malades d'Alzheimer, Gayraud et al. (2011) trouvent un débit de 189,04 (ET = 41,8) syllabes par minute pour les patients contre 217 (ET = 39,4) chez les sujets contrôles. Ces résultats étayaient l'hypothèse d'un continuum entre une production des disfluences normale et une production pathologique entre lesquelles se situeraient les patientes ayant un CRCI.

5.4 Localisation

Comme nous l'avions prédit, un nombre élevé de disfluences est déplacé à l'intérieur de groupes in-tono-syntaxiques. En effet, les pauses se situent généralement en frontière de groupe et délimitent la parole en énoncés afin de faciliter l'interprétation du message. Or, les pauses asémantiques requièrent un effort attentionnel de la part de l'auditeur. Les disfluences intra-constituant ont donc un impact sur la communication. Dans leur étude, Gayraud et al. (2011) trouvent 36,57% de pauses intra-constituant chez les patients ayant une maladie d'Alzheimer contre 26% chez les sujets sains. Ces pauses signeraient des difficultés liées à la recherche lexicale. Chez les patientes ayant un CRCI, le pourcentage de pauses intra-constituant est en moyenne de 23,25%, (ET = 23,8), soit un pourcentage proche de celui des sujets sains. La position des pauses ne semble donc pas être un facteur fiable pour déceler un manque du mot chez ces population.

5.5 Discussion générale

Ces données issues d'une étude pilote exploratoire offrent un éclairage sur l'intérêt et la faisabilité d'une nouvelle méthode pour l'évaluation de l'anomie rapportée par les patientes en oncologie. Celles-ci évoquent des difficultés à trouver leurs mots. Bien que la plainte soit élevée, le trouble est difficilement objectivé par les tâches de dénomination ou de fluence actuellement proposées. Le premier résultat de notre étude n'a pas mis en avant d'effet du genre du discours sur la production des disfluences. Nous pouvons supposer que l'effort cognitif impliqué dans les deux tâches est proche. Cela pourrait être dû au fait que les patientes n'aient pas de trouble du langage à proprement parler. En effet, l'intégrité des structures cérébrales dédiées au langage ne serait pas directement touchée chez ces patientes. Les traits sémantiques et le stock lexical semblent préservés, ce qui pourrait expliquer pourquoi les tests neuropsychologiques classiques échoueraient à objectiver un manque du mot. La production discursive se distingue des tâches de dénomination et de fluence en termes de coût cognitif. Le choix des mots dans une unité comme une phrase ou un énoncé est plus complexe puisqu'il nécessite non seulement l'activation et l'accès aux réseaux lexicaux, mais également l'inhibition des items concurrents afin d'assurer la cohérence du discours. Le déficit induit par le CRCI des fonctions sollicitées dans la construction d'un discours engendre une production laborieuse, dont les nombreuses disfluences traduiraient le coût cognitif.

Indépendamment du genre discursif, la durée moyenne des pauses évoque un effort cognitif important lié à la recherche lexicale. Cependant, ce résultat ne semble pas confirmé par la localisation des pauses comme nous l'avions pensé. D'autant que, puisque nous n'avons pas étudié les bornes droites des disfluences intra-constituant, nous ne pouvons exclure le fait qu'elles peuvent également attester d'autres phénomènes cognitifs comme l'inhibition des items lexicaux ou la planification d'un énoncé. Des recherches ultérieures pourront permettre de déterminer quelles catégories grammaticales sont le plus affectées par le manque du mot. La fluidité du discours est altérée par les nombreuses répétitions qui constituent ce corpus. Ces répétitions portent principalement sur des phénomènes de réparation et des reformulations, dont quelques-unes mènent à des abandons syntaxiques ou idéiques. Les difficultés que les patientes éprouvent lors de la récupération du mot qu'elles cherchent provoquent parfois un discours très confus, parasité par les

répétitions d'une partie de l'énoncé, voire du phonème initial. Ces disfluences à répétition évoquent un trouble de la fluence proche du bredouillement qui pourrait s'interpréter par une atteinte des fonctions exécutives. Les scores du FACT-Cog révèlent la présence d'une plainte cognitive significative chez 4 patientes. En revanche, les scores du MoCA n'objectivent pas de troubles cognitifs. Ce décalage entre plainte et évaluation neuropsychologique concorde avec les résultats issus de la littérature (Costa, Fardell, 2019). Il n'y a pas de signes d'anxiété ou de dépression dans le questionnaire de dépistage HAD. Parmi tous les paramètres que nous avons mesurés, la fluence et le débit se révèlent des marqueurs sensibles pour détecter un manque du mot subtil. Le manque du mot induit par le CRCI est subtil et pourrait s'inscrire sur un continuum entre les disfluences normales et les disfluences pathologiques.

Les résultats de cette étude doivent être interprétés en prenant compte du nombre limité de participantes et l'absence de groupe contrôle. La question du timing est également à considérer lors de l'évaluation (Jacquin-Courtois, Reilly, 2019). En effet, le manque du mot pourrait être masqué par des stratégies de compensations adoptées par les patientes. Dès lors, un décalage pourrait se créer entre le trouble ressenti et les performances objectivées. De futures études devront donc prélever des échantillons de langage à différents timings : lors de l'annonce du diagnostic pour établir une ligne de base, pendant les traitements, immédiatement après l'arrêt des traitements, puis à long-terme entre un à deux ans après les traitements. De même, l'ajout d'un groupe contrôle sera nécessaire pour objectiver un éventuel caractère pathologique de ces disfluences.

6 Conclusion

Les patientes ayant un cancer du sein peuvent ressentir un trouble cognitif induit par le cancer et ses traitements. Elles éprouvent des difficultés à trouver leurs mots. Les tests neuropsychologiques actuellement utilisés peinent à mettre en évidence un manque du mot. Les épreuves de fluence et de dénomination proposées paraissent peu adaptées à la finesse du trouble. À travers cette étude exploratoire, notre objectif était d'investiguer l'intérêt de ce type d'analyse de discours pour révéler la présence de disfluences anormales chez ces patientes. Nous avons exploré la production discursive de huit patientes en oncologie en analysant leurs disfluences. Nous avons mesuré leur débit et leur fluence, ainsi que la durée, la fréquence, la localisation syntaxique des disfluences. Après analyse des résultats, le manque du mot rapporté par les participantes semble caractérisé par un allongement de la durée moyenne d'une pause, un ralentissement du débit dû à la production élevée de disfluences. Le débit et la fluence seraient des marqueurs fiables pour détecter les difficultés lexicales qu'éprouvent les patientes. Les résultats de cette étude pilote montrent que cette approche novatrice pour caractériser le manque du mot mérite d'être explorée davantage. Nous envisageons une étude plus importante avec groupe contrôle.

Remerciements

Nous remercions Dr Manon Lelandais pour sa participation à l'annotation des données.

Références

- AHLES, T. A., ROOT, J. C. (2018). Cognitive Effects of Cancer and Cancer Treatments. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 14, 5.1-5.27.
- BOLTON, G., ISAACS, A. (2018). Women's experiences of cancer-related cognitive impairment, its impact on daily life and care received for it following treatment for breast cancer. *Psychology, Health & Medicine*, 23(10), 1261-1274.

- BOUVET, C., BOREL, V., FURCIERI, E., CHABRAN, E., LANDRE, L., BLANC, F. (2019). Le discours narratif dans la maladie à corps de Lewy et la maladie d'Alzheimer. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 17(2), 199-210.
- CAMPIONE, E., VÉRONIS, J. (2004). *Pauses d'hésitation en français spontané*. XXV JEP, Aix-En-Provence.
- COSTA, D. S. J., FARDELL, J. E. (2019). Why Are Objective and Perceived Cognitive Function Weakly Correlated in Patients With Cancer? *Journal of Clinical Oncology*, 37(14), 1154-1158.
- DELAIS-ROUSSARIE, E., YOO, H., POST, B. (2011). Quand frontières prosodiques et frontières syntaxiques se rencontrent : *Langue française*, n°170(2), 29-44.
- DIDIRKOVÁ, I., LE MAGUER, S., HIRSCH, F., GBEDAHOU, D. (2019). *ARTICULATORY BEHAVIOUR DURING DISFLUENCIES IN STUTTERED SPEECH*. 1-5.
- DUEZ, D. (2001). Caractéristiques acoustiques et phonétiques des pauses remplies dans la conversation en français. *Travaux Interdisciplinaires du Laboratoire Parole et Langage d'Aix-en-Provence (TIPA), Laboratoire Parole et Langage*.
- GAYRAUD, F., LEE, H.-R., BARKAT-DEFRADAS, M. (2011). Syntactic and lexical context of pauses and hesitations in the discourse of Alzheimer patients and healthy elderly subjects. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 25(3), 198-209.
- GROSJEAN, F., DESCHAMPS, A. (1972). Analyse contrastive des variables temporelles en français et en anglais. *Phonetica*, 31, 144-184.
- JACQUIN-COURTOIS, S., REILLY, K. T. (2019). Troubles cognitifs liés au cancer : Quelle(s) prise(s) en charge ? *Rev Neuropsychol*, 11(4), 296-306.
- PASDELOUP, V. (2004). Le rythme n'est pas élastique : Étude préliminaire de l'influence du débit de parole sur la structuration temporelle. *Actes des XXVe Journées d'Etudes sur la Parole*, 19-22.
- PISTONO, A., PARIENTE, J., BÉZY, C., LEMESLE, B., LE MEN, J., JUCLA, M. (2019). What happens when nothing happens? An investigation of pauses as a compensatory mechanism in early Alzheimer's disease. *Neuropsychologia*, 124, 133-143.
- VAN DYK, K., CRESPI, C. M., PETERSEN, L., GANZ, P. A. (2020). Identifying Cancer-Related Cognitive Impairment Using the FACT-Cog Perceived Cognitive Impairment. *JNCI Cancer Spectrum*, 4(1), pkz099.
- VON AH, D., HABERMANN, B., CARPENTER, J. S., SCHNEIDER, B. L. (2013). Impact of perceived cognitive impairment in breast cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 236-241.
- WEFEL, J. S., KESLER, S. R., NOLL, K. R., SCHAGEN, S. B. (2015). Clinical Characteristics, Pathophysiology, and Management of Noncentral Nervous System Cancer-Related Cognitive Impairment in Adults. *CA Cancer J Clin*, 65(2), 123-138.
- WEFEL, J. S., VARDY, J., AHLES, T., SCHAGEN, S. B. (2011). International Cognition and Cancer Task Force recommendations to harmonise studies of cognitive function in patients with cancer. *Lancet Oncol*, 12, 703-708.