



UNIVERSITÉ DE NANTES

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

Année Universitaire 2019-2020

Mémoire

Pour l'obtention du

Certificat de Capacité en Orthophonie

**Élaboration d'un outil d'information sur la
prise en soin en orthophonie des patients ayant
une schizophrénie**

Présenté par *Julia CONANGLE*

Née le 11/09/1994

Président du Jury : Madame Lebayle-Bourhis Annaïck – Orthophoniste, chargée de cours,
directrice des stages au CFUO de Nantes

Directrice du Mémoire : Madame Baron Leslie – Orthophoniste, chargée de cours

Co-directrice du Mémoire : Docteur Chirio-Espitalier Marion – Psychiatre

Membre du jury : Madame Prudhon Emmanuelle – Orthophoniste, chargée de cours,
directrice pédagogique au CFUO de Nantes

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier chaleureusement mes directrices de mémoire Leslie Baron et Marion Chirio-Espitalier, qui m'ont accompagnée et aiguillée tout au long de cette année. Merci pour votre expertise, votre recul et votre bienveillance.

Je remercie également toutes les personnes qui ont participé à cette étude mais aussi toutes celles qui m'ont conseillée pour ce travail.

Merci également à Madame Lebayle-Bourhis et à Madame Prudhon pour la lecture attentive de ce mémoire.

Un grand merci à tous les maîtres de stage qui m'ont accueillie et à tous les patients qui ont accepté ma présence lors de leur suivi pendant ces cinq années d'études. Grâce à vous, j'ai énormément appris.

Je remercie également du fond du cœur mes parents pour leur amour, leurs encouragements et leur soutien indéfectible.

A Lisa, Marion et Zélie, les amies que j'ai eu la chance de rencontrer pendant ce cursus. A la musique, à la sensibilité, aux moments précieux déjà passés ensemble et à tous ceux à venir.

Et enfin aux pépouses, et à tous ces moments de rire, d'amitié et de solidarité. Ces cinq années d'études à vos côtés ont été fabuleuses.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PARTIE THEORIQUE.....	2
I - La schizophrénie.....	2
1.1 Définition.....	2
1.2 Épidémiologie.....	2
1.3 Hypothèses étiologiques.....	2
1.4 Sémiologie.....	2
1.4.1. Le syndrome positif.....	3
1.4.2. Le syndrome de désorganisation.....	3
1.4.3. Le syndrome négatif.....	4
1.4.4. La dimension cognitive.....	4
1.5. Le diagnostic.....	4
1.6. Pronostic et évolution.....	5
II – Prise en soin de la schizophrénie	5
2.1. Les structures d'accueil sanitaires : le secteur psychiatrique.....	6
2.2. Les traitements.....	6
2.2.1. Traitements médicamenteux.....	6
2.2.2. Techniques de stimulations cérébrales.....	7
2.2.3. La psychoéducation.....	7
2.2.3.1. Psychoéducation individuelle ou familiale.....	7
2.2.3.2. Les thérapies cognitives et comportementales.....	8
2.2.4. La remédiation cognitive.....	8
2.2.5. Activité physique adaptée.....	9
2.2.6. Art-thérapie.....	9
2.3. Les différents professionnels intervenant dans la schizophrénie.....	10
III – L'orthophonie et la schizophrénie.....	10
3.1. Les troubles du langage et de la communication dans la schizophrénie.....	10
3.1.1. Troubles phonétiques.....	11
3.1.2. Troubles phonologiques.....	11
3.1.3. Troubles morphologiques.....	12
3.1.4. Troubles syntaxiques.....	13

3.1.5.	Troubles lexico-sémantiques.....	13
3.1.6.	Troubles pragmatiques.....	15
3.1.6.1.	Niveau verbal.....	16
3.1.6.2.	Niveau paraverbal.....	17
3.1.6.3.	Niveau non-verbal.....	17
3.2.	Similitudes des troubles de langage et de la communication entre les patients cérébrolésés droits et les patients atteints de schizophrénie.....	19
3.3.	Champ de compétences de l'orthophoniste et schizophrénie.....	20
3.4.	Le bilan en orthophonie.....	20
3.5.	La rééducation en orthophonie.....	22
3.6.	Informations sur la schizophrénie dans le parcours des orthophonistes.....	24
3.7.	Informations sur l'orthophonie dans le parcours des psychiatres.....	25
3.8.	Conclusion.....	25
	MÉTHODOLOGIE	26
	I – Réflexions préalables à la réalisation du projet.....	26
1.1.	Genèse du projet.....	26
1.2.	Objectifs de ce projet.....	26
	II – Procédure.....	26
2.1.	Format de l'outil.....	27
2.2.	Choix de la population.....	27
2.3.	Mode de diffusion.....	27
2.4.	Recueil des données.....	27
2.5.	Consentement et anonymat.....	28
2.6.	Identification des documents existants sur le thème.....	28
	III – Élaboration de l'outil.....	28
3.1.	Conception de la plaquette d'information.....	28
3.1.1.	Objectifs inhérents à la plaquette.....	28
3.1.2.	Choix et organisation des rubriques.....	28
3.1.3.	Contenu.....	29
3.1.3.1.	L'utilisation des données de la littérature.....	29
3.1.3.2.	L'utilisation d'une sémantique et d'une syntaxe adaptées à un outil d'information.....	30
3.1.4.	Présentation.....	30

3.1.5.	Conclusion sur la plaquette.....	30
3.2.	Élaboration du questionnaire.....	30
3.2.1.	La phase préparatoire.....	30
3.2.2.	La phase rédactionnelle.....	31
3.2.3.	L'organisation générale du questionnaire.....	32
	RÉSULTATS.....	33
	I - Renseignements sur les participants ayant répondu à notre questionnaire.....	33
	II - Clarté des différentes notions de la plaquette.....	33
	III - Perception des difficultés de langage et de communication chez les patients souffrant de schizophrénie.....	34
	IV - Pertinence du suivi orthophonique dans le parcours de soin des patients.....	36
	V - Fréquence de l'intervention de l'orthophoniste auprès des patients.....	37
	VI - Conclusion sur les résultats.....	38
	DISCUSSION.....	39
	CONCLUSION.....	43
	BIBLIOGRAPHIE.....	44
	ANNEXES.....	66



UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DE MÉDECINE,
ET DES TECHNIQUES MÉDICALES

U.E.7.5.c Mémoire Semestre 10

Centre de Formation Universitaire en Orthophonie

Directeur : Pr Florent ESPITALIER

Co-Directrices Pédagogiques : Mme Typhanie PRINCE, Mme Emmanuelle PRUDHON

Directrice des Stages : Mme Annaïck LEBAYLE-BOURHIS

ANNEXE 9 ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

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

Engagement de non-plagiat

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

Fait à : Nantes

Le 20/05/2020

Signature :

INTRODUCTION

Le terme « schizophrénie » vient du grec « schizen » (scission) et « phren » (esprit). Il a été donné pour la première fois par Eugen Bleuler en 1911. D'abord définie comme démence précoce par Kraepelin en 1896, cette nouvelle terminologie a permis de mettre en avant une rupture au sein du fonctionnement psychique de l'individu, et d'éliminer l'idée selon laquelle la schizophrénie puisse être une démence (Bottéro, 2010). En la redéfinissant, Bleuler mit en avant la multiplicité des symptômes de la schizophrénie et pointa sa dimension plurielle.

L'apparition de traitements médicamenteux comme les neuroleptiques permit dès les années 1950 de traiter certains de ces symptômes. En 1990, la découverte des antipsychotiques dits "de seconde génération" contribua également à réduire l'impact de ces derniers et modifia nettement la prise en soin des troubles schizophréniques (Llorca et Samalin, 2012). Grâce à l'efficacité de ces traitements sur la perte de contact avec la réalité et à de moindres effets secondaires sur l'asthénie ou le ralentissement psychomoteur, une reconsidération et une réintégration des personnes souffrant de schizophrénie fut possible en société. Mais cela resta limité. Dans les années suivantes, des traitements non pharmacologiques se développèrent et permirent d'agir sur d'autres symptômes invalidants de la schizophrénie comme les troubles cognitifs, auxquels les thérapeutiques médicamenteuses ne pouvaient répondre.

Aujourd'hui, en France, la prise en charge de l'ensemble de ces symptômes se fait à travers une approche bio-psycho-sociale. Au sein de cette approche, apparaît une réelle volonté de déstigmatisation de la schizophrénie, face aux nombreux préjugés qui persistent encore (Lampropoulos, Fonte et Apostolidis, 2019).

Si aujourd'hui les recherches autour des traitements continuent, la remédiation cognitive semble déjà être l'une des thérapies « susceptible d'améliorer grandement le pronostic fonctionnel de la maladie » (Franck, 2017, p. 273). Issue d'une approche neurocognitive, elle tente d'agir sur les processus cognitifs qui sous-tendent les difficultés au niveau des fonctions exécutives, de l'attention, de la mémoire et du langage observées dans la schizophrénie. C'est ici que se pose toute la question de la place de l'orthophonie dans le parcours de soin des patients atteints de cette pathologie. Cette dernière pourrait-elle contribuer à améliorer le fonctionnement des patients et ainsi leur qualité de vie ?

PARTIE THEORIQUE

I - La schizophrénie

1.1 Définition

La schizophrénie est une maladie psychiatrique fréquente et invalidante dont le mode d'entrée peut être aigu ou insidieux. C'est une pathologie dans laquelle le rapport au temps, à l'espace et à la réalité sont affectés (Kocak et Fagnère, 2019) et pour laquelle la conscience des troubles est altérée¹ (Raffard et al., 2008). Selon le DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013), la schizophrénie se caractérise par des anomalies dans au moins un des cinq domaines suivants : idées délirantes, hallucinations, pensée désorganisée, comportement désorganisé ou anormal et symptômes négatifs (appauvrissement de la vie psychique). Cette expression des différents symptômes schizophréniques que nous définirons par la suite, est très variable d'un sujet à un autre, et évolue selon les différentes périodes de la vie d'un individu.

1.2 Epidémiologie

La schizophrénie a une prévalence de 0,6 à 1% (Référentiel de Psychiatrie et Addictologie, 2016). Elle débute le plus souvent chez l'adulte jeune entre 15 et 25 ans. Son ratio homme-femme est relativement équilibré avec une légère prédominance chez l'homme (x1,4). Sa répartition dans le monde est homogène. Ainsi, environ 600 000 personnes souffriraient de cette pathologie en France (Kocak et Fagnère, 2019).

1.3 Hypothèses étiologiques

S'il est désormais admis qu'elle est une pathologie multifactorielle (Franck, 2011), des recherches sont encore conduites pour déterminer les mécanismes exacts conduisant à la schizophrénie. Actuellement, les hypothèses les plus probables pointent une combinaison entre facteurs génétiques (Campion, 2019), neurodéveloppementaux (Bailly, 2012) et environnementaux (Gilmore, 2011).

1.4 Sémiologie

Au niveau de la sémiologie psychiatrique, trois grands syndromes sont généralement

1 Nous pourrions également parler d'anosognosie ou de défaut d'insight.

décrits : le syndrome positif, le syndrome négatif et le syndrome de désorganisation. Aussi, l'abord des symptômes cognitifs constitue une dimension que l'on retrouve davantage dans les descriptions de manuels de psychiatrie (Waintraub et Péneau, 2017). Bien que non indispensables au diagnostic, ils contribuent à une appréhension complémentaire de la schizophrénie.

1.4.1 Le syndrome positif

Le syndrome positif contient les idées délirantes et les hallucinations. Les idées délirantes peuvent comprendre divers thèmes : thème de persécution, thème de référence (la personne pense que des éléments de l'environnement tels que certains gestes ou commentaires lui sont spécifiquement destinés), thème mégalomane, thème religieux ou encore thème somatique, où les préoccupations concernent la santé et le fonctionnement des organes (Amad, Bubrowszky, Maitre et Thomas, 2017).

Les hallucinations, elles, sont des perceptions sans objet : elles apparaissent sans stimulus externe. Elles peuvent concerner différentes modalités sensorielles mais sont généralement portées sur la perception auditive (Da Fonseca et Fournier, 2018 ; Gourion et Gut-Fayant, 2004).

1.4.2 Le syndrome de désorganisation

D'après le Collège National des Universitaires de Psychiatrie (2016, p. 165), le syndrome de désorganisation est associé « à la perte de l'unité psychique entre idées, affectivité et attitudes ». Les manifestations résultant de ce syndrome affectent alors les cognitions, les émotions et les comportements. La désorganisation s'exprime ainsi au niveau du langage mais également au niveau du comportement moteur. On note des difficultés dans la réalisation de comportements dirigés vers un but qui se traduit par une baisse de l'initiation motrice. Aussi, une altération du système logique est également observée, ce qui entraîne une baisse des capacités d'abstraction (Syda, Iakimova et Giordana, 2018).

Par ailleurs, dans certaines formes sévères, un syndrome catatonique peut aussi être retrouvé (DSM 5, 2013). Il correspond à une posture inadaptée, parfois rigide et à une diminution de la réactivité à l'environnement (pouvant aller jusqu'à une absence totale de réaction motrice ou verbale). Mauras, Marcel et Capron (2016) mentionnent également des comportements répétitifs ou des stéréotypies, mais aussi parfois une agitation. Il est important de préciser que la catatonie n'est cependant pas spécifique à la schizophrénie et qu'elle peut se

retrouver dans d'autres pathologies.

1.4.3 Le syndrome négatif

Les symptômes négatifs les plus manifestes sont une diminution de l'expression émotionnelle et une aboulie, c'est-à-dire, un « manque de volonté ou de motivation qui s'exprime souvent par une incapacité à prendre des décisions ou à définir des objectifs » (Dictionnaire de psychiatrie, 2014, p. 1). D'autres symptômes comme l'alogie (pauvreté du discours), l'anhédonie (incapacité à éprouver du plaisir) et l'asociabilité peuvent également être présents (Mach et Dolfus, 2016).

1.4.4 La dimension cognitive

Les troubles cognitifs ne peuvent être négligés dans la schizophrénie. Ils toucheraient selon Palmer et al. (1997), pas moins de quatre patients sur cinq. Ils pré-existent aux symptômes cliniques de la maladie, et sont le premier facteur prédictif des difficultés de fonctionnement des personnes concernées.

La neurocognition est l'un des principaux domaines impactés d'après Prouteau (2011), avec des déficits en vitesse de traitement de l'information, en mémoire (mémoire de travail et processus d'encodage), mais aussi des déficits au niveau des fonctions exécutives, de l'attention (soutenue, visuospatiale et partagée) et du langage. Nous reviendrons plus en détail par la suite sur ce dernier domaine.

De même, la cognition sociale, définie comme « la faculté de comprendre soi-même et autrui dans la monde social » (Peyroux, Gaudelus et Franck, 2013, p. 71) est également touchée. Comprenant la théorie de l'esprit (capacité à se représenter les états mentaux d'une personne) et la perception des émotions, elle constitue un handicap certain dans le relationnel des patients.

Enfin, Martin et Franck (2012) notent des déficits au niveau de la métacognition, qui correspond aux processus permettant de connaître son propre fonctionnement psychique et cognitif. Les patients rencontrent alors plus de difficultés pour appréhender les différentes situations de leur quotidien.

1.5. Le diagnostic

Le diagnostic de la schizophrénie est clinique. Selon le Collège National des Universitaires de Psychiatrie (2016), les critères suivants doivent être remplis :

- l'association d'au moins deux syndromes présents au cours d'une période d'un mois parmi les suivants : syndrome positif, syndrome de désorganisation et syndrome négatif
- une évolution de ces signes pendant au moins 6 mois
- des répercussions fonctionnelles sociales ou professionnelles depuis le début des troubles
- l'absence de diagnostic différentiel

1.6. Pronostic et évolution

Bleuler (1968) ainsi que Ciompi et Muller (1977), ont pointé très tôt une hétérogénéité dans l'évolution de la schizophrénie. Encore aujourd'hui, Tournier (2019) confirme cette hétérogénéité et recense les dernières études à ce sujet. Les chiffres indiquant une rémission des patients vont de 7 à 52% selon les études et les chiffres pointant une évolution défavorable varient de 25 à 57%. Au vu de ces données, l'auteure conclut qu'il est "malaisé de déterminer l'impact pronostique" de cette pathologie. Franck et Demily (2015) vont aussi dans le sens de cette hétérogénéité et indiquent que certains tableaux cliniques évoluent défavorablement alors que d'autres se stabilisent ou tendent à s'améliorer. Ils affirment que quelle que soit l'issue de cette évolution, l'utilisation d'une thérapeutique appropriée et la pose d'un diagnostic précoce impactent favorablement ce pronostic.

II –Prise en soin de la schizophrénie

La prise en charge médicale de la schizophrénie doit viser le rétablissement des personnes. En référence à Koenig (2017, p. 726), ce modèle théorique ne désigne pas tant une modalité évolutive du trouble mais davantage « un processus personnel et singulier permettant de retrouver une vie satisfaisante ». Le rétablissement doit permettre de « sortir de ' l'identité de malade ', malgré la persistance éventuelle de symptômes et de limitations inhérentes au trouble » (Koenig, 2017, p. 726). Tout en mettant au travail différentes compétences, il s'éloigne d'un objectif pur de restauration, pour favoriser une connaissance et une acceptation de son propre fonctionnement. Ainsi, les objectifs de diminution des symptômes, de rémission fonctionnelle, sont compris dans une intention globale de "bonne santé", et de qualité de vie des personnes concernées. Le rétablissement se travaille grâce à des outils de soin et d'accompagnement de réhabilitation psychosociale, qui contiennent des actions orientées vers

la personne (thérapies), vers l'entourage mais aussi des actions sur l'environnement social et des aides à la réinsertion et à la citoyenneté (Montagne Larmurier, 2019).

2.1 Les structures d'accueil sanitaires : le secteur psychiatrique

Du fait de ses différentes phases et de la complexité de cette pathologie, une grande palette de modalités de prise en charge existe. L'accueil des patients peut se faire à temps complet, partiel ou en ambulatoire et ce dernier peut arriver dans l'une des structures soit par le biais des urgences psychiatriques, soit par la tenue d'une consultation prévue dans un autre service de psychiatrie. L'hospitalisation à temps complet concerne généralement les patients en situation aiguë qui nécessitent une surveillance importante tandis que la prise en charge à temps partiel peut être assurée par l'hôpital de jour (HDJ) qui offre des soins polyvalents et intensifs. Elle peut aussi être assurée par des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) qui prodiguent « des activités thérapeutiques et occupationnelles ayant pour but de favoriser la reconstruction de l'autonomie et la réadaptation sociale » (Coldefy et Nestrigue, 2015, p. 2). Le Centre-médico-psychologique (CMP) est par ailleurs souvent l'unité pivot de la prise en charge ambulatoire puisqu'il coordonne les actions extra-hospitalières et oriente le parcours des patients.

Dans chaque structure, c'est le psychiatre référent qui assure le suivi et la gestion des soins de la personne selon un projet thérapeutique établi en coordination avec la totalité de l'équipe soignante. Aujourd'hui, l'objectif est d'éviter autant que possible une hospitalisation à long terme. Lorsque l'autonomie du patient reste cependant impossible, des foyers médicalisés permettent un accompagnement adapté à chacun (Franck, 2016).

2.2 Les traitements

Selon si le patient se trouve en phase aiguë ou non, les objectifs de soin ne seront pas les mêmes. Dans le premier cas, il s'agira d'améliorer la symptomatologie psychotique, de diminuer la souffrance et de protéger l'individu et ses proches (Waintraub et Péneau, 2017). Dans le second cas, il s'agira de diminuer le risque de rechute et de favoriser le rétablissement. En phase aiguë, le traitement médicamenteux sera alors la pierre angulaire de la prise en charge tandis qu'au long cours, d'autres thérapies pourront venir compléter celui-ci.

2.2.1 Traitements médicamenteux

Dans la schizophrénie, les antipsychotiques les plus utilisés sont la clozapine, la rispéridone, l'olanzapine, l'aripiprazole, la palipéridone, la quétiapine ou encore les benzamides substitués. Ces traitements antipsychotiques permettent d'agir sur les hallucinations, le délire et l'agitation (Franck, 2019). Ils demeurent nécessaires sur du long terme dans la très grande majorité des cas et conditionnent la mise en place des autres modalités de prise en charge (Vanelle, Sauvaget et Laforgue, 2019). Leur effet étant par ailleurs plus modeste sur les symptômes négatifs et cognitifs, le recours à d'autres thérapies reste indispensable.

2.2.2 Techniques de stimulations cérébrales

Certains symptômes résistants aux thérapeutiques médicamenteuses et provoquant des difficultés de fonctionnement social, familial et professionnel peuvent être abordés par la stimulation cérébrale (Nathou, 2019). Les solutions possibles existant actuellement sont l'électroconvulsivothérapie (stimulations électriques alternatives, par impulsions à une fréquence de 70 Hz), la stimulation magnétique transcrânienne (courant de haute intensité délivré sur un temps bref) ou encore la stimulation transcrânienne en courant direct (courant électrique continu sur un temps plus long). Ces techniques semblent être favorables dans le cas des hallucinations acousticoverbales résistantes, de la catatonie et de certains symptômes négatifs. En ce qui concerne les symptômes cognitifs, elles ont aussi montré des résultats satisfaisants sur les capacités de mémoire de travail (Barr et al., 2013) et la reconnaissance émotionnelle faciale (Wölwer et al., 2014). Mondino, Brunelin et Poulet (2017, p. 319) estiment cependant que « des travaux contrôlés avec de plus grands effectifs sont nécessaires » pour confirmer ces données encourageantes.

2.2.3 La psychoéducation

2.2.3.1 Psychoéducation individuelle ou familiale

La psychoéducation est « une intervention didactique et psychothérapeutique systématique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face » (Bonsack, Rexhaj et Favrod, 2015, p. 79). Plus qu'une simple transmission d'informations, elle apporte un soutien émotionnel et donne des moyens pour mieux gérer sa maladie ou celle de son proche. L'adhésion aux stratégies thérapeutiques restant faible dans la schizophrénie (Lalonde, 2017), elle peut amener une

prise de conscience chez les patients et ainsi une meilleure observance de leurs différents traitements.

2.2.3.2 Les thérapies cognitives et comportementales

Les thérapies cognitives et comportementales sont une entité appartenant à la psychoéducation. Ces dernières visent la résolution des problèmes d'un individu par la « modification de ses croyances, de ses comportements dysfonctionnels et de ses modes de gestion des émotions » (Lecardeur, 2019, p. 381). Elles ont pour objectifs de placer le patient au centre de sa prise en charge et de lui offrir un suivi individuel afin qu'il parvienne à modifier ses propres schémas cognitifs et ainsi ses cognitions. Le patient est alors censé développer différentes stratégies d'adaptation et progressivement acquérir un certain niveau d'autonomie dans son quotidien. Dans le cadre de la schizophrénie, le travail peut porter sur la perception des hallucinations, le délire mais aussi sur les symptômes négatifs avec par exemple un entraînement aux habiletés sociales (Elis, Caponigro et Kring, 2013). Il contribue aussi à déconstruire l'autostigmatisation que font les patients lorsqu'ils internalisent les croyances stigmatisantes de la société sur la schizophrénie.

2.2.4 La remédiation cognitive

Fort du constat que peu de troubles cognitifs sont améliorés par les psychotropes ou les psychothérapies (Franck, 2017), lesquels constituent le premier déterminant du fonctionnement des personnes, la remédiation cognitive a permis de proposer une nouvelle ouverture dans le traitement de ces difficultés spécifiques.

Lors de la Seconde Conférence Internationale de Recherche sur la Schizophrénie (2010), elle a été définie par les experts comme une intervention thérapeutique impliquant un entraînement destiné à améliorer les processus cognitifs tels que l'attention, la mémoire, les fonctions exécutives, la cognition sociale et la métacognition. Provoquant des modifications cérébrales comme une réduction de la perte de substance grise et un meilleur transfert interhémisphérique à travers le corps calleux (Penadés, Pujol et Catalan, 2013), elle a des effets significatifs et durables (Bowie et al., 2020).

La remédiation cognitive contient différents programmes individuels ou groupaux. Elle nécessite au préalable un bilan des fonctions cognitives qui évalue les altérations présentes ainsi que leur impact fonctionnel (Franck, 2019). Des objectifs clairs de rééducation sont alors définis et l'entraînement cognitif qui en découle doit viser le transfert et la

généralisation des compétences au quotidien. A force d'entraînement et de développement de stratégies, la remédiation cognitive constitue un véritable levier dans la réussite des projets des patients.

2.2.5. Activité physique adaptée

Les patients souffrant de schizophrénie ont un risque plus élevé de morbi-mortalité. Ils sont plus sensibles à certains facteurs environnementaux délétères comme le tabagisme, la consommation d'alcool et de cannabis, l'obésité, une mauvaise hygiène alimentaire et une faible activité physique. Cela a pour effet d'augmenter leurs risques cardiovasculaires, métaboliques et respiratoires et de diminuer leur espérance de vie (Tréhout et Dolfus, 2019). D'après plusieurs études, la pratique d'une activité physique peut être une solution (Dauwan, Begemann, Heringa et Sommer, 2016 ; Firth et al., 2015). Cette dernière aurait en effet un impact positif sur le risque de survenue de comorbidités, mais également sur les dimensions négatives et cognitives. Si tant est que le personnel encadrant soit formé et que le type d'activités proposées soit adapté aux capacités des patients, elle est à considérer comme une piste thérapeutique non négligeable.

2.2.6. Art-thérapie

L'art-thérapie consiste à impliquer les patients dans un processus de création artistique via différents médias (arts-plastiques, musique, danse, etc.). Il aide « à développer les capacités créatives, à construire une image valorisante de soi, à exprimer et soulager une souffrance » (Fédération Française des Arts-thérapeutes, 2020). L'art-thérapie s'adresse aux personnes souffrant de difficultés psychiques et/ou psychologiques, ou en situation de fragilité (maladie, handicap, exclusion sociale, etc.). Des recherches sont actuellement en cours pour déterminer si elle peut représenter un moyen de prise en charge intéressant pour la schizophrénie. Selon Le Monnier de Gouville (2019, p. 413), l'intérêt de l'art-thérapie demeure « scientifiquement peu clair ». Il recense toutefois un certain nombre d'études qui tendent à montrer que l'art-thérapie pourrait agir sur certains symptômes invalidants de la schizophrénie, comme les symptômes positifs. Après une collecte de cinq revues systématiques, Isabel Ruiz, Aceituno et Rada (2017) avancent eux aussi qu'« il n'est pas clair si l'art-thérapie améliore la schizophrénie ». Ils expliquent cependant qu'il est fort probable que leurs conclusions soient modifiées par de futures preuves et donc, que des investigations sont encore nécessaires. Tous ces auteurs postulent enfin que les prochaines études devront

servir à déterminer quels médias seraient les plus pertinents dans le cadre de cette pathologie.

2.3. Les différents professionnels intervenant dans la schizophrénie

Au niveau des structures d'accueil, différents professionnels peuvent être amenés à intervenir auprès des personnes atteintes de schizophrénie. Ceux qui apparaissent dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé (2017) sont les suivants : psychiatres, médecins généralistes, médecins spécialistes, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, diététiciens. L'orthophoniste n'apparaît donc actuellement pas dans ces recommandations. Nous allons pourtant voir dès à présent, en quoi la pratique de l'orthophonie, encore peu répandue, pourrait se révéler pertinente.

III – L'orthophonie et la schizophrénie

3.1. Les troubles du langage et de la communication dans la schizophrénie

Les troubles du langage ont été évoqués dès les premières descriptions de la schizophrénie. Ils ont été présentés par Kraepelin en 1907 et Bleuler en 1911 comme des éléments saillants de la pathologie. Ces auteurs ont mentionné des anomalies linguistiques importantes comme une réduction quantitative du discours, un trouble de l'association des idées, un discours circonlocutoire et illogique, mais aussi des « schizophasies² ». A cet instant, les troubles du langage étaient considérés par ces deux auteurs comme une réaction consécutive à la désorganisation de la pensée des patients.

Plus tard, l'auteure Andreasen (1986) apporta une autre dimension à cela en caractérisant et en détaillant plus finement ces troubles. Grâce à son échelle d'évaluation de la pensée, du langage et de la communication (TLC), elle fut la première à souligner que ces troubles naissaient essentiellement dans l'interaction. Elle distingua ainsi troubles du langage, de la communication et de la pensée. Elle permit de mettre en avant différents étages d'atteintes et de mieux comprendre leur fonctionnement.

Frith en 1992, insista comme elle sur le fait que ces troubles apparaissaient essentiellement quand le patient recourait au langage pour communiquer et qu'ils n'étaient pas seulement le résultat d'une pensée décousue. L'auteur compléta en précisant que les observations faites dans la schizophrénie allaient dans le sens d'une altération au niveau de la

2 Néologismes et paraphasies rendant le propos incompréhensible

performance du langage (produire un discours, en contexte, adressé à autrui) plutôt qu'une altération de la compétence de langage (connaissance et usage corrects de la langue).

Nous allons à présent décrire ces troubles selon le modèle de structuration du langage tel que défini par les linguistes (Covington et al., 2005). Ce modèle a été choisi arbitrairement du fait qu'il se rapproche au plus près des descriptions sémiologiques des troubles du langage en orthophonie. Nous présenterons ainsi les dimensions phonétiques, phonologiques, morphologiques, lexico-sémantiques, syntaxiques et pragmatiques du langage.

Les troubles du langage et de la communication résultant de l'altération de différents processus cognitifs en interaction, il est important de ne pas avoir une vision isolée de ces troubles et de considérer la possible intrication de ces derniers. De même, à l'instar de la symptomatologie globale de la schizophrénie, il convient de garder à l'esprit que leur expression demeure hétérogène et atteint différents degrés selon les individus.

3.1.1. Troubles phonétiques

La phonétique est la capacité de réalisation et de réception des différents sons d'une langue sur le plan physique et physiologique. Dans la schizophrénie, un consensus semble établi entre les différents auteurs pour dire qu'aucune altération n'est présente à ce niveau (Covington et al., 2005 ; Radanovic, Sousa, Valiengo, Gattaz et Forlenza, 2013 ; Stephane, Pellizzer, Fletcher et McClannahan, 2014).

3.1.2. Troubles phonologiques

La phonologie traite de l'organisation des phonèmes (plus petites unités distinctives de la parole qui permettent de distinguer un son d'un autre) et des faits suprasegmentaux (intonation, accentuation, hauteur, durée, intensité).

Au niveau de l'organisation des phonèmes, quelques altérations ont été décrites sur le versant expressif. Ainsi, Hulsemans et al. (2005), observent une production d'associations phonologiques³ et Le Bar et Mahouet (2011) soulignent de faibles performances au niveau des

3 Par exemple, "le parapluie est cassé" devient "le parapluie est passé". La première ou la dernière syllabe d'un mot va impacter la sonorité du mot suivant.

fluences verbales phonologiques⁴, qui peuvent être mises en lien avec un déficit des fonctions exécutives.

Toutefois, c'est essentiellement sur le versant réceptif que prédominent les troubles. Angrilli et al. (2005) pointent un trouble de la conscience phonologique, avec un déficit en reconnaissance de rimes. Revheim et al. (2014) mais aussi Whitford et al. (2013), confortent ces résultats et pointent des déficits phonologiques similaires à ceux retrouvés dans la dyslexie.

Il semblerait que ces troubles soient à considérer au sein d'un déficit plus large du traitement sensoriel (Behrendt et Young, 2004). Les difficultés de perception auditive ne concerneraient donc pas seulement la perception des phonèmes, mais aussi celle des autres stimuli sonores. Ce trouble plus global pourrait d'ailleurs expliquer certaines hallucinations perçues par les patients.

Le second aspect de la phonologie qui nous intéresse concerne le traitement des faits suprasegmentaux, c'est-à-dire la perception et l'utilisation des différents paramètres de la prosodie. Les faits suprasegmentaux accompagnent, structurent la parole et se superposent aux phonèmes lors de la communication. Ils interviennent dans le déroulement des interactions sociales et apportent de l'informativité aux productions. Ils relèvent donc également des compétences pragmatiques (Laval et al., 2012) et seront décrits dans ce dernier volet.

Plusieurs auteurs précisent que bien qu'ils existent, les troubles phonologiques ne représentent qu'une faible part des troubles du langage chez les patients (Covington et al., 2005 ; Radanovic et al., 2013 ; Hulselmans et al., 2005).

3.1.3. Troubles morphologiques

La morphologie s'intéresse aux différentes unités signifiantes qui composent un mot. Elle traite du bon emploi des flexions (conjugaison) mais aussi des dérivations (changements de catégorie grammaticale). D'après Radanovic et al. (2013), nous ne retrouvons pas de déficit pur en morphologie chez les patients atteints de schizophrénie. Cela est également corroboré d'une part par la revue de littérature de Covington et al. datant de 2005, et d'autre part par Chaïka en 1974 lors de sa description du « langage schizophrène » (traduction faite sur

4 Donner le plus de mots possibles commençant par une lettre donnée.

DeepL).

3.1.4. Troubles syntaxiques

Contrairement à la morphologie qui traite de la forme des mots, la syntaxe étudie les relations possibles entre les mots et leur organisation au sein des énoncés.

En production, il semble qu'il n'y ait pas de consensus entre les auteurs sur la présence ou non de troubles. En effet, si Covington et al. (2005) affirment dans leur revue de littérature que les énoncés restent syntaxiquement correctes, d'autres auteurs décrivent tout de même un certain nombre de déficits. Chaïka (1974), note une absence de pronoms et un mauvais choix des articles. D'autres auteurs observent également une utilisation réduite des marqueurs syntaxiques (Bazin et al., 2002 ; Rochester, Martin et Thurston, 1977). Une faible utilisation de subordonnées et une réduction du nombre de phrases complexes par rapport aux individus non pathologiques sont également constatées par Fraser, King, Thomas et Kendell (1986).

Quant au niveau réceptif, Condray et Steinhauer (2003, p. 1) décrivent une moins bonne analyse des phrases de type « qui a fait quoi à qui ». Par exemple, dans la phrase « le sénateur que le journaliste a attaqué a reconnu son erreur », il apparaît une compréhension plus déficitaire que chez des sujets témoins. Le Bar et Mahouet (2011) vont aussi dans ce sens en confirmant une compréhension altérée des phrases longues et complexes.

Par ailleurs, Stephane, Pellizzer, Fletcher et McClannahan (2007), dans leur évaluation empirique des troubles du langage de la schizophrénie, ont retrouvé des difficultés à rejeter des structures syntaxiques incorrectes.

3.1.5. Troubles lexico-sémantiques

En raison de leur lien étroit, nous avons choisi de réunir les troubles du lexique et de la sémantique. La lexicologie est l'étude des unités signifiantes qui constituent le lexique d'une langue. La sémantique s'intéresse, elle, à la signification des mots et énoncés, ainsi qu'aux liens de sens qu'ils entretiennent.

Lemieux et Macoir (2017) ont recensé 19 articles montrant des performances aux fluences sémantiques⁵ significativement plus faibles pour les personnes atteintes de

⁵ Donner le plus de mots possibles appartenant à une catégorie sémantique, comme les animaux ou les fruits.

schizophrénie. Ils notent que des recherches sont encore nécessaires sur les processus cognitifs en jeu, mais que la réduction de la vitesse de traitement de l'information et les troubles de la mémoire de travail semblent avoir un impact sur ces dernières. Allen, Liddle et Frith (1993, p. 769) ont aussi observé ces faibles performances dans leur étude. Ils précisent que lors de la tâche de fluence sémantique, les patients donnent moins de mots que les témoins et certains de ces mots n'appartiennent pas à la catégorie demandée. Selon eux, les patients ont cependant « autant de mots disponibles dans leur lexique interne ». Ils expliquent que ces mauvaises performances seraient dues à un problème de récupération et de sélection des mots. Ce point de vue est également appuyé par d'autres auteurs (Marvel, Schwartz et Isaacs, 2004) qui ont constaté le même phénomène dans une tâche de génération de verbes.

Ces avis sont cependant nuancés par d'autres études (Bokat et Goldberg, 2003 ; Goldberg et al., 1998) qui indiquent qu'en plus des difficultés de récupération présentes chez les patients, il y aurait aussi une atteinte du système sémantique lui-même. Cela impliquerait que les patients manquent aussi de connaissances sur les concepts.

En outre, tous ces auteurs indiquent que les performances aux fluences sémantiques sont largement plus touchées que les performances aux fluences phonologiques évoquées précédemment.

Par ailleurs, des néologismes ont été observés. Selon Covington et al. (2005), ces derniers sont le résultat d'une altération de l'accès au lexique. Ils demeurent cependant peu nombreux puisqu'ils ont été retrouvés seulement chez 1 à 3% des patients ayant une schizophrénie (Ey, 1955 ; Hulselmans et al., 2003). Plusieurs auteurs constatent aussi une approximation dans le choix des mots, un manque du mot et la présence de paraphasies sémantiques (Andreasen, 1986 ; Covington, 2005 ; Kircher et al., 2014 ; Radanovic et al., 2013).

Des déficits aux épreuves de jugement sémantique⁶ ont également été mis en évidence. Berquin (2017) a montré que pour cette tâche, la moitié des patients figuraient en dessous du seuil pathologique. Elle a aussi expliqué que qualitativement, il leur était plus difficile d'expliquer le lien entre deux mots. Cela a aussi été pointé par Stephane et al. (2014) et Salavera, Puyuelo, Antoñanzas et Teruel (2013) qui estiment que ces déficits proviendraient d'une altération du système sémantique.

6 Dire si deux mots entretiennent un lien de sens.

Enfin, pour tenter de répondre à la question d'une atteinte du stock lexical ou d'une atteinte de l'accès à ce stock lexical, Doughty et al. (2008, p. 40) ont fait passer un certain nombre d'épreuves supplémentaires à des patients souffrant de schizophrénie (dénomination, désignation, catégorisation et association sémantique⁷). Au vu des performances obtenues, ils postulent pour leur part, que peu d'éléments tendent vers une dégradation pure du système sémantique. Selon eux, il semble davantage « que les déficiences résultent d'une incapacité à utiliser les connaissances sémantiques de manière appropriée, en particulier lorsqu'une sélection de relations sémantiques saillantes est requise ».

En conclusion, si tous les auteurs ne sont pas d'accord sur l'origine des déficits, des troubles lexico-sémantiques demeurent présents et peuvent impacter le langage des patients.

3.1.6. Troubles pragmatiques

La pragmatique s'intéresse « à ce qui se passe lorsqu'on emploie le langage pour communiquer ». (Dictionnaire d'orthophonie, p. 277). Elle tente de percevoir ce qui est énoncé mais également ce qui se produit lors de l'énonciation (gestuelle, prosodie). C'est l'aspect du langage que l'on utilise pour exprimer ses intentions et percevoir celles des autres. Elle nécessite la prise en compte du contexte et la gestion de nombreuses règles pour aboutir à une communication efficace. Cela comprend entre autres la gestion des tours de parole, l'utilisation d'un langage verbal et gestuel adaptés, l'acquisition des compétences discursives ainsi que la compréhension d'inférences.

Leroy et Beaune (2005) comme de nombreux auteurs (Parola et al., 2020 ; Radanovic et al., 2013 ; Salavera et al., 2013) insistent sur la dominance des troubles pragmatiques dans la schizophrénie. Ils précisent que ces troubles impactent la globalité du langage plutôt que des éléments isolés. Cela corrobore l'idée évoquée précédemment par Frith (1992) selon laquelle c'est bien la performance de langage qui est la plus atteinte et non la compétence de langage. Nous classerons les manifestations de ces troubles pragmatiques du langage selon le niveau verbal, paraverbal et non-verbal.

7 Dénomination : donner le nom d'un objet présent sur une image
Désignation : montrer l'image qui correspond au nom énoncé par l'examineur
Catégorisation : classer différents items selon la catégorie sémantique à laquelle ils appartiennent
Association : relier un item à une cible avec laquelle il entretient un lien sémantique évident

3.1.6.1. Niveau verbal

Combaluzier et al. (2013) décrivent des troubles de la pragmatique conversationnelle. Ils notent des répercussions importantes au niveau du discours pour les personnes souffrant de schizophrénie. Ainsi, l'enchaînement et l'organisation d'énoncés pour structurer un propos est difficile. Un manque de cohésion du discours est mis en évidence avec une moindre utilisation des marqueurs causaux⁸ (Willits, Rubin, Jones, Minor et Lysaker, 2018), et une réduction ou une utilisation erronée des marqueurs syntaxiques⁹ (Bazin, Lefrere, Passerieux, Sarafti et Hardy-Baylé, 2002). Des difficultés de planification et d'organisation du discours sont également notées (Boucard et Laffy-Beaufils, 2007 ; Musiol et Verhaegen, 2009). Cela se traduit par un discours pauvre et parfois sans continuité. Nous observons également un manque de cohérence du discours avec des persévérations, une logorrhée et un discours tangentiel (Ey, 1955 ; Hulselmans et al., 2005). En outre, il apparaît des intrusions d'informations sans rapport avec le contexte et une perte du but de la conversation (Chaïka, 1974 ; Musiol et Verhaegen, 2009). Andreasen (1986) évoque aussi un discours emphatique (grandiloquent) et auto-référentiel.

De même, la communication étant une action coopérative, elle nécessite le respect d'un certain nombre de règles fréquemment transgressées par les patients souffrant de schizophrénie (Frith, 1992). Grice en 1979, énonça ces différentes règles et les classa en quatre principes¹⁰ : quantité, qualité, relation et modalité. Une étude faite par Frith et Corcoran (1996) a montré que tous ces principes étaient touchés. Ainsi, cela nous permet de conclure que les patients manquent d'informativité, de pertinence et favorisent les ambiguïtés. La tenue d'une conversation fluide et sans incident est alors constamment compromise.

En ce qui concerne ce qu'ils perçoivent du discours, des difficultés sont également retrouvées. Les troubles portent généralement sur ce qui fait appel à l'implicite. De nombreux auteurs montrent des difficultés dans la compréhension des métaphores et des proverbes

8 Parce que, puisque, donc, par conséquent, de sorte que, etc.

9 Mots insérant une subordonnée, pronoms, morphèmes grammaticaux (de genre, nombre ou personne)

10 Quantité : 1. *Que votre contribution contienne autant d'information qu'il est requis*
2. *Que votre contribution ne contienne pas plus d'information qu'il n'est requis.*

Qualité : 1. *N'affirmez pas ce que vous croyez faux*
2. *N'affirmez pas ce pour quoi vous manquez de preuves*

Relation : *Parlez à propos*

Modalité : 1. *Évitez de vous exprimer avec obscurité*
2. *Évitez d'être ambigu*

(Bambini et al. 2020 ; Deamer et al., 2019 ; Rossetti, Brambilla, et Papagno, 2018 ; Syda, Iakimova et Giordana, 2018). Il ressort de ces études une tendance à privilégier le sens littéral des énoncés et des capacités d'abstraction très réduites. L'humour semble aussi difficile à appréhender (Adamczyk, Wyczesany et Daren, 2019 ; Pawełczyk et al., 2018) ainsi que l'ironie (Herold et al., 2018 ; Rapp, Langohr, Mutschler, et Wild, 2014). Plus largement, ce sont les actes de langage indirect qui ne sont pas compris, avec des difficultés à comprendre l'intention du locuteur (La Bar et Mahouet, 2011). Or, comme l'indiquent Gavilan et Garcia-Albea (2011, p. 54), « la communication verbale repose généralement sur la transmission de messages non littéraux plutôt que sur une transmission directe d'informations littérales ». L'usage quotidien que nous faisons du langage figuré représente ainsi un frein considérable à la communication des patients.

3.1.6.2. Niveau paraverbal

Le niveau paraverbal « renseigne sur la/les qualités intentionnelles et émotionnelles de l'émetteur : voix, prosodie, intonation, rythme, pauses, silence » (Dictionnaire d'Orthophonie, 2011, p. 263). Certains patients présentent une dysprosodie avec un discours monotone d'après Radanovic et al. (2013). Compton et al. (2018) corroborent cette idée et montrent des variations presque inexistantes en terme de hauteur et d'intensité de la parole. Nous retrouvons aussi des troubles prosodiques en réception avec une incapacité à percevoir l'état émotionnel dans la voix de l'interlocuteur (Gurańska et Gurański, 2013 ; Radanovic et al., 2013).

Par ailleurs, des anomalies dans le rythme du discours sont observées avec des pauses, des barrages (arrêt brutal), des accélérations ou ralentissements de la parole (Ey, 1955, Franck, 2016). Cette diffluence du discours traduit généralement l'altération du cours de la pensée des patients. Un bégaiement peut parfois être rencontré même s'il reste rare dans la pratique clinique comme l'estiment plusieurs auteurs (Das, Manjunatha et Thirthali, 2018 ; Nagendrappa, Sreeraj, Venkatasubramanian, 2019).

3.1.6.3. Niveau non-verbal

La schizophrénie est souvent caractérisée par une rupture sociale (Jameel et al., 2020). Dans la communication non-verbale, plusieurs éléments peuvent nous permettre de maintenir la relation à l'autre. Le maintien du regard par exemple, nous permet d'indiquer à notre

interlocuteur que nous l'écoutons attentivement et la perception de son regard peut nous donner des indications quant à ses émotions. Il a été montré que les patients atteints de schizophrénie évitent le contact visuel dès lors qu'ils étaient dans une conversation duelle (Troisi, 1991) ou à plusieurs (Han et al., 2014). Ils ont également du mal à percevoir le regard de l'autre (Tso, Mui, Taylor, et Deldin, 2012), dans le sens où il est difficile pour eux de savoir si le regard de leur interlocuteur leur est destiné. Un trouble de la reconnaissance des expressions faciales est aussi pointé par plusieurs auteurs (Ciaramidaro, 2018 ; Gaudelus et al., 2015 ; Silver, Shlomo, Turner, et Gur, 2002). De même, Ikebuchi et al. (2012) indiquent que la gestuelle dans la communication pose aussi problème. Les patients ne parviennent pas à repérer les gestes de leur interlocuteur, et lorsqu'ils les repèrent, ils n'en saisissent pas toujours le sens (Walther et Stegmayer, 2018). Ils ont d'ailleurs tendance à se sentir menacés par des gestes n'étant pourtant pas agressifs. De plus, une fixité du regard est parfois observée, donnant une impression de regard dans le vide (Menard et al., 2013 ; Pounds, 2010). Tous ces éléments combinés entravent grandement la communication des patients, tant pour leur compréhension que pour conserver de bonnes relations avec les autres.

Ainsi, l'ensemble de ces troubles pragmatiques se répercute sur tous les niveaux de la communication. Ils montrent à quel point le risque d'isolement social est fort et sur quels aspects est-il important d'accompagner les patients. Au vu de nos lectures, Il semble difficile de justifier l'origine de ces troubles tant elle est discutée par les auteurs.

Les troubles de la pragmatique du langage pourraient être expliqués par la combinaison d'un déficit des fonctions exécutives, de la théorie de l'esprit et d'autres fonctions cognitives (attention, mémoire). En effet, si le déficit en théorie de l'esprit a été mis en évidence en premier (Frith, 1992) et est toujours évoqué par les auteurs qui vont suivre, d'autres dysfonctionnements cognitifs semblent également impliqués. Thoma et al. (2009) montrent par exemple un trouble de l'attention divisée, qui est une composante nécessaire à la compréhension des proverbes et des métaphores. Parola et al. (2020) comme Dollfus et al. (2007) constatent en plus de cela la mise en jeu de troubles de la planification et de l'inhibition dans les tâches pragmatiques. Moreau et Champagne Lavau (2014) abordent aussi la flexibilité mentale, qui pourrait expliquer les difficultés d'inférences. Hardy-Baylé (dans Brazo, 2019) partage aussi l'idée selon laquelle plusieurs composantes seraient en jeu. L'auteure parle d'un déficit plus global de traitement du contexte qui implique un mauvais

ajustement de l'action au contexte (défaut de planification), un trouble mnésique et un défaut d'intentions à autrui. L'apathie (manque de motivation) est aussi avancée pour expliquer la diminution de la réactivité aux émotions (Rivollier, Plaze et Marie Odile Krebs, 2019). Par ailleurs dans une revue de littérature, des auteurs avancent que « la cooccurrence d'un déficit dans la compréhension du langage non littéral et d'un déficit dans la théorie de l'esprit peut être expliquée par une altération du traitement du contexte associée à un manque de flexibilité » (Champagne-Lavau, Stip, et Joannette, 2006, p. 309). Des idées se recoupent donc, et il semble que les troubles pragmatiques du langage soient impactés par plusieurs facteurs. Il reste toutefois à déterminer lesquels exactement et quel lien chaque composante entretient-elle avec les autres.

La revue de littérature que nous venons de faire sur les troubles du langage et de la communication des patients ayant une schizophrénie nous permet de conclure que des déficits sont essentiellement présents au niveau lexico-sémantique et pragmatique. L'ensemble de ces difficultés représente une entrave importante à la communication des personnes atteintes de schizophrénie et il semble nécessaire de les prendre en compte.

3.2. Similitudes des troubles de langage et de la communication entre les patients cérébrolésés droits et les patients atteints de schizophrénie

De nombreuses similitudes sont observées dans les troubles du langage et de la communication des patients présentant une lésion acquise de l'hémisphère droit et de ceux souffrant de schizophrénie. En effet, Joannette et Monetta (2004, p. 11) expliquent que les troubles des patients cérébrolésés droits « peuvent affecter, à divers degrés, la prosodie, le traitement sémantique des mots, de même que les habiletés discursives et pragmatiques ». Cela est aussi soutenu par Tompkins (2012) et Lehman Blake (2007). Un tableau comparatif fait par Arnould (2019) nous permet en outre de voir à quel point, dans chaque atteinte de la communication, les similitudes entre les deux pathologies sont fortes (cf. ANNEXE 1).

Un autre élément soulevé par Joannette et Monetta (2004) nous interpelle. Ces auteurs évoquent en effet des déficits en théorie de l'esprit, mais aussi des dysfonctionnements exécutifs et cognitifs pour expliquer les troubles de la communication des patients cérébrolésés droits, les mêmes mécanismes supposés dans la schizophrénie.

Si nous ne devons toutefois pas faire d'analogie hâtive et considérer chaque pathologie

dans sa complexité, il semble intéressant de noter que pour les atteintes hémisphériques droites, l'orthophonie est pleinement intégrée à la prise en charge des patients (nomenclature des actes en orthophonie - Fédération Nationale des Orthophonistes [FNO], 2019) et dispose de moyens de rééducation pour cela (Référentiel de formation du certificat de capacité d'orthophoniste, Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, 2013).

3.3. Champ de compétences de l'orthophoniste et schizophrénie

Dans le cadre de son exercice libéral, l'orthophoniste n'est pour le moment pas habilité à prendre en charge les troubles du langage et de la communication des patients souffrant de schizophrénie. En effet, selon la nomenclature en vigueur (FNO, 2019, p.1), l'intitulé « rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques » ne peut s'appliquer que pour les patients atteints de pathologies neurologiques d'origine vasculaire, tumorale ou post-traumatique et neuro-dégénératives ». L'étiologie psychiatrique, dans ce cas, n'est pour le moment pas admise. Certains patients peuvent cependant être pris en soin pour d'autres troubles et bénéficier par exemple d'une « rééducation des bégaiements et des autres troubles de la fluence », mais nous avons vu précédemment que ce n'était pas dans ce domaine que se trouvaient la majorité des difficultés.

Quelques professionnels orthophonistes exerçant en milieu hospitalier travaillent toutefois auprès des patients souffrant de schizophrénie (Boucard et Laffy-Beaufils, 2008). Dans ce cadre là, ils évaluent les troubles du langage et de la communication des patients et élaborent avec eux un projet thérapeutique. Nous allons voir maintenant, comment évaluer ces troubles grâce au bilan orthophonique et quel suivi peut être effectué par la suite.

3.4. Le bilan en orthophonie

Le bilan orthophonique s'effectue suite à une prescription médicale. Il est l'étape initiale avant toute décision de suivi thérapeutique (Dictionnaire d'orthophonie, 2011). Il contient un temps d'entretien, d'anamnèse et une passation de batteries ou d'épreuves. Il permet de définir les difficultés du patient mais aussi ses besoins et ses capacités.

Dans une étude de la revue *Psychiatry Research*, Joyal, Bonneau et Fecteau (2016, p. 89) considèrent que « les troubles de la communication associés à un diagnostic de schizophrénie sont une question centrale à évaluer ». Bien les identifier permettrait selon ces auteures, d'optimiser la qualité de vie des patients ainsi que leur fonctionnement dans la société. Des évaluations de la communication existent déjà en psychiatrie comme le T.L.C. (Andreasen, 1986), le *Communication Disturbances Index* (Docherty, De Rosa et Andreasen, 1996) et la *Schizophrenic Communication Disorder scale* (Olivier et al., 1997). Cependant, les items présents dans ces évaluations ne permettent pas de rendre compte de tous les déficits langagiers et communicationnels présents chez les patients. Boucard et Laffy-Beaufils (2008, p. 231) affirment que l'orthophoniste peut caractériser ces troubles grâce à la spécificité du bilan orthophonique. Elles ont tenté de sélectionner dans leur étude les épreuves permettant d'identifier le plus finement possible les différentes atteintes des patients. Elles précisent que ces épreuves sont couramment utilisées en neurologie et qu'elles ont une efficacité diagnostique. Les voici :

- L'Interview dirigée du Montréal–Toulouse 86 (Nespoulous, Lecours, Puel et Joannette, 1992)
- Le récit en images et les épreuves de Compréhension Orale et Écrite du *Boston Diagnostic Aphasia Examination* (Mazaux et Orgogozo, 1982)
- Les quatre sections de l'adaptation française du *Test of Language Competence, Expanded Edition* : phrases ambiguës, déductions, création de phrases et langage figuratif (Borrel et Martins, 1993)
- La Gestion de l'implicite (Duchene May-Carle, 2000)
- Les fluences de Cardebat (Cardebat et al., 1990)

Au vu des résultats obtenus par les patients, Boucard et Laffy-Beaufils concluent que les troubles du langage et de la communication de la schizophrénie peuvent être mis en évidence par l'ensemble de ces tests. Elles expliquent cependant qu' « une normalisation et une standardisation des épreuves semblent nécessaires ».

Par ailleurs, elles approuvent l'utilisation du protocole Montréal d'évaluation de la communication (MEC), qu'elles ont fait passer dans un second temps à leur population de patients. Si elles estiment que ce bilan nécessite également des normes spécifiques, elles considèrent qu'il discrimine clairement les déficits linguistiques des patients. Ce protocole

MEC (Joanette, Ska et Côté, 2004), qui contient 14 épreuves (cf. ANNEXE 2) a aussi été fait passer à des patients souffrant de schizophrénie dans le cadre de trois mémoires en orthophonie (Bost et Lagriffol, 2011 ; Le Bar et Mahouet, 2011 ; Findlay, 2012). Il ressort là encore qu'il permet bien l'identification des troubles du langage et de la communication. En outre, les auteurs ont observé que les domaines atteints ne l'étaient pas tous de la même façon selon les patients. Le fait de pouvoir mettre en avant des différences inter-individuelles dans les performances aux épreuves laisse ainsi présager la possibilité de définir des objectifs thérapeutiques adaptés à chacun.

De plus, nous avons noté que dans l'un de ces mémoires (Findlay, 2012), l'Echelle de Communication Verbale de Bordeaux (Darrigand et Mazaux, 2000) avait été fait passer aux patients. Cette échelle d'autoévaluation de la communication va plus loin que celle présente dans le MEC et s'intéresse à des aspects multiples du quotidien comme les conversations avec les proches ou les inconnus, le rapport au téléphone, à l'écriture, etc. (cf. ANNEXE 3). Elle permet d'évaluer plus précisément l'impact fonctionnel des différents troubles des patients.

Dans une nécessité de passation plus rapide, Arnould (2019) a quant à lui fait passer la batterie d'Évaluation du Langage Élaboré de l'Adulte cérébrolésé (ELEA, Moreira-Gendreau, 2016) à des patients atteints de schizophrénie participant à son mémoire. Il note que les épreuves du bilan ont bien fait ressortir les déficits pragmatiques mais qu'elles ont moins mis en évidence les troubles des autres domaines. Il a par ailleurs lui aussi utilisé une échelle d'Auto-évaluation des Habilités Conversationnelles (AHC) créée spécialement pour les pathologies psychiatriques (Pomini, 1999).

En conclusion, il est possible de caractériser les troubles du langage et de la communication des patients atteints de schizophrénie grâce au bilan orthophonique. C'est ce bilan qui permet par la suite d'établir un projet thérapeutique et des objectifs de soin avec le patient.

3.5. Le suivi orthophonique

Dès lors que le projet thérapeutique est défini avec le patient, différentes modalités d'intervention sont alors possibles. Selon Boucard et Laffy-Beaufils (2008, p. 226), les déficits langagiers retrouvés dans la schizophrénie « semblent abordables par la rééducation de la même façon que les troubles présentés dans le cadre de lésions cérébrales acquises ». En ce

sens, la rééducation orthophonique des patients souffrant de schizophrénie peut comporter des similitudes avec la rééducation des patients cérébro-lésés.

Dans une étude anglaise, une rééducation orthophonique en deux phases a été effectuée auprès d'un patient atteint de schizophrénie (Clegg, Brumfitt, Parks, et Woodruff, 2007). La première phase consistait à réduire l'anxiété liée aux situations de communication et à apprendre à observer sa propre communication. Le patient a appris à se présenter, à parler de lui et à noter quotidiennement les incidents de parole qu'il constatait. Il devait travailler cela avec l'orthophoniste, mais aussi avec son entourage. Une fois cela acquis, la seconde phase visait à améliorer les productions langagières et à entraîner les habiletés de communication du patient. Cela impliquait de diminuer le recours à des mots approximatifs, de s'exercer à décrire ses émotions, de maintenir un contact visuel, d'initier des salutations et de travailler l'expressivité de son visage. A la fin de ces deux phases, des progrès ont été mis en évidence tant au niveau de la richesse du langage que des aptitudes de communication. Bien que les auteurs précisent que leur étude ne constitue pas une preuve suffisante, ils suggèrent que l'orthophoniste devrait être intégré plus largement dans la prise en charge des patients souffrant de schizophrénie.

Nous pouvons également évoquer les résultats obtenus par Arnould (2019, p. 42), qui a testé les capacités de langage et de communication chez sept patients atteints de schizophrénie avant et après la mise en place d'un groupe d'atelier d'écriture. Les performances obtenues par les patients à la batterie ELEA au final, ont montré « une amélioration de la communication pragmatique des participants ». Une nette progression a été observée au niveau de l'expression verbale et non-verbale, de la réception verbale et des habiletés conversationnelles.

En outre, après avoir évalué les troubles du langage et de la communication de leurs patients avec la batterie MEC, Bost et Lagriffol (2011) et Le Bar et Mahouet (2011) ont donné différentes pistes de travail possibles (cf. ANNEXE 4). Elles évoquent d'abord un travail sur la conscience des troubles, puis une rééducation des troubles lexico-sémantiques - par des tâches d'évocation lexicale, de catégorisation, de définition, etc - et une rééducation des troubles pragmatiques - par une thérapie individuelle et/ou groupale ciblée sur le travail des aptitudes discursives, la reconnaissance des émotions et la gestion de l'implicite -. Aussi, elles mentionnent la nécessité d'informer et de sensibiliser l'entourage des patients sur les

comportements de communication à privilégier. Les exercices proposés devront « toujours être mis en lien avec des situations écologiques » afin de viser la généralisation des acquis à la vie quotidienne (Bost et Lagriffol, 2011, p. 87).

Enfin, partant du constat que peu d'études avait été menées sur l'efficacité de l'orthophonie et que peu d'orthophonistes étaient intégrés à la prise en soin des patients atteints de schizophrénie, des auteures ont effectué une revue systématique recensant 18 études sur la rééducation des troubles du langage et de la communication de patients souffrant de cette pathologie (Joyal, Bonneau et Fecteau, 2016, p. 89). Bien que ces études étaient pour la plupart issues de la psychologie ou de la neuropsychologie, elles ciblaient toutes la rééducation des troubles langagiers et communicationnels. Si cette revue systématique n'a pas permis de définir quelles étaient les modalités de rééducation les plus efficaces, il ressort que 14 études sur 18 ont montré des améliorations au niveau des aptitudes de communication des patients. Les progrès concernaient majoritairement les compétences pragmatiques et discursives (cohérence et cohésion), mais aussi les capacités en dénomination. Ainsi, tout en concluant que les preuves actuelles sont encore faibles et que de nombreuses recherches dans le domaine sont encore nécessaires, les auteures estiment que l'orthophonie « pourrait être une approche appropriée pour traiter les déficits linguistiques observés chez les personnes atteintes de schizophrénie ». Elles expliquent qu'étant donné que ces déficits compromettent l'inclusion de certains patients dans la société, elle pourrait favoriser leur réintégration sociale et améliorer leur qualité de vie. Elles encouragent donc d'une part, à inclure davantage l'orthophoniste dans la prise en soin des patients souffrant de schizophrénie, et d'autre part à développer des tests standardisés et de nouvelles études en orthophonie pour cette pathologie.

3.6. Informations sur la schizophrénie dans le parcours des orthophonistes

Au cours de leur cursus, les étudiants en orthophonie bénéficient d'une unité d'enseignement « Psychiatrie de l'adulte et de l'enfant » (FNO, 2013, p. 25). Cet enseignement « doit permettre à l'étudiant de se familiariser avec les grands principes de la psychiatrie dans une approche multidimensionnelle ». C'est dans ce cadre-là que la schizophrénie y est définie. Les connaissances des orthophonistes se limitent à une description générale de la pathologie (sémiologie et traitement). Aujourd'hui, bien que les étudiants en orthophonie soient formés à la rééducation des troubles du langage et de la communication observés dans la

schizophrénie¹¹, ils ne le sont que par le biais d'autres pathologies.

3.7. Informations sur l'orthophonie dans le parcours des psychiatres

D'après le Référentiel de Psychiatrie et Addictologie destiné aux étudiants en médecine (CNUP et ASEP, 2016), l'orthophonie est préconisée dans les prises en charge des troubles du spectre de l'autisme pour traiter les difficultés de communication, notamment pragmatiques. En revanche, lorsque nous regardons les directives de traitement pour la schizophrénie, l'orthophoniste n'apparaît pas dans les préconisations.

3.8. Conclusion

De nouvelles études sont souhaitables en ce qui concerne le suivi orthophonique des patients ayant une schizophrénie. En outre, le bilan et la rééducation en orthophonie semblent pertinents pour caractériser les troubles du langage et de la communication des patients et les aider à améliorer leurs compétences dans ce domaine. Par ailleurs, lorsque nous nous intéressons aux plaintes principales des patients au sujet de leur pathologie (Andreasen, 2004), nous remarquons que le langage occupe une place importante. Les patients se plaignent notamment de ne pas pouvoir éliminer les informations futiles du discours de leur interlocuteur ou de ne pas réussir à exprimer leurs idées de manière cohérente. Au vu de tous ces éléments, il paraît nécessaire d'approfondir davantage ce sujet et d'ouvrir de nouvelles réflexions sur la prise en soin en orthophonie des patients présentant une schizophrénie.

11 Unité d'Enseignement N°5.7.5 : Troubles cognitivo-linguistiques acquis, bilan et évaluation des troubles cognitivo-linguistiques acquis

11 Unité d'Enseignement N°5.7.6 : Intervention orthophonique dans le cadre des troubles cognitivo-linguistiques acquis

METHODOLOGIE

I – Réflexions préalables à la réalisation du projet

1.1. Genèse du projet

Le projet que nous avons mené provient de plusieurs constats. D'une part, l'orthophonie n'apparaît pas dans les recommandations de traitement de la schizophrénie délivrées par la Haute Autorité de Santé. De ce fait, elle ne figure pas non plus dans les préconisations des référentiels à destination des futurs psychiatres. D'autre part, en exercice libéral, la nomenclature des actes en orthophonie ne permet actuellement pas de prendre en soin l'ensemble des troubles présentés par les patients atteints de schizophrénie. Aussi, quelques orthophonistes travaillent en secteur de psychiatrie adulte, mais ils demeurent encore peu nombreux. Or, les troubles du langage et de la communication des patients souffrant de schizophrénie sont bien présents. Ils peuvent constituer un réel handicap pour leur quotidien.

Cela nous a donc amené à penser qu'il était nécessaire de créer un outil d'information à destination des psychiatres sur ce sujet. Il nous a également semblé important de questionner ces professionnels, à travers leur expertise de la schizophrénie et leur expérience avec les patients, sur la pertinence et la nécessité d'intégrer davantage l'orthophonie au parcours de soin des patients.

1.2. Objectifs de ce projet

Notre premier objectif tend à ce que notre outil d'information soit clair et concis. Suite à sa lecture, les professionnels doivent avoir une représentation précise des troubles des patients, du champ de compétences des orthophonistes et des limites que présente notre nomenclature aujourd'hui. Notre second objectif est de connaître d'un point de vue clinique la perception qu'ont les psychiatres des troubles présentés par les patients, notamment le handicap qu'ils engendrent. Il s'agira enfin de savoir si ces professionnels éprouvent un intérêt quant à l'orientation des patients vers l'orthophonie. Nous espérons quoi qu'il en soit que ce travail sera un moyen d'ouverture et d'échanges entre psychiatres et orthophonistes sur cette problématique.

II – Procédure

2.1. Format de l'outil

Nous avons choisi de réaliser notre projet sous la forme d'une plaquette d'information numérique et d'un questionnaire de retour à cette plaquette. Afin d'optimiser le nombre de réponses, nous avons intégré un lien hypertexte¹² à la fin de la plaquette qui permet d'accéder directement au questionnaire. Pour cette élaboration, nous nous sommes inspirées du guide méthodologique : « Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé » (HAS, 2008). Ce guide décrit de manière précise les étapes nécessaires à la construction d'un document écrit d'information. Habituellement destiné à la création d'outils d'information basés sur des recommandations de santé des sociétés savantes, ce document nous a permis de suivre une démarche cohérente dans l'élaboration de notre outil.

2.2. Choix de la population

La plaquette d'information et son questionnaire sont destinés à tous les psychiatres quel que soit leur milieu d'exercice. Nous avons également intégré dans notre population les étudiants internes en psychiatrie car ils sont, ou seront probablement amenés à prendre en soin des patients souffrant de schizophrénie.

2.3. Mode de diffusion

Notre outil a été diffusé par le biais de réseaux sociaux et de contacts par adresse mail. Nous l'avons envoyé à deux associations françaises de psychiatres mais n'avons pas eu de réponses malgré plusieurs relances. Nous avons cherché des groupes rassemblant des psychiatres sur les réseaux sociaux et n'avons trouvé que des groupes plus généraux sur la psychiatrie. Sur ces groupes, nous avons donc posté uniquement un message présentant notre projet afin que les psychiatres intéressés puissent nous contacter. Pour ce qui est de nos contacts par mail, nous nous sommes servis de divers contacts personnels et professionnels.

2.4. Recueil des données

A la suite de la lecture de la plaquette, les participants ont répondu à un questionnaire en ligne sur Internet. Ce format auto-administré a pour avantage de fournir un support visuel aux participants et d'éviter les réponses artificielles grâce à la confidentialité et l'anonymat des

12 Système permettant de passer automatiquement d'un document consulté à un autre.

réponses (Fenneteau, 2015). Les réponses au questionnaire ont été recueillies par le logiciel LimeSurvey qui est un logiciel validé par l'Université de Nantes.

2.5. Consentement et anonymat

Chaque participant a été libre de participer à ce questionnaire. Nous avons collecté les données de chacun de manière anonyme et avons mentionné l'anonymat de l'étude avant que le participant ne réponde à ce dernier.

2.6. Identification des documents existants sur le thème

Avant de nous lancer dans la réalisation de notre projet, nous avons fait des recherches pour nous assurer qu'aucun outil d'information sur les troubles du langage et de la communication des personnes souffrant de schizophrénie n'avait encore été effectué.

III – Élaboration de l'outil

3.1. Conception de la plaquette d'information

3.1.1. Objectifs inhérents à la plaquette

Nous avons voulu que notre plaquette réponde aux questions suivantes : « Qui est l'orthophoniste et quel est son champ de compétences ? », « Quels troubles du langage et de la communication rencontrent les patients ayant une schizophrénie ? », « Comment l'orthophoniste peut-il les accompagner ? » et enfin « Quelle est notre problématique actuelle ? ».

3.1.2. Choix et organisation des rubriques

Nous avons tout d'abord choisi un titre que nous avons voulu évocateur : « Schizophrénie et orthophonie : prendre en soin les troubles du langage et de la communication » (cf ANNEXE 5). Les deux premiers termes permettent de connaître le sujet de la plaquette et d'interpeller les psychiatres en présentant une pathologie et une profession qu'ils n'ont pas l'habitude de mettre en lien. Avant de présenter nos différentes rubriques, nous avons rédigé de courtes phrases pour que le lecteur perçoive globalement le contenu du document et pour l'inciter à lire la plaquette dans son intégralité et répondre au questionnaire. Nous avons ensuite présenté les rubriques qui nous semblaient nécessaires :

- L'orthophoniste
- Schizophrénie et orthophonie : - Les troubles du langage et de la communication
- Les troubles des autres fonctions cognitives
- Le suivi orthophonique
- L'accompagnement des aidants

Enfin, pour conclure notre document et faire la transition avec le questionnaire, nous avons présenté nos limites actuelles de nomenclature en quelques phrases.

3.1.3. Contenu

3.1.3.1. L'utilisation des données de la littérature

Pour rédiger les différentes rubriques de notre plaquette, nous nous sommes appuyées sur différentes données de la littérature. La présentation de l'orthophonie, de son champ de compétences au suivi orthophonique proviennent du Référentiel d'activités et du Référentiel de compétences des orthophonistes (Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, 2013). Des définitions du Dictionnaire d'Orthophonie (2011) nous ont également servi.

En ce qui concerne la présentation des troubles des patients, nous avons d'abord recensé toutes les données de la littérature que nous avons à ce sujet (cf. Partie théorique – 3.1. Les troubles du langage et de la communication dans la schizophrénie). Nous avons ensuite sélectionné les principaux domaines touchés chez les patients. Parmi ces domaines, nous avons choisi de ne présenter que les éléments retrouvés le plus fréquemment par les patients. Aussi, les nombreux déficits en pragmatique ont été davantage compartimentés afin d'une part, que les lecteurs n'aient pas à lire une partie trop longue qui risquerait de les faire décrocher et d'autre part, dans le but qu'ils se représentent mieux les différentes atteintes concernant la pragmatique.

Enfin, pour présenter notre problématique concernant les limites de notre prise en soin et pour montrer que peu de professionnels travaillent actuellement dans les services de psychiatrie adulte, nous avons utilisé la Nomenclature des actes en orthophonie (FNO, 2019) et l'article scientifique de Boucard et Laffy-Beaufils (2008).

3.1.3.2. L'utilisation d'une sémantique et d'une syntaxe adaptées à un outil d'information

Afin de rendre notre document compréhensible pour notre public et en référence au guide méthodologique (HAS, 2008), nous avons veillé à utiliser un langage adapté. Nous avons essayé d'éviter tout « jargon » et mots abstraits. Nous avons également privilégié la voix active à la voix passive qui implique un style lourd et impersonnel. Nous avons eu recours à l'emploi du « nous » et du « vous » pour augmenter l'intérêt de notre lecteur et l'impliquer dans notre projet. De plus, dans un objectif de rendre la lecture agréable, des phrases courtes et simples ont été utilisées pour l'ensemble des rubriques. Les mots redondants et superflus ont été supprimés et les phrases ambiguës reformulées.

3.1.4. Présentation

Pour ce qui est de la présentation du document, nous avons essayé de constituer un visuel attractif tout en restant sobre. Nous avons choisi des teintes blanches et bleues pour le fond de la plaquette, une police noire pour le corps du texte et rouge pour les sous-titres importants. Nos rubriques ont été mises en avant grâce à des encadrés afin que le lecteur puisse identifier rapidement la structure globale du document et revenir à une rubrique particulière s'il le souhaite. La police que nous avons utilisée est Open Sans Light avec une taille 11 pour le texte.

3.1.5. Conclusion sur la plaquette

Le guide méthodologique de la HAS (2008) nous a servi tout au long de notre démarche pour essayer d'avoir un outil de qualité. A travers notre plaquette d'information, nous avons tenté d'informer le plus clairement possible les psychiatres sur les troubles du langage et de la communication des patients, sur le champ de compétences de l'orthophoniste et sur notre problématique actuelle. Nous avons voulu susciter chez ces professionnels l'envie de répondre à notre questionnaire et de contribuer ainsi à nos réflexions actuelles.

3.2. Élaboration du questionnaire

3.2.1. La phase préparatoire

La création d'un questionnaire nécessite un travail de préparation important qui doit

impérativement précéder la rédaction des questions. D'après Fenneteau (2015, p. 36), les « questions ne constituent qu'un instrument » permettant de répondre aux problématiques du concepteur. Il nous a fallu dresser la liste des informations que nous souhaitions recueillir et savoir exactement quels étaient les objectifs de ce questionnaire. Nous voulions alors :

- Tester la compréhension, par nos lecteurs, de l'ensemble des éléments traités dans notre plaquette,
- Observer le niveau d'informations et de connaissances dont disposent les psychiatres sur les troubles du langage et de la communication des patients ainsi que sur le champ de compétences des orthophonistes,
- Et connaître l'avis de ces professionnels quant à l'intérêt d'un suivi orthophonique pour les patients souffrant de schizophrénie

3.2.2. La phase rédactionnelle

Selon le type de réponse que nous attendions, nous avons adapté le format de nos questions. Nous avons utilisé en majorité des questions fermées qui sont le moyen d'obtenir des réponses standardisées pouvant être comparées et soumises à des analyses statistiques (Fenneteau, 2015). Nous avons également inclus des questions ouvertes qui permettent au participant de s'exprimer librement et au concepteur de recueillir des données qualitatives. Nous avons toutefois fait attention à ne pas trop en utiliser afin de ne pas obliger nos lecteurs à faire un travail rédactionnel trop important (cf. **ANNEXE 6**)

Nous avons par ailleurs veillé à lever les possibles ambiguïtés de nos questions et à ne pas induire de réponses en employant un ton neutre. Nous nous sommes assurées que les professionnels puissent répondre à toutes nos interrogations, de sorte à ne pas biaiser nos résultats avec des réponses mises au hasard. Comme le recommande Fenneteau (2015), nous avons commencé le questionnaire par des questions générales sur l'environnement de la personne interrogée (son milieu d'exercice, l'année de sa thèse). Cela a permis au répondant de commencer le questionnaire sans exiger de lui une réflexion trop importante et de l'inciter ainsi à poursuivre. Nous avons par la suite demandé si les professionnels prenaient en soin des patients souffrant de schizophrénie afin d'éliminer certaines questions auxquelles ils ne pourraient pas répondre. Nous nous sommes également intéressées à leur connaissance du rôle de l'orthophoniste auprès des patients ayant une schizophrénie avant la lecture de la plaquette.

Nous avons poursuivi en interrogeant la clarté de notre document sous différents aspects (objet général de la plaquette, troubles présentés par les patients et rôle de l'orthophoniste), ce qui a permis de traiter notre premier objectif. Enfin, nous sommes entrées pleinement dans notre problématique en évaluant le recul des psychiatres sur les troubles de leur patients (quel type de troubles et quelle place occupent-ils dans leur vie) et leur ressenti quant à la nécessité d'intégrer davantage l'orthophoniste au parcours de soin des patients souffrant de schizophrénie.

3.2.3. L'organisation générale du questionnaire

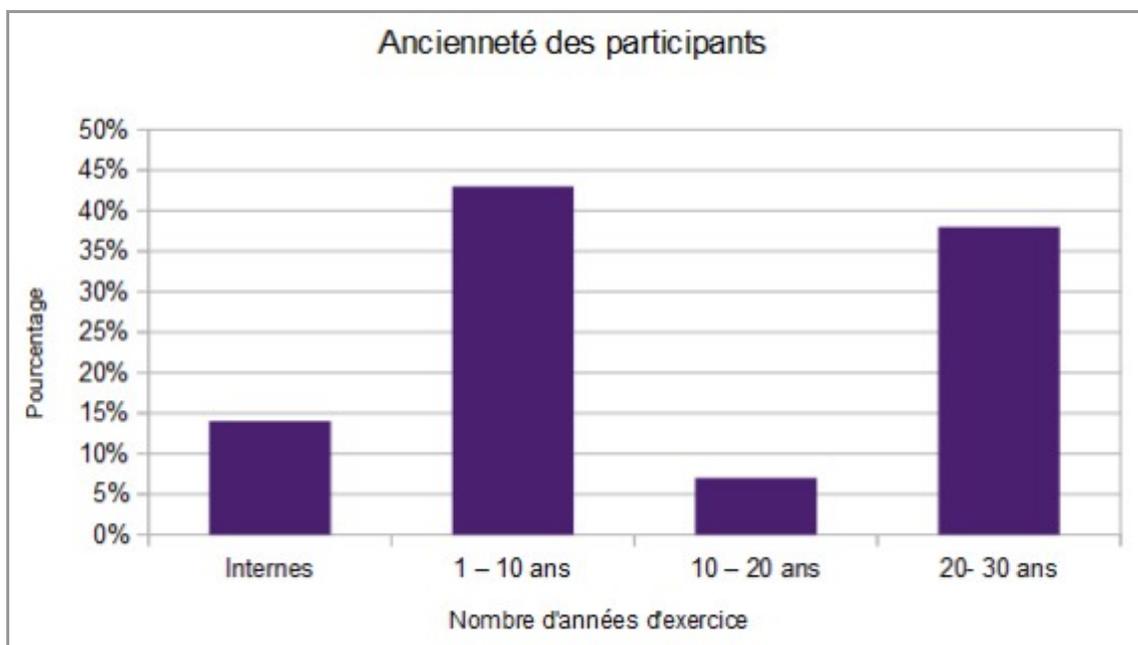
Notre questionnaire comporte 19 questions au total. Ce nombre de questions a pu être réduit lorsque les professionnels ne prenaient pas en soin des patients souffrant de schizophrénie. Les questions se sont succédé page par page (format paging). Ce format permet de maîtriser l'ordre dans lequel les questions sont posées, d'éviter les interactions gênantes entre certaines et de générer automatiquement la question suivante en fonction de la réponse (Fenneteau, 2015). Nous avons intégré au questionnaire une barre de progression qui permet au répondant de visualiser le travail qui est fait et reste à faire, et diminue ainsi les risques d'abandon. Nous nous sommes par ailleurs assurées que l'intégralité de notre questionnaire ne prenne pas plus de 10 minutes à nos participants dans l'espoir d'obtenir un plus grand nombre de questionnaires complets. Voici à présent les résultats que nous avons obtenus.

RÉSULTATS

Analyse des réponses au questionnaire

I - Renseignements sur les participants ayant répondu au questionnaire

Nous avons eu au total 14 questionnaires remplis dans leur intégralité. En ce qui concerne le profil des participants, tous les psychiatres interrogés travaillent en milieu hospitalier (cf. ANNEXE 7, figure 1). Ils ont entre une et trente années d'expérience, la population la plus représentée étant les psychiatres avec moins de 10 ans d'ancienneté.



L'ensemble des professionnels ayant répondu au questionnaire prennent en soin des patients souffrant de schizophrénie (figure 2) et 36% d'entre eux n'avaient pas connaissance du rôle éventuel de l'orthophoniste auprès de ces patients, avant la lecture de notre plaquette (figure 3). Après analyse des résultats, nous observons que cette méconnaissance n'est pas liée aux années d'expérience des participants puisqu'elle est présente de manière homogène dans chaque catégorie d'ancienneté.

II - Clarté des différentes notions de la plaquette

Il nous a semblé important de nous assurer que les informations transmises dans notre plaquette avaient été claires. Nous avons donc interrogé différents éléments à savoir l'objet général de la plaquette, la présentation des troubles du langage et de la communication des

patients et le champ de compétences des orthophonistes. Si les participants décidaient pour chaque entité qu'elle n'était pas suffisamment claire, une seconde question leur était alors posée pour qu'ils puissent préciser ce sur quoi ils auraient aimé avoir davantage d'information ou de clarté. Cette seconde question n'a cependant jamais été posée puisque tous les professionnels ont jugé que les différents aspects de la plaquette avaient été clairement présentés (figure 4). Nous pouvons donc penser que notre outil a transmis des informations claires et a permis de mettre en avant les enjeux actuels qui justifient la création de notre plaquette. Il a donné des précisions sur les troubles rencontrés par les patients et présenter explicitement le champ de compétences des orthophonistes pour ceux qui ne le connaissaient pas. Cela a peut-être pu être le moyen pour certains professionnels de mettre en lien ce champ de compétences avec les difficultés de leurs patients. De part l'ensemble des réponses de nos participants, nous pouvons donc conclure qu'il n'y a pas d'élément qui nécessite d'être amélioré du point de vue de la clarté de notre outil.

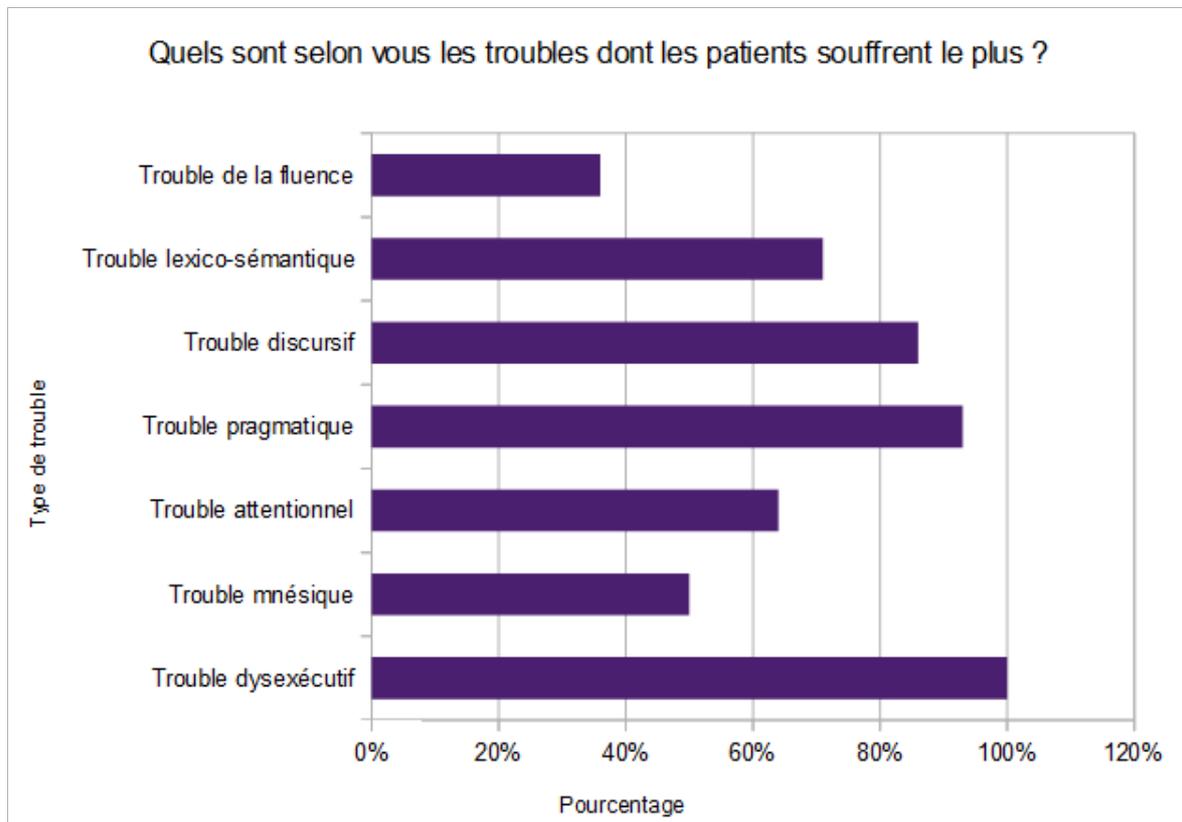
III - Perception des difficultés de langage et de communication chez les patients souffrant de schizophrénie

A la question « Avez-vous déjà constaté des difficultés de langage et de communication chez vos patients atteints de schizophrénie ? », 100% des professionnels ont répondu « oui » (figure 5). Nous leur avons alors demandé selon eux, quelle place occupaient ces troubles dans la vie de leurs patients.

Sur une échelle de 1 à 5 (1 correspondant à « pas handicapant » et 5 à « très handicapant »), 65% ont jugé que ces troubles atteignaient 4 sur 5 au niveau du handicap qu'ils pouvaient engendrer (figure 6). 28% ont placé le handicap généré par ces troubles à 3 sur 5 et 7% à 2 sur 5. Aussi, aucun professionnel n'a estimé que ces troubles n'avaient pas d'impact sur la vie des patients. Ces données nous permettent de confirmer que les troubles du langage et de la communication peuvent occuper une place importante dans leur quotidien. Par ailleurs, le fait qu'aucun psychiatre n'ait jugé ce handicap à 5 sur 5 est cohérent avec le fait que ces troubles ne sont pas isolés et que d'autres déficits coexistent dans cette pathologie (cf. Partie théorique – 1.4. Sémiologie).

Pour aller plus loin dans notre questionnement, nous avons interrogé ces professionnels en leur demandant quels étaient les troubles les plus présents chez leurs patients. Nous avons fait figurer dans nos propositions les différents troubles du langage et de

la communication mais aussi les troubles des autres fonctions cognitives qui sont étroitement liés. Voici ce que nous obtenons.



Nous pouvons tout d'abord remarquer que 100% des psychiatres notent des troubles dysexécutifs chez leurs patients. Cela représente donc une composante majeure de leur profil et nous devons en tenir compte lors du suivi orthophonique. Si toutefois les patients ne bénéficiaient pas d'une prise en soin neuropsychologique, ces troubles dysexécutifs pourraient aussi constituer un axe de notre rééducation. Il en est de même pour les troubles mnésiques et attentionnels qui ont été évoqués respectivement par 50 et 64% des professionnels. Pour toutes ces fonctions cognitives, il s'agira de garder à l'esprit qu'au-delà de constituer des difficultés en elle-mêmes pour les patients, elles peuvent impacter leurs performances de langage et de communication comme nous l'avons évoqué en théorie (cf. Partie théorique - 3.1.5. Troubles lexico-sémantiques et 3.1.6. Troubles pragmatiques).

En ce qui concerne les troubles du langage et de la communication en eux-mêmes, nous les avons davantage compartimentés afin de rendre compte plus précisément des différents déficits présentés par les patients. Ce que les résultats nous permettent d'observer,

c'est tout d'abord que 93% des psychiatres ont pointé des difficultés pragmatiques. Ces difficultés concernent l'adaptation des patients à leur interlocuteur, la compréhension de l'implicite mais aussi le respect des tours de parole dans une conversation. Il peut s'agir également de troubles de la prosodie tant en réception qu'en production et de difficultés de compréhension et d'ajustement des expressions faciales ou de la gestuelle qui accompagnent la communication. Au vu de ce pourcentage élevé, nous pouvons déjà penser qu'un suivi orthophonique pourrait être intéressant pour ces patients. Les difficultés pragmatiques englobent de nombreuses habiletés qui peuvent être travaillées en orthophonie.

De même, des troubles discursifs ont été observés par 86% des professionnels. Cela signifie qu'une grande part des patients suivis par les psychiatres que nous avons interrogés ont un discours appauvri et manquant de cohérence et de cohésion. Aussi, des troubles de la fluence ont été mis en avant par 36% des professionnels. Cela signifie que les patients peuvent avoir un débit de parole anormal (accélééré ou ralenti) voire un bégaiement. Tous ces éléments laissent à penser que pour les patients, il peut être difficile de transmettre un message de manière claire et de communiquer sereinement avec leur entourage.

Enfin, pour plus de deux tiers des psychiatres sondés, des troubles lexico-sémantiques sont également présents (71%). Nous pouvons alors imaginer que les manques du mot, l'utilisation approximative de certains mots, et les difficultés de compréhension des mots abstraits constituent un frein supplémentaire à la communication des patients.

Nous pouvons donc conclure que l'ensemble des déficits relevés par les professionnels ayant répondu à notre questionnaire sont en cohérence avec les troubles observés dans la littérature (cf. Partie théorique – 3.1. Les troubles du langage et de la communication dans la schizophrénie). En effet, nous observons une dominance de troubles pragmatiques mais aussi la présence de troubles lexico-sémantiques. Si nous mettons en lien ces nombreuses difficultés avec le fait que 65% des professionnels ont jugé qu'ils représentaient un handicap de 4 sur 5 dans la vie des patients, nous pouvons déjà affirmer que de nombreux patients pourraient avoir besoin d'un suivi orthophonique pour pallier l'ensemble de leurs troubles. C'est pour cette raison que nous avons poursuivi notre questionnaire en demandant aux psychiatres quel était leur avis sur la mise en place d'une rééducation en orthophonie pour leurs patients.

IV - Pertinence du suivi orthophonique dans le parcours de soin des patients

A la question « Quel est votre avis sur l'intérêt d'une prise en soin en orthophonie des patients souffrant de schizophrénie ? », 43% des participants ont répondu que cela leur semblait indispensable au parcours de soin des patients (figure 7). 29% ont répondu que cela était utile pour une majorité d'entre eux. Certains professionnels ont alors précisé qu'il fallait que les patients soient stabilisés et qu'ils aient en partie conscience de leurs troubles avant d'envisager une prise en soin en orthophonie. D'autres ont également expliqué que l'orthophonie semblait nécessaire d'une part pour les patients avec de grandes difficultés d'expression orale et écrite et d'autre part, pour les patients ayant du mal à exprimer leurs émotions. Aussi pour l'un des psychiatres interrogés, l'orthophonie peut répondre aux besoins des patients avec un « niveau d'études élevé mais en grande souffrance dans leur perte cognitive et [dans leurs] difficultés à communiquer avec l'autre ». Pour un autre répondant, cela peut aussi être le moyen d'aider les patients pour que leurs déficits de langage et de communication ne constituent plus un frein à leur intégration dans leur entreprise.

Par ailleurs, 14% des psychiatres ont estimé que l'orthophonie n'était utile que pour des cas isolés et 14% ne savent pas si l'orthophonie pourrait être utile pour leurs patients. Parmi ce dernier pourcentage, un participant a expliqué qu'il aurait eu besoin de connaître davantage les « méthodes concrètes de rééducation en orthophonie » pour pouvoir se prononcer. Nous n'avons effectivement pas explicité de manière exhaustive la rééducation des patients dans notre plaquette d'information, puisque cela ne nous semblait pas être l'objet de notre document.

Ce que nous pouvons enfin noter, c'est qu'aucun professionnel n'a jugé que l'orthophonie n'était pas utile pour les patients. De plus à la question « si un orthophoniste travaillait au sein de votre structure, seriez-vous intéressé(e) pour qu'il intervienne auprès de vos patients souffrant de schizophrénie ? », 100% des psychiatres ont répondu favorablement (figure 8). Cela signifie que tous ces professionnels pensent qu'il y a un intérêt à ce qu'un orthophoniste puisse intervenir auprès de leurs patients souffrant de schizophrénie. Si nous comparons cela au fait que les orthophonistes sont extrêmement peu nombreux à travailler dans les structures de psychiatrie adulte et que la nomenclature actuelle de l'exercice libéral est extrêmement limitée pour prendre en soin les patients, cela confirme une réelle problématique.

V - Fréquence de l'intervention de l'orthophoniste auprès des patients

Pour essayer de nous rendre compte de la proportion de patients qui pourraient avoir besoin d'un bilan orthophonique, nous avons enfin posé la question suivante : « A quelle fréquence la prescription d'un bilan auprès d'un orthophoniste vous semblerait-elle pertinente pour les patients que vous rencontrez ? ». 50% des psychiatres ont répondu qu'ils souhaiteraient prescrire « occasionnellement » un bilan pour leurs patients, 43% ont répondu qu'ils demanderaient « presque systématiquement » un bilan et 7% ont répondu qu'ils demanderaient « systématiquement » un bilan en orthophonie (figure 9). Ces données laissent penser que tous les patients n'ont pas nécessairement besoin d'un suivi orthophonique. En revanche, au vu des 50% de psychiatres qui jugent « presque systématique » à « systématique » la tenue d'un bilan, nous pouvons toutefois affirmer que pour une partie de ces patients, une évaluation des troubles du langage et de la communication est essentielle. C'est la passation de ce bilan qui permettra de déterminer avec les patients si un suivi orthophonique doit être mis en place par la suite.

VI - Conclusion sur les résultats

A la fin de notre questionnaire, nous n'avons pas eu de remarque supplémentaire dans l'espace que nous avons laissé aux participants pour qu'ils puissent faire part des points à améliorer ou éléments manquants de notre plaquette (cf. ANNEXE 6 – Question 19). Nous pouvons donc conclure que notre outil d'information a présenté clairement les troubles du langage et de la communication des patients, le champ de compétences des orthophonistes et les limites que nous rencontrons actuellement pour prendre en soin les patients souffrant de schizophrénie. Les professionnels ont confirmé que les troubles du langage et de la communication des patients pouvaient constituer un réel handicap dans leur quotidien, particulièrement les troubles pragmatiques et lexico-sémantiques. Ils ont aussi mis en avant d'autres troubles des fonctions cognitives qu'il ne faudra pas négliger lors du suivi en orthophonie. Enfin, il semble que les psychiatres ayant répondu à notre étude présentent un réel intérêt quant au fait d'intégrer davantage l'orthophoniste au parcours de soin de leur patients. Cela nous amène à penser que la communication et les recherches dans ce domaine doivent être poursuivies afin d'offrir de nouvelles perspectives dans l'accompagnement des patients ayant une schizophrénie.

DISCUSSION

Notre revue de littérature nous a permis de faire le constat des nombreux troubles du langage et de la communication que peuvent avoir les patients souffrant de schizophrénie. Nous avons également mis en avant le fait que la nomenclature des orthophonistes exerçant en milieu libéral était actuellement limitée pour prendre en soin ces patients. De plus, les orthophonistes sont extrêmement peu nombreux à travailler dans des structures de psychiatrie adulte. Nous avons pourtant montré au cours de notre étude que ces troubles pouvaient être invalidants et que les psychiatres présentaient un intérêt quant au fait d'intégrer davantage l'orthophoniste au parcours de soin des patients. Il semblerait donc important de pouvoir les accompagner dans leurs difficultés.

Certains troubles cognitifs des patients peuvent déjà être pris en charge par les neuropsychologues. Ils font partie des professionnels intégrés dans les traitements de la schizophrénie recommandés par la Haute Autorité de Santé. Au cours de leur suivi, les patients bénéficient de programmes de remédiation cognitive qui ont parfois un volet réservé au langage. Toutefois, ce volet n'est pas toujours présent et surtout il ne traite qu'une petite partie des troubles que nous avons évoqués précédemment. Aussi la formation des orthophonistes et des neuropsychologues n'étant pas la même, ces troubles ne sont pas abordés de la même façon. Cela nous amène à penser qu'actuellement, la place dédiée aux troubles du langage et de la communication dans la schizophrénie est encore restreinte. Nous pensons par ailleurs que l'intervention d'un neuropsychologue et d'un orthophoniste pourrait apporter une prise en soin complémentaire pour travailler les différentes fonctions cognitives des patients.

Notre étude ayant consisté à communiquer auprès des professionnels que sont les psychiatres nous rappelle aussi toute l'importance du travail pluridisciplinaire et de la communication entre professionnels. Les troubles présents dans la schizophrénie étant nombreux et pouvant s'exprimer de façon hétérogène, cette collaboration semble fondamentale pour permettre une prise en soin globale du patient et répondre ainsi au mieux à ses besoins.

Compte-tenu de la portée de notre étude (14 questionnaires complétés), nous aurions

espéré obtenir un plus grand nombre de réponses. Cela nous aurait permis d'avoir des résultats plus représentatifs et aurait signifié que davantage de professionnels avaient été sensibilisés. Malgré les contacts que nous avons essayé d'établir, nous devons tenir compte du fait que nous contactons des professionnels qui ne s'attendaient pas à recevoir notre outil. Il leur fallait ouvrir le mail, aller au bout de sa lecture puis lire notre plaquette et enfin répondre au questionnaire. Ce qui demandait un certain temps et engagement de la part de chacun.

Nous pensons tout de même que notre plaquette d'information a permis une ouverture avec les psychiatres. Cela a pu susciter davantage de questionnement ou d'intérêt de leur part et les amènera peut-être à l'avenir à en parler. Avoir eu leur expertise a été une réelle opportunité pour nous et nous pensons que c'est le public le plus à même de faire remonter cette problématique si toutefois ils l'estimaient nécessaire.

Nous imaginons aussi que cet outil pourrait être diffusé à d'autres professionnels susceptibles de suivre des patients souffrant de schizophrénie (médecins généralistes, psychologues, infirmiers, etc). Nous avons par exemple pu noter dans le mémoire de Le bar et Mahouet (2011), que certains professionnels soignants se sentaient démunis face aux difficultés de communication de leurs patients. Il aurait donc pu être intéressant de communiquer plus largement sur ces troubles et de les aider à comprendre davantage leur fonctionnement. Nous pouvons imaginer qu'à l'avenir, le rôle de l'orthophoniste pourrait aussi être d'apporter des conseils à ces professionnels sur les adaptations à mettre en place dans leur communication avec les patients.

Pour ce qui est des perspectives quant à notre plaquette d'information, après avoir enlevé le lien de notre questionnaire et réajusté cette dernière, elle devrait figurer de manière pérenne dans l'onglet « ressources » du site internet du Centre hospitalier Le Vinatier (établissement référent en psychiatrie et santé mentale à Lyon). Cela permettra de faire apparaître l'orthophonie parmi les perspectives de traitement de la schizophrénie tout en évoquant les limites de prise en soin que nous rencontrons actuellement avec les patients.

Au cours de notre travail, nous avons par ailleurs évoqué à plusieurs reprises que des recherches devaient être poursuivies sur la prise en soin en orthophonie des patients atteints de schizophrénie. Ces recherches pourraient consister à normaliser les bilans et à évaluer

quelles sont les techniques de rééducation les plus efficaces pour prendre en soin les troubles des patients. Il serait aussi souhaitable que ces études portent sur des cohortes plus importantes que celles qui ont été menées précédemment.

En outre, si nous avons longuement parlé des patients dans notre étude, nous regrettons de ne pas leur avoir laissé directement la parole. Bien que certains patients aient un défaut d'insight (anosognosie), d'autres ont aussi conscience de leurs troubles et peuvent en parler. Nous pensons que cela pourrait constituer l'objet de futures études dans lesquelles il pourrait être demandé quel est leur ressenti sur ces troubles, quels sont les troubles les plus invalidants pour eux, mais aussi comment vivent-ils la communication avec leurs proches ou les inconnus. Pour tous ces patients, leur entourage pourrait d'ailleurs participer à ces études, d'une part en donnant leur point de vue sur ces troubles et d'autre part en expliquant les difficultés qu'ils rencontrent dans la communication avec leur proche. Tout cela pourrait être un moyen de donner davantage la parole à ceux qui vivent au quotidien avec cette pathologie.

Aussi, un point important à souligner est qu'actuellement les étudiants en orthophonie ne bénéficient que d'une présentation générale de la schizophrénie. Il nous semblerait donc nécessaire de présenter les différents troubles du langage et de la communication des patients souffrant de schizophrénie, afin que les futurs orthophonistes puissent savoir comment prendre en soin les patients et ainsi définir avec eux des objectifs thérapeutiques adaptés. Nous supposons que ces troubles et leur rééducation pourraient être traités en même temps que les troubles du langage et de la communication des patients présentant une lésion cérébrale acquise droite, tant il y a des similitudes dans les difficultés rencontrées dans ces deux pathologies.

Nous pensons également qu'un parallèle peut être fait entre les troubles de la communication des patients ayant une schizophrénie et ceux des patients présentant des troubles du spectre de l'autisme. En effet, dans ces deux pathologies, de grandes difficultés pragmatiques peuvent être présentes. Or, dans le cadre des troubles du spectre de l'autisme, l'orthophoniste est formé pour intervenir auprès de ces patients et dispose de moyens pour travailler ces troubles pragmatiques. Il est par ailleurs pleinement intégré à leur parcours de soin ce qui est actuellement loin d'être le cas pour la schizophrénie.

Nous tenons également à soulever une réflexion éthique à laquelle certains orthophonistes sont confrontés lors de leur prise en soin de patients ayant une schizophrénie en milieu libéral. Lorsque les patients arrivent dans leur cabinet, ils ont généralement une plainte plus large que celle de leur fluence qui est pourtant actuellement le seul motif qui puisse justifier la mise en place d'un suivi. Certains orthophonistes se trouvent alors restreints dans leur prise en soin du fait de la nomenclature et sont parfois amenés à se poser les questions suivantes : “est-ce que je franchis le seuil de la nomenclature en travaillant d'autres compétences ?”, “est-ce que je me restreins à mon champ de compétences en sachant que la demande et les besoins du patients vont au-delà de ces troubles de la fluence ?”. Nous pouvons d'ailleurs faire remarquer que dans notre étude, les troubles de la fluence sont les moins représentés chez les patients. Cela pose une réelle question éthique et souligne à nouveau le fait que les orthophonistes ne peuvent actuellement pas pleinement prendre en soin les patients souffrant de schizophrénie.

Le fait qu'il y ait actuellement peu d'orthophonistes travaillant en secteur de psychiatrie adulte va également dans ce sens. Nous pensons toutefois que cela s'inscrit aussi dans une problématique plus large d'un manque de moyen de ces structures en plus du peu de connaissances du rôle de l'orthophoniste dans ce domaine. Nous ne savons donc pas si malgré davantage de communication, le nombre d'orthophonistes dans ces structures pourrait être amené à augmenter.

Enfin, tout au long de notre travail, nous avons parlé de “la schizophrénie”, comme elle est dénommée dans la majorité de la littérature actuellement. Cependant, nous aurions aussi pu utiliser le terme “les schizophrénies” tant cette pathologie est complexe et plurielle. C'est d'ailleurs le terme qu'utilise un récent ouvrage qui présente de manière exhaustive la schizophrénie et ses possibilités de traitement. Les auteurs expliquent dans leur préface que comme le titre de leur livre l'indique bien : “ ‘Les schizophrénies’ touche un groupe de maladies mentales que, faute de meilleures spécifications, nous nommons encore, depuis longtemps, schizophrénie” (Lalonde, p. XVIV) . De meilleures connaissances sur cette pathologie permettront peut-être de faire évoluer sa terminologie et d'offrir un traitement plus adapté à chacun.

CONCLUSION

De par les données énoncées dans notre revue de littérature et les résultats de notre étude, nous pensons que l'orthophonie devrait être intégrée davantage au parcours de soin des patients souffrant de schizophrénie. Ces derniers peuvent en effet présenter de nombreuses difficultés de langage et de communication. Il semble nécessaire que les recherches sur la prise en soin en orthophonie de ces patients soient poursuivies tout comme la communication auprès des différents professionnels concernés par le sujet. Cela permettra une réflexion pluridisciplinaire autour de cette problématique et offrira peut-être de nouvelles possibilités de prise en soin pour les patients.

Il ne s'agit pas de dire que tous les patients présentant une schizophrénie ont besoin d'un suivi orthophonique mais simplement de mettre en avant le fait qu'actuellement, ceux qui pourraient en avoir besoin ne peuvent pas pleinement en bénéficier.

Nous pensons qu'il est important que chaque patient puisse avoir un traitement adapté à ses difficultés et cela devrait passer par un suivi orthophonique lorsque cela est nécessaire. Nous pensons également que pour favoriser une meilleure intégration de ces patients dans la société, il faudrait aussi que le grand public connaisse davantage cette pathologie afin de réduire la stigmatisation encore présente envers les personnes atteintes de schizophrénie.

BIBLIOGRAPHIE

Adamczyk, P., Wyczesany, M., & Daren, A. (2019). Dynamics of impaired humour processing in schizophrenia – An EEG effective connectivity study. *Schizophrenia Research*, 209, 113-128. DOI : 10.1016/j.schres.2019.05.008

Allen, H. A., Liddle, P. F., & Frith, C. D. (1993). Negative Features, Retrieval Processes and Verbal Fluency in Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 163(6), 769-775. DOI : 10.1192/bjp.163.6.769

Amad, A., Bubrovsky, M., Maitre, E. et Thomas, P. (2012). Schizophrénie chez l'adulte. Dans J. Daléry, T. d'Amato et M. Saoud (dir.), *Pathologies schizophréniques* (p. 96-110). Paris, France : Lavoisier.

American Psychiatric Association. (2013). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. DSM-5 (traduction française par M-A. Crocq et J-D. Guelfi, p 103-104). Paris, France : Elsevier-masson

Andreasen, N.C. (1986). Scale for the assessment of thought, language, and communication (TLC). *Schizophrenia Bulletin*, 12(3), 473-482. DOI : 10.1093/schbull/12.3.473

Andreasen, N. (2004). *Brave New Brain : vaincre les maladies mentales à l'ère du génome*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.

Angrilli, A., Spironelli, C., Elbert, T., Crow, T. J., Marano, G., & Stegagno, L. (2009).

Schizophrenia as Failure of Left Hemispheric Dominance for the Phonological Component of Language. *PLoS ONE*, 4(2), e4507. DOI :10.1371/journal.pone.0004507

Arnould, Q. (2019). *Expérience d'un atelier d'écriture auprès d'un groupe de patients schizophrènes*. (Mémoire de Master). Université de Nantes : Nantes, France.

Baharnoori, M., Bartholomeusz, C., Boucher, A. A., Buchy, L., Chaddock, C., Chiliza, B., ... DeLisi, L. E. (2010). The 2nd Schizophrenia International Research Society Conference, 10–14 April 2010, Florence, Italy: Summaries of oral sessions. *Schizophrenia Research*, 124(1–3), e1–e62. DOI : 10.1016/j.schres.2010.09.008

Bailly, D. (2012). *L'enfant Schizophrène – L'enfance du Schizophrène*. Paris, France : Elsevier-Masson

Bambini, V., Arcara, G., Bosinelli, F., Buonocore, M., Bechi, M., Cavallaro, R., & Bosia, M. (2020). A leopard cannot change its spots: A novel pragmatic account of concretism in schizophrenia. *Neuropsychologia*, 139, 107332. DOI : 10.1016/j.neuropsychologia.2020.107332.

Barr, M. S., Farzan, F., Rajji, T. K., Voineskos, A. N., Blumberger, D. M., Arenovich, T., ... Daskalakis, Z. J. (2013). Can Repetitive Magnetic Stimulation Improve Cognition in Schizophrenia? Pilot Data from a Randomized Controlled Trial. *Biological Psychiatry*, 73(6), 510–517. DOI : 10.1016/j.biopsych.2012.08.020

Bazin, N., Lefrere, F., Passerieux, C., Sarfati, Y. et Hardy-Baylé, M.-C. (2002). Troubles formes de la pensée : traduction française de l'échelle d'évaluation de la pensée, du langage et

de la communication (Scale for the assessment of Thought, Language and Communication : TLC). *L'Encéphale*, 28(2), 109-119.

Behrendt, R.-P., & Young, C. (2004). Hallucinations in schizophrenia, sensory impairment, and brain disease: A unifying model. *Behavioral and Brain Sciences*, 27(6), 771-787. DOI : 10.1017/s0140525x04000184

Berquin, C. (2017). *Schizophrénie et troubles de la communication verbale*. Sarrebruck, Allemagne : Editions universitaires européennes.

Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder groupe der schizophrenien*. Traduction française : *Démence précoce ou groupe des schizophrénies*. Paris : EPEL et GREC, 1993.

Bleuler, M. (1968). A 23-years old study of 208 schizophrenics and impressions in regard to the nature of schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 6, 3-12.

Bokat, C. E., & Goldberg, T. E. (2003). Letter and category fluency in schizophrenic patients: a meta-analysis. *Schizophrenia research*, 64(1), 73-78. DOI : 10.1016/S0920-9964(02)00282-7

Bonsack, C., Rexhaj, S. et Favrod, J. (2015). Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites. *Annales Médico-psychologiques*, 173(1), 79-84. DOI : [10.1016/j.amp.2014.12.001](https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.12.001)

Borrel, I. et Martins, M. (1993). *Adaptation française du T.L.C.-E. (Test of Language Competence-Expanded Edition) et étalonnage chez des adolescents de 12 à 14 ans* (Mémoire

de Master). Université Pierre et Marie Curie : Paris, France.

Bost, A. et Lagriffol, M. (2011). *Bilan des troubles de la communication dans la schizophrénie : établissement de profils et pistes rééducatives* (Mémoire de Master). Université Pierre et Marie Curie : Paris, France.

Bottéro, A. (2010). Un siècle de schizophrénie. *L'information psychiatrique*, 86(5), 391-403. DOI: 10.3917 /inpsy.8605.0391

Boucard, C., & Laffy-Beaufils, B. (2008). Caractérisation des troubles du langage dans la schizophrénie grâce au bilan orthophonique. *L'Encéphale*, 34(3), 226-232. DOI : 10.1016/j.encep.2007.04.005

Bowie, C. R., Bell, M. D., Fiszdon, J. M., Johannesen, J. K., Lindenmayer, J.-P., McGurk, S. R., ... Wykes, T. (2020). Cognitive remediation for schizophrenia: An expert working group white paper on core techniques. *Schizophrenia Research*, 215, 49-53. DOI : 10.1016/j.schres.2019.10.047

Bozikas, V. P., Kosmidis, M. H., & Karavatos, A. (2005). Disproportionate impairment in semantic verbal fluency in schizophrenia: differential deficit in clustering. *Schizophrenia research*, 74(1), 51-59. DOI : 10.1016/j.schres.2004.05.001

Brazo, P. (2019). Troubles cognitifs : fonctions exécutives et mnésiques. Dans S. Dolfus (dir.), *Les schizophrénies* (p. 65-71). Paris, France : Lavoisier

Brébion, G., David, A. S., Jones, H., & Pilowsky, L. S. (2004). Semantic organization and verbal memory efficiency in patients with schizophrenia. *Neuropsychology, 18*(2), 378. DOI : 10.1037/0894-4105.18.2.378

Cardebat, D., Doyon, B., Puel, M., Goulet, P. et Joannette, Y. (1990). Evocation lexicale formelle et sémantique chez des sujets normaux. Performances et dynamiques de production en fonction du sexe, de l'âge et du niveau d'étude. *Acta Neurol Belg, 90*(4), 207-217.

Chaika, E. (1974). A linguist looks at "schizophrenic" language. *Brain and Language, 1*(3), 257-276. DOI : 10.1016/0093-934x(74)90040-6

Ciaramidaro, A., Bölte, S., Schlitt, S., Hainz, D., Poustka, F., Weber, B., ... Walter, H. (2018). Transdiagnostic deviant facial recognition for implicit negative emotion in autism and schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology, 28*(2), 264-275. DOI : 10.1016/j.euroneuro.2017.12.005

Champagne-Lavau, M., Stip, E., & Joannette, Y. (2006). Social Cognition Deficit in Schizophrenia: Accounting for Pragmatic Deficits in Communication Abilities? *Current Psychiatry Reviews, 2*(3), 309-315. DOI : 10.2174/157340006778018184

Ciampi, L. et Muller, C. (1977). L'évolution des schizophrènes. *L'Evolution Psychiatrique, 42*, 3-12.

Clegg, J., Brumfitt, S., Parks, R. W., & Woodruff, P. W. R. (2007). Speech and language therapy intervention in schizophrenia: a case study. *International Journal of Language & Communication Disorders, 42*(s1), 81-101. DOI : 10.1080/13682820601171472

Codelfy, M. et Nestrigue, C. (2015). La variabilité de la prise en charge de la schizophrénie dans les établissements de santé en 2011. *Questions d'économie de la Santé, Irdes*, 206, 1-8.

Collège National des Universitaires de Psychiatrie, et Association pour l'Enseignement de la Sémiologie Psychiatrique. (2016) Référentiel de Psychiatrie et Addictologie : Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie, 2ème Edition, 160-166. Presses Universitaires François-Rabelais.

Combaluzier, S., Gouvernet, B., Galland, A., Darthevel, S. et Viaux, J.-L. (2013). Dynamique d'un fonctionnement psychologique à travers l'étude de l'énonciation. *L'Encéphale*, 39(3), 198-204.

Compton, M. T., Lunden, A., Cleary, S. D., Pauselli, L., Alolayan, Y., Halpern, B., ... Covington, M. A. (2018). The aprosody of schizophrenia: Computationally derived acoustic phonetic underpinnings of monotone speech. *Schizophrenia Research*, 197, 392-399. DOI : 10.1016/j.schres.2018.01.007

Condray, R., & Steinhauer, S. R. (2003). Mechanisms of disrupted language comprehension in schizophrenia. *Behavioral and Brain Sciences*, 26(1), 87-88. DOI : 10.1017/s0140525x03270023

Covington, M. A., He, C., Brown, C., Naçi, L., McClain, J. T., Fjordbak, B. S., ... Brown, J. (2005). Schizophrenia and the structure of language: The linguist's view. *Schizophrenia Research*, 77(1), 85-98. DOI : 10.1016/j.schres.2005.01.016

Da Fonseca, D. et Fournier, P. (2018). Schizophrénie à début très précoce. *L'Encéphale*, 44(6), 8-11. DOI : 10.1016/S0013-7006(19)30071-5

Daléry, J., D'Amato, T. et Saoud, M. (2012). Pathologies schizophréniques. Paris, France : Lavoisier

Darrigand, B. et Mazaux, J.-M. (2000). *E.C.V.B. Echelle de communication verbale de Bordeaux*. Isbergues, France ; Ortho Edition

Das, S., Manjunatha, N., & Thirthali, J. (2018). Clozapine-induced weight loss and stuttering in a patient with schizophrenia. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 40(4), 385. DOI : 10.4103/ijpsym.ijpsym_523_17

Dauwan, M., Begemann, M. J. H., Heringa, S. M., & Sommer, I. E. (2015). Exercise Improves Clinical Symptoms, Quality of Life, Global Functioning, and Depression in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 42(3), 588-599. DOI : 10.1093/schbul/sbv164

Deamer, F., Palmer, E., Vuong, Q. C., Ferrier, N., Finkelmeyer, A., Hinzen, W., & Watson, S. (2019). Non-literal understanding and psychosis: Metaphor comprehension in individuals with a diagnosis of schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition*, 18, 100159. DOI : 10.1016/j.scog.2019.100159

Delisi, L.E., Szulc, K.U., Bertisch, H.C., Majcher, M. et Brown, K. (2006). Understanding Structural Brain Changes in Schizophrenia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8(1), 71-78. PMID : PMC3181763

Docherty, N. M., DeRosa, M., & Andreasen, N. C. (1996). Communication Disturbances Index. *PsycTESTS Dataset*. DOI : 10.1037/t39394-000

Doughty, O. J., Done, D. J., Lawrence, V. A., Al-Mousawi, A., & Ashaye, K. (2008). Semantic memory impairment in schizophrenia — Deficit in storage or access of knowledge? *Schizophrenia Research*, 105(1 3), 40-48. DOI : 10.1016/j.schres.2008.04.039

Duchene May-Carle, A. (2000). *La gestion de l'implicite. Théorie et évaluation*. Isbergues, France : Ortho Edition.

Elis, O., Caponigro, J.M. et Kring, A.M. (2013). Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia : current practices and futures directions. *Clinical Psychology review*, 33(8), 914-928. DOI : 10.1016 / j.cpr.2013.07.001

Ey, H. (1955). schizophrénie : description clinique de la forme typique. Dans *Encyclopédie médico-chirurgicale* (p. 165-232). Paris, France : Elsevier Masson

Fédération Française des Art-thérapeutes, F.F.A.-T. (2020) Art-thérapie. Notre définition. Consulté sur <https://www.ffat-federation.org/art-therapie#definition>

Fédération Nationale des Orthophonistes, F.N.O. (2019). Nomenclature des actes en orthophonie. Consulté sur <https://www.fno.fr/wp-content/uploads/2019/09/Affiche-m%C3%A9tropole-juillet-2019.png>

Fédération Nationale des Orthophonistes, F.N.O. (2013). Référentiel de formation du certificat de capacité d'orthophoniste. Consulté sur http://unice.fr/faculte-de-medecine/contenus-riches/documents-telechargeables/doc-orthophonie/referentiel-formation-orthophoniste_267389.pdf

Fenneteau, H. (2015). *Enquête : entretien et questionnaire* (3ème éd.). Malakoff, France : Dunod.

Findlay, C. (2012). *Intérêt de la prise en charge orthophonique des personnes souffrant de schizophrénie, dans une perspective de réhabilitation psychosociale : étude de cas* (Mémoire de Master). Université de Lorraine : Nancy, France.

Firth, J., Cotter, J., Elliott, R., French, P., & Yung, A. R. (2015). A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients. *Psychological Medicine*, 45(7), 1343-1361. DOI : 10.1017/s0033291714003110

Franck, N. (2016). *La schizophrénie : la reconnaître et la soigner*. Paris, France : Odile Jacob

Franck, N. (2017). Approche neurocognitive de la schizophrénie. Dans J. Guelfi et F. Rouillon (dir.), *Manuel de psychiatrie* (3ème éd, p. 272-281). Paris, France : Elsevier Masson.

Franck, N. (2019). Efficacité et effets secondaires des antipsychotiques. Dans S. Dolfus (dir.), *Les schizophrénies* (p. 325-338). Paris, France : Lavoisier

Franck, N. (2019). La remédiation cognitive. Dans S. Dolfus (dir.), *Les schizophrénies* (p.

386-390). Paris, France : Lavoisier

Franck, N. et Demily, C. (2015). Améliorer le pronostic fonctionnel de la schizophrénie avec la remédiation cognitive. *La Presse Médicale*, 44(3), 292-297. DOI : 10.1016/j.lpm.2014.06.031

Fraser, W. I., King, K. M., Thomas, P., & Kendell, R. E. (1986). The Diagnosis of Schizophrenia by Language Analysis. *British Journal of Psychiatry*, 148(3), 275-278. DOI : 10.1192/bjp.148.3.275

Frith, C. (1992). *The cognitive neuropsychology of Schizophrenia*. Hove, Royaume-Uni : LEA.

Frith, C. D. et Allen, H. A. (1988). Language disorders in schizophrenia and their implications for neuropsychology. In P. Bebbington & P. McGuffin (Eds.), *Schizophrenia: The major issues* (p. 172–186). Oxford, Royaume-Uni : Butterworth–Heinemann

Frith, C. D., & Corcoran, R. (1996). Exploring ‘theory of mind’ in people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 26(3), 521-530. DOI : 10.1017/s0033291700035601

Gaudelus, B., Virgile, J., Peyroux, E., Leleu, A., Baudouin, J.-Y., & Franck, N. (2015). Mesure du déficit de reconnaissance des émotions faciales dans la schizophrénie. Étude préliminaire du test de reconnaissance des émotions faciales (TREF). *L'Encéphale*, 41(3), 251-259. DOI : 10.1016/j.encep.2014.08.013

Gavilán, J. M., & García-Albea, J. E. (2011). Theory of mind and language comprehension in schizophrenia: Poor mindreading affects figurative language comprehension beyond intelligence deficits. *Journal of Neurolinguistics*, 24(1), 54-69. DOI : 10.1016/j.jneuroling.2010.07.006

Gilmore, J. (2011). Schizophrénie. Dans M. S. Runge (dir), *Médecine interne de Netter* (P. L. Masson, Trad) (2^e éd., p. 1282-1286). Paris, France : Elsevier Masson

Goldberg, T. E., Aloia, M. S., Gourovitch, M. L., Missar, D., Pickar, D., & Weinberger, D. R. (1998). Cognitive Substrates of Thought Disorder, I: The Semantic System. *American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1671-1676. DOI :10.1176/ajp.155.12.1671

Gourion, D. et Gut-Fayand, A. (2004). Les troubles schizophréniques. Paris, France : Ellipses.

Grice, H. P. (1979). Logique et conversation. *Communications*, 30(1), 57-72. DOI : 10.3406/comm.1979.1446

Gurańska, J., & Gurański, K. (2013). Disturbances of emotional prosody in schizophrenia. *Psychiatria polska*, 47(4), 579-586.

Hales, R., Phillips, K., Shahrokh, N. et Yudofsky, C. (2014). Dictionnaire de psychiatrie (traduction française par M-A. Crocq et A. Boehrer, p. 1). Paris, France : Elsevier-Masson

Han, K., Shin, J., Yoon, S. Y., Jang, D.-P., & Kim, J.-J. (2014). Deficient gaze pattern during virtual multiparty conversation in patients with schizophrenia. *Computers in Biology and*

Medicine, 49, 60-66. DOI : 10.1016/j.compbimed.2014.03.012

Haute Autorité de Santé. (2017). *Actes et prestations. Affection de longue durée : Schizophrénies*. Haute Autorité de Santé. En ligne sur : https://www.has-santé.fr/upload/docs/application/pdf/lap_ald23_schizophr_juin_07.pdf

Haute Autorité de Santé, HAS. (2008). *Guide méthodologique : Elaboration d'un document écrit d'information à l'attention des patients et des usagers du système de santé*. Haute Autorité de Santé. En ligne sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-10/elaboration_document_dinformation_des_patients_-_guide_methodologique.pdf

Herold, R., Varga, E., Hajnal, A., Hamvas, E., Berecz, H., Tóth, B., & Tényi, T. (2018). Altered Neural Activity during Irony Comprehension in Unaffected First-Degree Relatives of Schizophrenia Patients—An fMRI Study. *Frontiers in Psychology*, 8. DOI : 10.3389/fpsyg.2017.02309

Hulselmans, J., Peuskens, J., De Bleeker, E., Janssen, F., Sabbe, B., Wampers, M. et De Hert, M. (2003). Conceptions cognitivo-psychologiques actuelles des troubles du langage dans la schizophrénie. *Supplément à Neurone*, 8(6), 1-15.

Ikebuchi, E., Nagakome, K., Ikezawa, S., Miura, S., Yamasaki, S., Nemoto, T., ... Mogami, T. (2012). Cognition sociale de la schizophrénie : combler le fossé entre la science du cerveau et l'intervention psychosociale. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 114(5), 489-507.

Isabel Ruiz, M., Aceituno, D., & Rada, G. (2017). Art therapy for schizophrenia? *Medwave*, 17(Suppl1), e6845. <https://doi.org/10.5867/medwave.2017.6845>

Joanette, Y. et Monetta, L. (2004). Hémisphère droit et communication verbale. *Rééducation orthophonique*, 219. Paris, France : Ortho Edition

Joanette, Y., Ska, B. & Côté, H. (2004). Protocole Montréal d'Évaluation de la Communication. Isbergues, France : Ortho Édition

Joyal, M., Bonneau, A., & Fecteau, S. (2016). Speech and language therapies to improve pragmatics and discourse skills in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 240, 88-95. DOI : 10.1016/j.psychres.2016.04.010

Kircher, T., Krug, A., Stratmann, M., Ghazi, S., Schales, C., Frauenheim, M., ... & Grosvald, M. (2014). A rating scale for the assessment of objective and subjective formal Thought and Language Disorder (TALD). *Schizophrenia research*, 160(3), 216-221. DOI : 10.1016/j.schres.2014.10.024

Kocak, F. et Fagnère, C. (2019). La schizophrénie, une psychose chronique. *Actualités pharmaceutiques*, 58(582), 48-53.

Koenig, M. (2017). Rétablissement dans la schizophrénie et sens de soi. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175(8), 726-729. DOI : 10.1016/j.amp.2017.08.001

Kraepelin (2013). *Introduction à la psychiatrie clinique*, (Ed. 1907, A. Devaux et P. Merklen, trad.). Paris, France : Hachette

Kuperberg, G. R., Weber, K., Delaney-Busch, N., Ustine, C., Stillerman, B., Hämäläinen, M., & Lau, E. (2019). Multimodal neuroimaging evidence for looser lexico-semantic networks in schizophrenia: Evidence from masked indirect semantic priming. *Neuropsychologia*, *124*, 337-349. DOI : 10.1016/j.neuropsychologia.2018.10.024

Lalonde, P. (2017). Thérapie psycho-éducative. Dans J. Daléry, T. d'Amato et M. Saoud (dir.), *Pathologies schizophréniques*, (p. 328-341). Paris, France : Lavoisier.

Lalonde, P. (2019). Préface. Dans S. Dollfus (dir.), *Les schizophrénies*, (p. XVIV-XXI). Paris, France : Lavoisier.

Lampropoulos, D., Fonte, D. et Apostolidis, T. (2019). La stigmatisation sociale des personnes vivant avec la schizophrénie : une revue systématique de la littérature. *L'Evolution Psychiatrique*, *84*(2), 346-363. DOI : 10.1016/j.evopsy.2018.09.002

Laval, V., Le Sourn-Bissaoui, S., Girard, P., Chevreuil, C., & Aguert, M. (2012). Prosodie émotionnelle et compréhension des actes de langage expressifs chez des enfants et adolescents avec un Trouble du Spectre Autistique. *Revue française de linguistique appliquée*, *17*(2), 77-88.

Le Bar, M. et Mahouet, C. (2011). *Schizophrénie et orthophonie : Évaluation des compétences pragmatiques, par le protocole MEC, de patients adultes schizophrènes* (Mémoire de Master). Université Gabriel Decroix, Lille, France. .

Lecardeur, L. (2019). Thérapies cognitives et comportementales. Dans S. Dollfus (dir.), *Les schizophrénies* (p. 381-385). Paris, France : Lavoisier

Lehman Blake, M. (2007). Perspectives on Treatment for Communication Deficits Associated With Right Hemisphere Brain Damage. *American Journal of Speech-Language Pathology*,

16(4), 331-342. DOI : 10.1044/1058-0360(2007/037)

Lemieux, P., & Macoir, J. (2017). Fonctions cognitives sous-jacentes aux déficits de fluence verbale dans la schizophrénie : revue de la littérature. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 175(2), 127-139. DOI : 10.1016/j.amp.2016.06.002

Le Monnier de Gouville, A. (2019). Art-thérapie et créativité. Dans S. Dollfus (dir.), *Les schizophrénies* (p. 411-414). Paris, France : Lavoisier

Leroy, F., & Beaune, D. (2005). Langage et schizophrénie : intention, contexte et pseudo-concepts. *Bulletin de psychologie, Numéro 479*(5), 567. DOI : 10.3917/buppsy.479.0567

Llorca, P.-M. et Samalin, L. (2012). Thérapeutiques médicamenteuses. Dans J. Daléry, T. d'Amato et M. Saoud (dir.), *Pathologies schizophréniques*, (p. 287-296). Paris, France : Lavoisier.

Mach, C. et Dollfus, S. (2016). Schizophrénie négatifs de la schizophrénie : une revue des instruments d'évaluation. *L'Encéphale*, 42(2), p. 165-171. DOI : 10.1016/j.jencep.2015.12.020

Martin, B. et Franck, N. (2013). Facteurs subjectifs et rétablissement dans la schizophrénie. *L'Evolution psychiatrique*, 78(1), 21-40. DOI : 10.1016/j.evopsy.2012.10.002

Marvel, C. L., Schwartz, B. L., & Isaacs, K. L. (2004). Word production deficits in schizophrenia. *Brain and Language*, 89(1), 182-191. DOI : 10.1016/s0093-934x(03)00366-3

Matsumoto, H., Simmons, A., Williams, S., Hadjulis, M., Pipe, R., Murray, R., & Frangou, S. (2001). Superior Temporal Gyrus Abnormalities in Early-Onset Schizophrenia: Similarities and Differences With Adult-Onset Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 158(8), 1299-1304. DOI : 10.1176/appi.ajp.158.8.1299

Mauras, T., Marcel, J-L. et Capron, J. (2016). La catatonie dans tous ses états. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrie*, 174(2), p. 115-123. DOI : 10.1016/j.amp.2015.12.017

Mazaux, J.M. et Orgogozo, J.M. (1982) Boston Diagnostic Aphasia Examination : échelle française. Issy-les-Moulineaux, France : Editions Scientifiques et Psychologiques

McGurk, S. R., Ph. D., Mueser, K. T., Ph. D., Feldman, K., M. A., Wolfe, R., M. S., & Pascaris, A., M. S. , M. P. (2007). Cognitive Training for Supported Employment: 2-3 Year Outcomes of a Randomized Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 164(3), 437-441. DOI :10.1176/ajp.2007.164.3.437

Menard, M.-L., Yagoubi, F., Drici, M., Lavrut, T., & Askenazy, F. (2013). Suivi thérapeutique d'un adolescent de 16ans souffrant de schizophrénie précoce avec symptômes catatoniques. *L'Encéphale*, 39, S29-S35. DOI : 10.1016/j.encep.2012.08.007

Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, M.E.S.R.I. (2012). *Référentiel de formation du certificat de capacité d'orthophoniste*. Consulté sur : https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/32/38/9/referentiel-formation-orthophoniste_267389.pdf

Mondino, M., Brunelin, J. et Poulet, E. (2017). Intérêt de la stimulation magnétique transcrânienne dans le traitement des troubles schizophréniques. Dans J. Daléry, T. d'Amato et M. Saoud (dir.), *Pathologies schizophréniques* (p. 308-320). Paris, France : Lavoisier.

Montagne Larmurier, A. (2019). Modalités, structures d'aide à la réinsertion et rôle des associations dans la prise en charge. Dans S. Dollfus (dir.), *Les schizophrénies* (p. 415-421). Paris, France : Lavoisier

Moreau, N., & Champagne-Lavau, M. (2014). Théorie de l'esprit et fonctions exécutives dans la pathologie. *Revue de neuropsychologie*, 6(4), 276. DOI : 10.3917/rne.064.0276

Moreira-Gendreau, A. (2016). *E.L.E.A. Batterie d'évaluation du langage élaboré de l'adulte cérébrolésé 20-60 ans*. Fiquefleur, France : Editions Palacios

Musiol, M., & Verhaegen, F. (2009). Appréhension et catégorisation de l'expression de la symptomatologie schizophrénique dans l'interaction verbale. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167(10), 717-727. DOI : 10.1016/j.amp.2008.02.003

Nagendrappa, S., Sreeraj, V.S. et Venkatasubramanian, G. (2019). "J'ai arrêté d'entendre des voix, j'ai commencé à bégayer " - Un cas de bégaiement induit par la clozapine. *Indian J Psychol Med*, 41(1), 97-98.

Nathou, C. (2019). Apport des techniques de stimulations cérébrales dans le traitement des schizophrénies. Dans S. Dollfus (dir.), *Les schizophrénies* (p. 325-338). Paris, France :

Lavoisier

Nespoulous, J. L., Lecours, A. R., Puel, M., & Joannette, Y. (1992). *Protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie MT 86*. Isbergues, France : Ortho Edition.

Nigoghossian, V. (2012). *Q.A.L.A. : Questionnaire d'autoévaluation du langage-aphasie*. Paris, France : Solal.

Olivier, V., Hardy-Baylé, M.C., Lancrenon, S., Fermanian, J., Sarfati, Y., Passerieux, C. et Chevalier, J.F. (1997). Rating scale for the assessment of communication disorders in schizophrenics. *European Psychiatry*, 12(7), 352-361. DOI : 10.1016/s0924-9338(97)80005-3

Palmer, B. W., Heaton, R. K., Paulsen, J. S., Kuck, J., Braff, D., Harris, M. J., Zisook, S., & Jeste, D. V. (1997). Is it possible to be schizophrenic yet neuropsychologically normal? *Neuropsychology*, 11(3), 437-446. DOI : 10.1037/0894-4105.11.3.437

Paraverbal. (2011). Dans le *Dictionnaire d'Orthophonie* (4e éd.). Isbergues, France : Ortho Edition.

Parola, A., Salvini, R., Gabbatore, I., Colle, L., Berardinelli, L., & Bosco, F. M. (2020). Pragmatics, Theory of Mind and executive functions in schizophrenia: Disentangling the puzzle using machine learning. *PLOS ONE*, 15(3), e0229603. DOI : 10.1371/journal.pone.0229603

Pawełczyk, A., Kotlicka-Antczak, M., Łojek, E., Ruszpel, A., & Pawełczyk, T. (2018).

Schizophrenia patients have higher-order language and extralinguistic impairments. *Schizophrenia Research*, 192, 274-280. DOI : 10.1016/j.schres.2017.04.030

Peyroux, E., Gaudelus, B. et Franck, N. (2013). Remédiation cognitive des troubles de la cognition sociale dans la schizophrénie. *L'Évolution Psychiatrique*, 78(1), p. 71-95. DOI : [10.1016/j.evopsy.2013.01.003](https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2013.01.003)

Pomini, V. (1999). Auto-évaluation des habiletés conversationnelles (AHC). Lausanne, Suisse.

Pounds, K. G. (2010). Client-Nurse Interaction with Individuals with Schizophrenia: A Descriptive Pilot Study. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(12), 770-774. DOI : 10.3109/01612840.2010.518337

Pragmatique. (2011). Dans le *Dictionnaire d'Orthophonie* (4e éd.). Isbergues, France : Ortho Edition.

Prouteau, A. (2011). Neuropsychologie clinique de la schizophrénie. Paris : Dunod

Radanovic, M., Sousa, R. T. de, Valiengo, L., Gattaz, W. F., & Forlenza, O. V. (2012). Formal Thought Disorder and language impairment in schizophrenia. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 71(1), 55-60. DOI : 10.1590/s0004-282x2012005000015

Raffard, S., Bayard, S., Capdevielle, D., Garcia, F., Boulenger, J.-P. et Gely-Nargeot, M.-C. (2008). La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie : revue critique.

L'Encéphale, 34(6), p. 597-605. DOI : 10.1016/j.encep.2007.10.008

Rapp, A. M., Langohr, K., Mutschler, D. E., & Wild, B. (2014). Irony and Proverb Comprehension in Schizophrenia: Do Female Patients “Dislike” Ironic Remarks? *Schizophrenia Research and Treatment*, 2014, 1 10. DOI : 10.1155/2014/841086

Revheim, N., Corcoran, C. M., Dias, E., Hellmann, E., Martinez, A., Butler, P. D., ... Javitt, D. C. (2014). Reading Deficits in Schizophrenia and Individuals at High Clinical Risk: Relationship to Sensory Function, Course of Illness, and Psychosocial Outcome. *American Journal of Psychiatry*, 171(9), 949-959. DOI : 10.1176/appi.ajp.2014.13091196

Rivollier, F., Plaze, M. et Krebs, M.-O. (2019). Troubles psychomoteurs : de l'apathie aux signes neurologiques subtils. Dans S. Dolfus (dir.), *Les schizophrénies* (p. 54-56). Paris, France : Lavoisier

Rochester, S., Martin, J.R. Et Thurston, S. (1977). Thought-process disorder in schizophrenia: The listener's task. *Brain and Language*, 4(1), 95-114. DOI : 10.1016/0093-934x(77)90009-8

Rossetti, I., Brambilla, P., & Papagno, C. (2018). Metaphor Comprehension in Schizophrenic Patients. *Frontiers in Psychology*, 9. DOI : 10.3389/fpsyg.2018.00670

Roubaud, F. (2012). *Théorie de l'esprit et troubles de la communication dans la schizophrénie* (Mémoire de Master). Université Sophia Antipolis : Nice, France

Salavera, C., Puyuelo, M., Antoñanzas, J. et Teruel, P. (2013). Semantics, pragmatics, and

formal thought disorders in people with schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 177. DOI : 10.2147/ndt.s38676

Silver, H., Shlomo, N., Turner, T., & Gur, R. C. (2002). Perception of happy and sad facial expressions in chronic schizophrenia: Evidence for two evaluative systems. *Schizophrenia Research*, 55(1 2), 171-177. DOI : 10.1016/S0920-9964(01)00208-0

Stephane, M., Pellizzer, G., Fletcher, C. R., & McClannahan, K. (2007). *Empirical evaluation of language disorder in schizophrenia. Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 32(4), 250-258.

Syda, C., Iakimova, G. et Giordana, B. (2018). La place de la compréhension des proverbes et des métaphores dans la compréhension des troubles du cours de la pensée dans la schizophrénie : apport de l'évaluation clinique, de l'imagerie cérébrale fonctionnelle et de la neurophysiologie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 176(6), 576-585. DOI : 10.1016/j.amp.2016.12.012

Thoma, P., Hennecke, M., Mandok, T., Wähner, A., Brüne, M., Juckel, G., & Daum, I. (2009). Proverb comprehension impairments in schizophrenia are related to executive dysfunction. *Psychiatry Research*, 170(2 3), 132-139. DOI : 10.1016/j.psychres.2009.01.026

Tompkins, C. A. (2012). Rehabilitation for Cognitive-Communication Disorders in Right Hemisphere Brain Damage. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(1), S61-S69. DOI : 10.1016/j.apmr.2011.10.015

Tso, I. F., Mui, M. L., Taylor, S. F., & Deldin, P. J. (2012). Eye-contact perception in

schizophrenia: Relationship with symptoms and socioemotional functioning. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(3), 616 627. DOI : 10.1037/a0026596

Vanelle, J.-M., Sauvaget, A. et Laforgue, E. (2019). Conduite de la cure et place des antipsychotiques à effet prolongé. Dans S. Dolfus (dir.), *Les schizophrénies* (p. 344-352). Paris, France : Lavoisier

Waintraub, L. et Péneau, E. (2017). Clinique et orientations thérapeutiques. Dans J. Guelfi et F. Rouillon (dir.), *Manuel de psychiatrie*. Paris, France : Elsevier-Masson

Willits, J. A., Rubin, T., Jones, M. N., Minor, K. S., & Lysaker, P. H. (2018). Evidence of disturbances of deep levels of semantic cohesion within personal narratives in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 197, 365 369. DOI : 10.1016/j.schres.2017.11.014

Whitford, V., O'Driscoll, G. A., Pack, C. C., Joobar, R., Malla, A., & Titone, D. (2013). Reading impairments in schizophrenia relate to individual differences in phonological processing and oculomotor control: Evidence from a gaze-contingent moving window paradigm. *Journal of Experimental Psychology: General*, 142(1), 57 75. DOI : 10.1037/a0028062

Wölwer, W., Lowe, A., Brinkmeyer, J., Streit, M., Habakuck, M., Agelink, M. W., ... Cordes, J. (2014). Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) Improves Facial Affect Recognition in Schizophrenia. *Brain Stimulation*, 7(4), 559 563. DOI : 10.1016/j.brs.2014.04.011

ANNEXES

ANNEXE 1 : Similitudes entre les troubles de la communication des personnes cérébrólésées et des personnes ayant une schizophrénie.....	67
ANNEXE 2 : Epreuves du protocole Montréal d'Évaluation de la Communication.....	68
ANNEXE 3 : Grands domaines évalués par l'Echelle de communication verbale de Bordeaux.....	69
ANNEXE 4 : Tableau mettant en correspondance les pistes de travail de rééducation orthophonique pour les patients atteints de schizophrénie.....	70
ANNEXE 5 : Plaquette d'information « Schizophrénie et orthophonie : prendre en soin les troubles du langage et de la communication ».....	72
ANNEXE 6 : Questionnaire à destination des psychiatres ayant lu la plaquette.....	74
ANNEXE 7 : Graphiques issus des résultats au questionnaire à destination des psychiatres.....	77

ANNEXE 1 : *Similitudes entre les troubles de la communication des personnes cérébrolésées et des personnes ayant une schizophrénie (Arnould, 2019)*

	Personnes cérébrolésées droit	Personnes atteintes de schizophrénie
Niveau lexico-sémantique		
Catégorisation/ lien sémantique	- Difficultés d'établissement de lien entre les mots (Abusamra et al., 2009) - Tâches de catégorisation gérées par l'hémisphère droit (Vigneau et al., 2011)	Procédure de catégorisation sémantique désorganisée (Lawrence et al., 2007)
Fluences/évoation	Performance réduite (moins de mots donnés) (Joanette, 2004)	Performance réduite (moins de mots donnés) (Berberian et al., 2016)
Accès	Faible accès au savoir sémantique (Faure, 1993)	Difficulté d'accès (Radanovic et al., 2013 ; Covington et al., 2005)
Niveau discursif		
Production		
Cohérence	Non-respect de la cohérence du discours (Abusamra et al., 2009)	Discours moins organisé que le discours des groupes contrôle (Ditman & Kuperberg, 2010)
Tangentialité	Discours tangentiel (Lehman Blake, 2006 ; Chantraine et al., 1998)	Discours tangentiel (Andreasen, 1986 ; Nagels & Kircher, 2016)
Informativité/ Qualité	Manque d'informativité (Abusamra et al., 2009)	- Pauvreté syntaxique au sein de discours (Tavano et al., 2008) - Pauvreté du discours (Franck, 2016, Nagels & Kircher, 2016)
Compréhension		
	Compréhension impactée (Tompkins et al., 2008)	Compréhension impactée (Kircher et al., 2001)
Pragmatique		
Verbal		
Inférences	Difficulté de compréhension des inférences (Joanette, 2004 ; Bryan, 1994, cité dans Mackenzie & Brady, 2008 ; Beeman, 1993)	Difficulté de compréhension des inférences (Pawelczyk et al., 2017)
Contexte	- Difficulté de prise en compte du contexte : manque de prise en compte du savoir partagé (Chantraine et al., 1998) - Difficultés dans l'établissement de relation entre le langage et son contexte (Abusamra et al., 2004)	Difficulté à utiliser le contexte dans les cas d'associations sémantiques conflictuelles (Ditman et al., 2011)
Humour	Compréhension de l'humour impactée (Chantraine et al., 1998)	Difficultés dans la compréhension de l'humour, de l'ironie, du sarcasme (Mitchell & Crow, 2005 ; Champagne-Lavau et al., 2006 ; Pawelczyk et al., 2017)
Actes de langage indirects	Difficultés de compréhension des actes de langage indirects (Chantraine et al., 1998)	Difficultés de compréhension des actes de langage indirects (Corcoran, 2003)
Métaphores	Difficultés de compréhension des métaphores (Chantraine et al., 1998 ; Monetta et al., 2006 ; Bryan 1994, cité dans Mackenzie & Brady, 2008)	Difficultés dans la compréhension des métaphores (Mitchell & Crow, 2005 ; Champagne-Lavau et al., 2006 ; Pawelczyk et al., 2017)
Conventions sociales de communication	Manque de prise en compte des règles de conventions sociales (Myers, 1999, cité dans Mackenzie et Brady, 2008)	Défaillances dans la détection de violations des maximes de Grice (Tényi et al., 2002 ; Mazza et al., 2008)

	Personnes cérébrólésées droit	Personnes atteintes de schizophrénie
Para-verbal et Non-verbal		
Prosodie	- Perte de l'expressivité, monotonie de la voix (Lajoie <i>et al.</i> , 2010) - Troubles prosodiques (Boucard & Laffy-Beaufils, 2008), notamment des pauses (Joanette, 2004 ; Kieffer, 2011)	- Perte de l'expressivité et aplatissement de la courbe prosodique (Covington, 2005 ; Boucard & Laffy-Beaufils, 2008) - Discours contient plus de pauses et d'hésitations (Covington <i>et al.</i> , 2005)
	- « Similarly to patients with damage to the right hemisphere, the speech of schizophrenia patients often is monotonous and deprived of emotional coloring, despite preserved experiencing of appropriate emotions » (Gurańska & Gurański., 2013) - Performances statistiquement identiques entre personnes schizophrènes et cérébrólésées droit au niveau de la prosodie (Ross <i>et al.</i> , 2001)	
Regard	Interruption et défaut de contact oculaire (Myers, 1999, cité par Mackenzie et Brady, 2008)	- Défaillance de l'utilisation du regard (Han <i>et al.</i> , 2014, Lavelle <i>et al.</i> , 2014) - Réduction du nombre de regards vers l'interlocuteur par rapport au groupe contrôle (Choi <i>et al.</i> , 2010)
Expression faciale	En production, expression faciale pauvre et réduite chez les deux groupes de patients (Martin <i>et al.</i> , 1990)	
	En réception, réduction de la sensibilité aux informations paralinguistiques, notamment aux expressions faciales (Carota <i>et al.</i> , 2005)	Difficultés dans la perception des expressions faciales (Kohler <i>et al.</i> , 2010 ; Ramos-Loyo <i>et al.</i> , 2012)
Gestualité	- Réduction du nombre de gestes lors d'échanges, notamment de mouvements de tête (Brady <i>et al.</i> , 2006) - En réception, réduction de sensibilité aux informations gestuelles (Carota <i>et al.</i> , 2005 ; Lajoie <i>et al.</i> , 2010)	- Réduction significative du nombre de mouvements de la tête et du corps en situation de communication par rapport à un groupe contrôle (Kupper <i>et al.</i> , 2010) - Gestualité et mimo-gestualité défaillantes (Lavelle <i>et al.</i> , 2013 ; Walther <i>et al.</i> , 2015)

ANNEXE 2 : *Epreuves du protocole Montréal d'Évaluation de la Communication (Joanette, Ska et Côté, 2004)*

- 5 tâches de perception et de production de la prosodie linguistique et émotionnelle
- 3 tâches d'évocation lexicale
- Jugement sémantique
- Interprétation de métaphores
- Interprétation d'actes de langage indirect
- Discours narratif
- Questionnaire sur la conscience des troubles
- Grille d'observation du discours conversationnel

ANNEXE 3 : Grands domaines évalués par l'Echelle de communication verbale de Bordeaux (Darrigand et Mazaux, 2000)

<p><u>Expression des intentions :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • besoins élémentaires • désirs, intentions • demander son chemin 	<p><u>Achats :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • achats seul(e) • solliciter le vendeur • manipulation d'argent • chèques / cartes bancaires
<p><u>Conversation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Avec les proches : sujet courant, sujet abstrait, initier une conversation, sentiments • Avec les inconnus : sujet courant, sujet complexe, prise de parole 	<p><u>Relations sociales :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • repas de famille / amis • demande de renseignements • sorties • restaurant • coiffeur / garagiste / libraire
<p><u>Téléphone :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • famille • amis • rendez-vous • appelez un inconnu • répondre au téléphone • transmettre un message 	<p><u>Lecture :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Journaux, magazines, livres - Courrier affectif - Papier administratifs - Lire l'heure <p><u>Ecriture :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Liste de courses – Courrier – Papiers administratifs – Libellé de chèques <p><u>Questions complémentaires</u></p>

ANNEXE 4 : *Tableau mettant en correspondance les pistes de travail de rééducation orthophonique pour les patients atteints de schizophrénie (Bost et Lagriffol, 2011 ; Le bar et Mahouet, 2011)*

Bost et Lagriffol, 2011 : Etude sur 9 patients	Le bar et Mahouet, 2011 : Etude sur 17 patients
Travail sur la conscience des troubles	
Feedback, vidéo, thérapie de groupe	
Rééducation des troubles lexico-sémantiques	
<p>Évocation lexicale : exercices de synonymes, antonymes, complétion de phrases, texte à trous, définition de mots, utilisation de périphrases.</p> <p>Organisation lexicale : catégorisation, recherche d'intrus</p>	<p>Compétences référentielles, de synthèse et de généralisation : travail sur l'accès, l'organisation des connaissances sur le monde, la représentation mentale du réel par des tâches de description, de définition ou de catégorisation</p> <p>Persévérations, paraphasies : travail d'évocation, de dénomination, de catégorisation</p>
Rééducation des troubles syntaxiques	
<p>Compréhension syntaxique : travail progressif de la structure simple à la structure complexe.</p> <p>Identification des référents et indices nécessaires à la compréhension des phrases.</p>	
Rééducation des troubles pragmatiques	
Niveau verbal	
<p>Travail sur les intentions de l'interlocuteur et l'implicite (métaphore, ironie, actes de langage indirects, humour) :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Identifier l'absurdité du sens littéral et l'inhiber - Automatiser la recherche d'un sens second - Identifier le sens congruent de la situation > Mises en situation <p>Travail sur les habiletés discursives :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Cohérence : repérer les informations inutiles, inadaptées dans des textes, conversations. Repérer les incohérences de son propre discours. > Cohésion : travailler les référents et les connecteurs. Remettre des phrases dans l'ordre. S'entraîner à élaborer un discours. 	<p>Compétences inférentielles, processus de déduction : travail sur la logique, le raisonnement par des situations de problèmes, de gestion de l'implicite à partir de texte, d'images, de situations dialogiques ou encore de blagues ou de proverbes.</p>

Rééducation des troubles pragmatiques	
Niveau non-verbal et paraverbal	
<ul style="list-style-type: none"> > Reconnaissance des émotions : percevoir les mimiques et intonations à partir de supports imagés, vidéos, mises en situation > Expression des émotions : entraîner son intonation et ses mimiques par des mises en situation 	<p>Travailler la prosodie et les mimiques pour exprimer et reconnaître les émotions</p>
Informations et sensibilisation de l'entourage	
<p>Conseiller à l'entourage d'accentuer leurs mimiques et intonation</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Donner des informations sur les difficultés de communication rencontrées par le patient > Encourager à utiliser des énoncés à structure syntaxique simple, éviter les propos ambigus et être le plus transparent possible dans ses intentions

ANNEXE 5 : Plaquette d'information « Schizophrénie et orthophonie : prendre en soin les troubles du langage et de la communication »

Ce document présente les troubles du langage et de la communication des patients souffrant de schizophrénie au regard du champ de compétences de l'orthophoniste.

Il questionne la place de ce professionnel dans le parcours de soin de ces patients.

A la fin de ce document, un questionnaire vous permettra de faire un retour sur le contenu de cet outil d'informations. En tant que professionnels en contact direct avec les patients, **votre avis est fondamental.**

L'orthophoniste

- L'orthophoniste est un professionnel de santé qui prévient, évalue et traite les troubles du langage et de la communication. Il intervient en prenant en charge le langage dans ses dimensions linguistiques, cognitives, psycho-affectives et sociales.

- C'est un professionnel qui exerce en milieu libéral, salarial ou mixte.

Il débute son intervention par un bilan sur prescription médicale, qui permet de définir les besoins, les capacités et les difficultés du patient.

Dans son projet thérapeutique, il établit ses propres objectifs de soin en accord avec le patient et il pourra proposer à ce dernier un suivi individuel et/ou groupal.

- L'orthophoniste inscrit son travail au sein d'une démarche pluridisciplinaire.

Dans le cadre de réunions de synthèse, il participe à l'élaboration du projet personnalisé des patients.

Schizophrénie et orthophonie

Actuellement, peu d'orthophonistes sont intégrés au parcours de soin des patients atteints de schizophrénie. Or, on retrouve chez ces patients de nombreuses difficultés de langage et de communication qui peuvent impacter leur vie quotidienne. Chaque patient étant différent, tous les troubles présentés ci-dessous ne s'exprimeront pas nécessairement.

Les troubles du langage et de la communication

- **Les troubles de la fluence**

Chez les patients souffrant de schizophrénie, le débit de parole peut se trouver ralenti ou accéléré, ce qui altère parfois la compréhension de l'interlocuteur.

De même, un bégaiement peut être présent et constituer un facteur supplémentaire de l'isolement social des patients.

- **Les troubles lexico-sémantiques**

Il existe chez les patients une difficulté d'accès au stock lexical. Au quotidien, cela peut se traduire par un important manque du mot, un choix inadapté des mots et une difficulté à identifier le sens correct de ces derniers.

- **Les troubles discursifs**

La cohérence et la cohésion du discours peuvent être altérées. Les phrases semblent peu reliées entre elles et on note généralement un discours appauvri et désorganisé. Cela impacte fortement l'informativité des patients et nuit à l'établissement d'une communication efficace.

Schizophrénie et orthophonie : Prendre en soin les troubles du langage et de la communication

Plaquette d'informations réalisée par Julia Conangle dans le cadre d'un mémoire de fin d'études en orthophonie. Ce travail est dirigé par Leslie Baron, orthophoniste et Marion Chirio-Espitalier, psychiatre.

• Les troubles de la pragmatique

...au niveau des compétences verbales

Les patients présentant une schizophrénie ne semblent pas toujours adapter leur langage à leur interlocuteur et au contexte.

Ils présentent aussi des difficultés pour respecter les tours de parole, maintenir le sujet de conversation et repérer les éventuelles pannes conversationnelles.

Par ailleurs, l'interprétation des sous-entendus, ainsi que la compréhension de l'humour et des métaphores sont altérées.

... au niveau des compétences non-verbales

On note des troubles de la prosodie avec des difficultés pour ajuster leurs intonations, et comprendre celles d'autrui. Au sein d'une conversation, il est également difficile pour les patients d'ajuster leurs expressions faciales et leur gestualité. Il en est de même lorsqu'il s'agit d'interpréter celles de leur interlocuteur.

Ces troubles de la pragmatique se répercutent sur tous les niveaux de la communication. Ils impactent les relations des patients avec leur entourage et constituent ainsi un réel handicap social.

Les troubles des autres fonctions cognitives

Dans la schizophrénie, les patients rencontrent d'autres troubles des fonctions cognitives tels que des déficits des fonctions exécutives mais aussi des déficits mnésiques et attentionnels.

Ils sont à mettre en lien avec les troubles du langage et de la communication. Ces derniers permettent d'expliquer une partie des difficultés rencontrées et contribuent à la dégradation de la communication.

Le suivi orthophonique

Pour pallier ces troubles, l'orthophoniste pourra utiliser une approche cognitive et écosystémique.

Il tiendra compte de la gêne fonctionnelle des patients et proposera une remédiation en adéquation avec leur quotidien.

Par ailleurs, il aidera les patients à avoir une meilleure connaissance de leur fonctionnement langagier et communicationnel, afin qu'ils puissent prendre conscience de leurs difficultés et devenir acteur de leur prise en charge.

L'accompagnement des aidants

Le travail de la communication ne peut se réaliser sans prendre en considération l'entourage des patients. La prise en soin orthophonique pourra donc proposer aux aidants :

- Une transmission d'informations sur les particularités de la communication dans la schizophrénie
- Un travail sur la communication entre le patient et son entourage.

A l'heure actuelle, bien que peu nombreux, les orthophonistes travaillant en service de psychiatrie sont habilités à prendre en soin les patients souffrant de schizophrénie pour les troubles cités précédemment.

En revanche, en exercice libéral, la nomenclature des actes en orthophonie ne permet pas de prendre en charge la totalité de ces troubles.

En effet, lorsqu'il s'agit de prendre en soin les troubles du langage et de la communication des patients adultes, seules les pathologies d'origine neurologique, vasculaire, tumorale, génétique et les pathologies neurodégénératives peuvent justifier d'un suivi. Les pathologies psychiatriques ne sont actuellement pas intégrées dans cette nomenclature.

Il est donc nécessaire d'avoir votre retour à travers le questionnaire suivant, d'une part, pour évaluer la pertinence de cet outil et d'autre part, pour questionner l'intérêt d'intégrer davantage l'orthophoniste au parcours de soin de la schizophrénie.

[Questionnaire de retour :](https://questionnaires.univ-nantes.fr/index.php/132432?lang=fr)

<https://questionnaires.univ-nantes.fr/index.php/132432?lang=fr>

ANNEXE 6 : Questionnaire à destination des psychiatres ayant lu la plaquette

Question 1 : Dans quel milieu exercez-vous ?

- Hospitalier
- Libéral
- Mixte

Question 2 : En quelle année avez-vous effectué votre thèse ?

Question 3 : Prenez-vous en charge des patients souffrant de schizophrénie ?

- Oui
- Non

Question 4 : Avant lecture de cette plaquette, aviez-vous connaissance du rôle éventuel de l'orthophoniste dans la prise en soin de ces patients ?

- Oui
- Non

Question 5 : L'objet de cette plaquette d'information est-il clair ?

- Oui
- Non

Question 6 : (Si non à la réponse précédente) Quel(s) point(s) auriez-vous aimé que nous éclaircissions ?

Questions 7 : Les troubles du langage et de la communication dans la schizophrénie sont-ils clairement présentés ?

- Oui
- Non

Question 8 : (Si non à la réponse précédente) Qu'auriez-vous aimé que nous éclaircissions ?

Question 9 : Suite à la lecture de cette plaquette, le rôle de l'orthophoniste est-il clair ?

Oui

Non

Question 10 : (Si non à la réponse précédente) Qu'auriez-vous aimé que nous éclaircissions ?

Question 11 : Avez-vous déjà constaté des difficultés de langage et de communication chez vos patients atteints de schizophrénie ?

Oui

Non

Question 12 : (si oui à la question précédente) Selon vous, quelle place occupent ces troubles dans la vie de vos patients ? 1 : Pas handicapant - 5 : Très handicapant

1 2 3 4 5

Question 13 : Quels sont, selon vous, les troubles dont les patients souffrent le plus ?

Trouble de la fluence (débit de parole anormal et/ou bégaiement)

Trouble lexico-sémantique (manque du mot, mot utilisé pas toujours avec le bon sens)

Trouble discursif (patient avec un discours pauvre et désorganisé)

Trouble pragmatique (difficultés d'adaptation à l'interlocuteur et au contexte, difficultés de compréhension du sens second)

Troubles attentionnels

Troubles mnésiques (troubles de la mémoire)

Troubles dysexécutifs (planification, inhibition, flexibilité mentale,...)

Question 14 : Quel est votre avis sur l'intérêt d'une prise en soin en orthophonie des patients souffrant de schizophrénie ?

Cela ne me semble pas utile

Cela semble utile pour des cas isolés

Je ne sais pas si cela est utile

Cela semble utile pour une majorité de patients

Cela semble indispensable dans le parcours de soin du patient

Question 15 (si réponse « Je ne sais pas si cela est utile » à la question 14) : Quels sont les questions ou points sur lesquels vous aimeriez davantage d'éléments ?

Question 16 (si réponse « Cela me semble utile pour une majorité de patients » à la question 14) : Pour quels patients la prise en soin en orthophonie semble-t-elle utile ?

Question 17 (si réponse « hospitalier » ou « mixte » à la question 1) : Si un orthophoniste travaillait au sein de votre structure, seriez-vous intéressé(e) pour qu'il intervienne auprès de vos patients souffrant de schizophrénie ?

Oui

Non

Question 18 (si oui à la réponse 17) : A quelle fréquence la prescription d'un bilan auprès d'un orthophoniste vous semblerait-elle pertinente pour les patients que vous rencontrez ?

Occasionnellement

Presque systématiquement

Systématiquement

Question 19 : Un grand merci à vous pour le temps accordé à notre travail de recherche !

Voici un espace dans lequel vous pouvez inscrire vos éventuelles remarques supplémentaires/éléments manquants ou à améliorer/points positifs :

ANNEXE 7 : Graphiques issus des résultats au questionnaire à destination des psychiatres

Figure 1 :

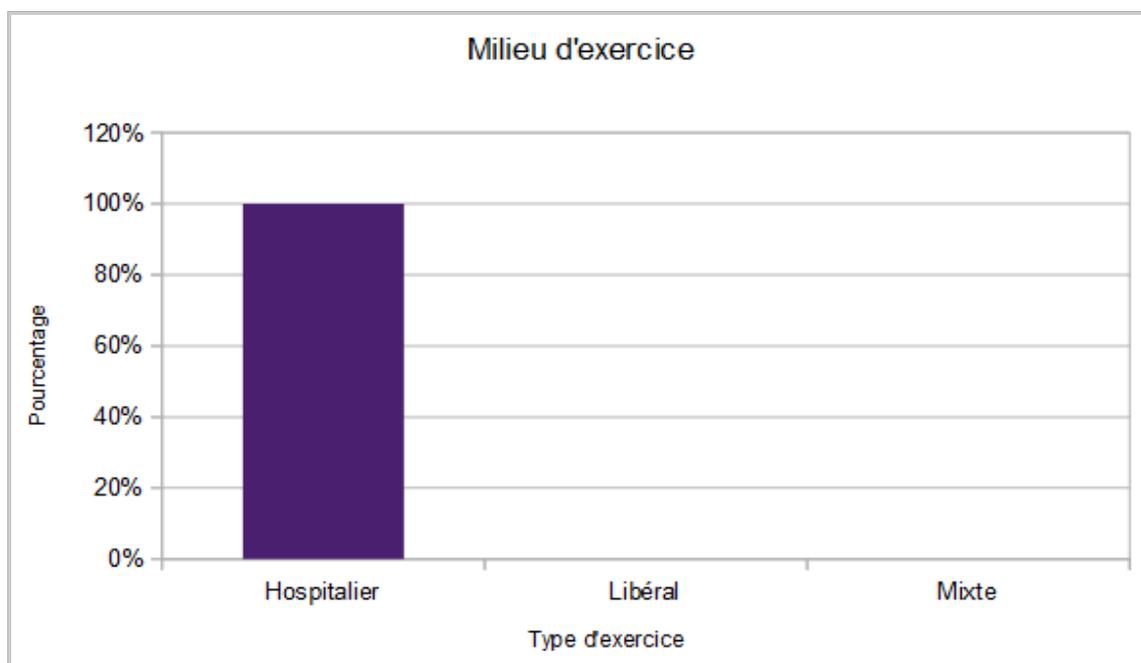


Figure 2 :

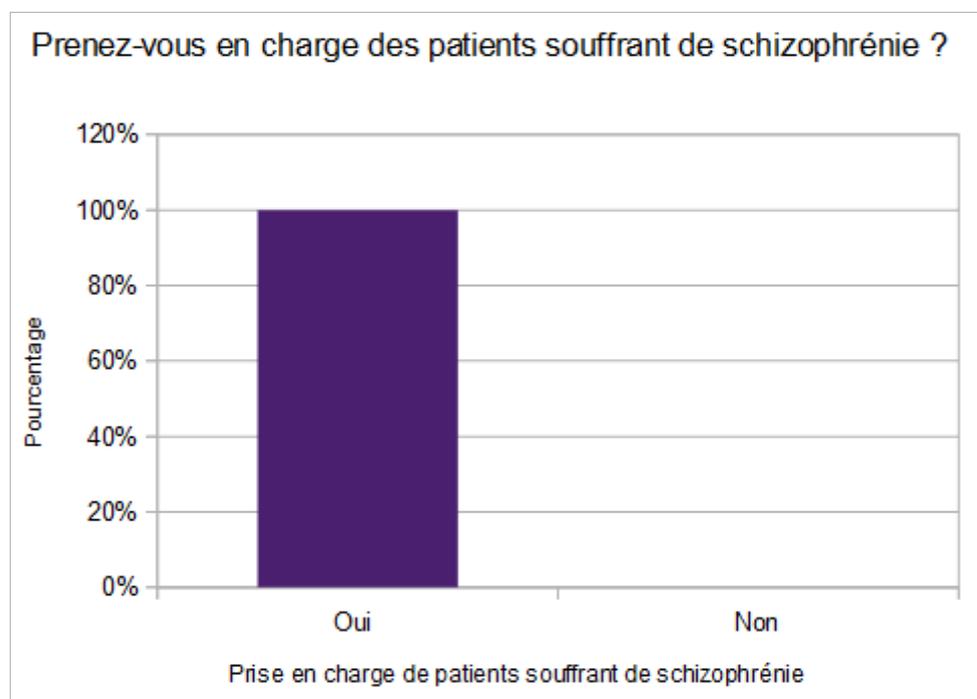


Figure 3 :

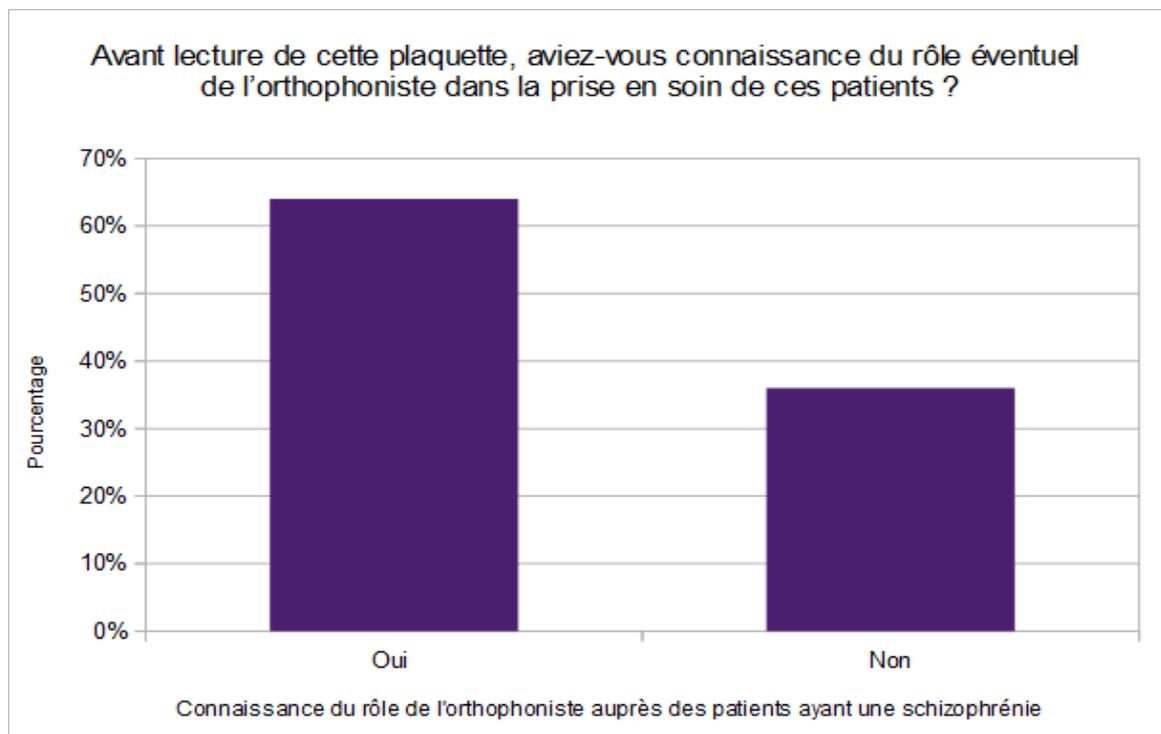


Figure 4 :

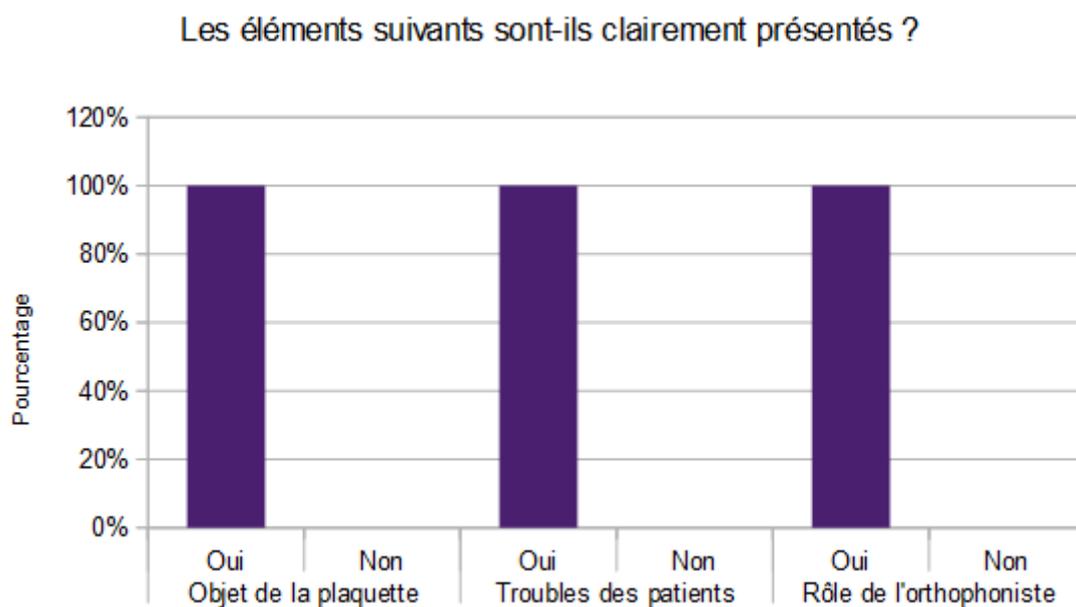


Figure 5 :

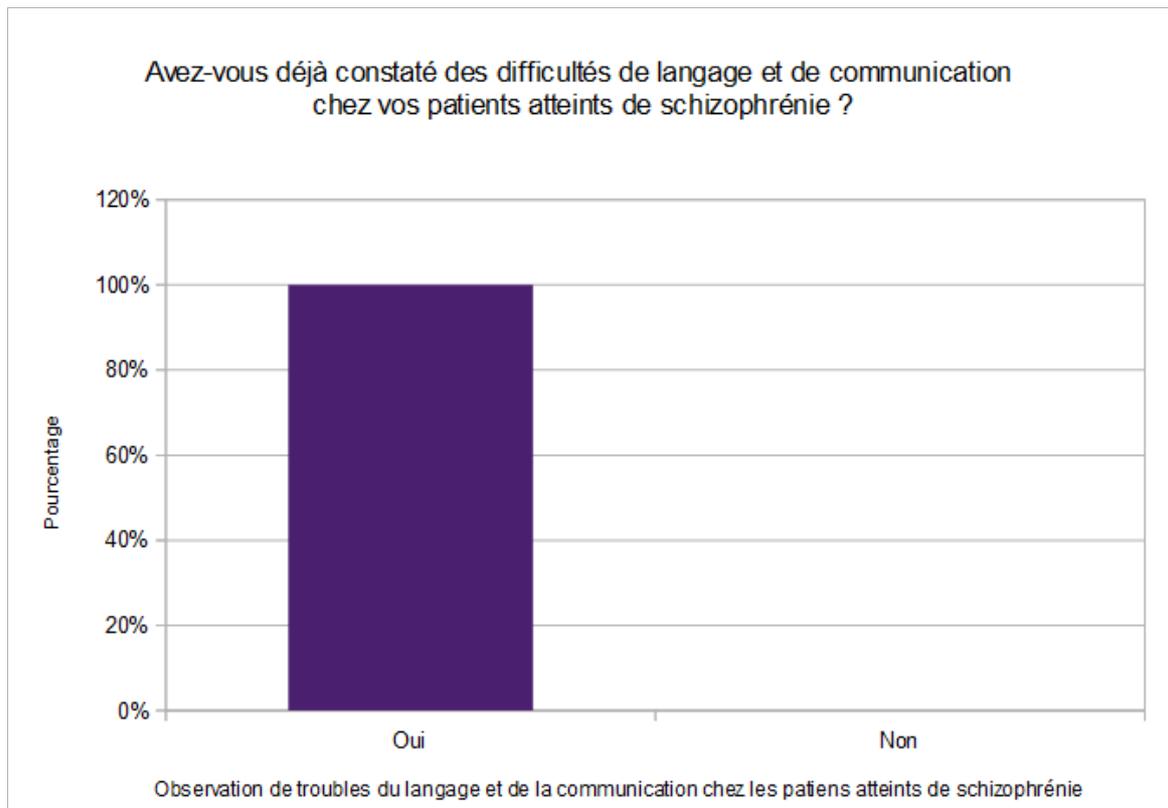


Figure 6 :

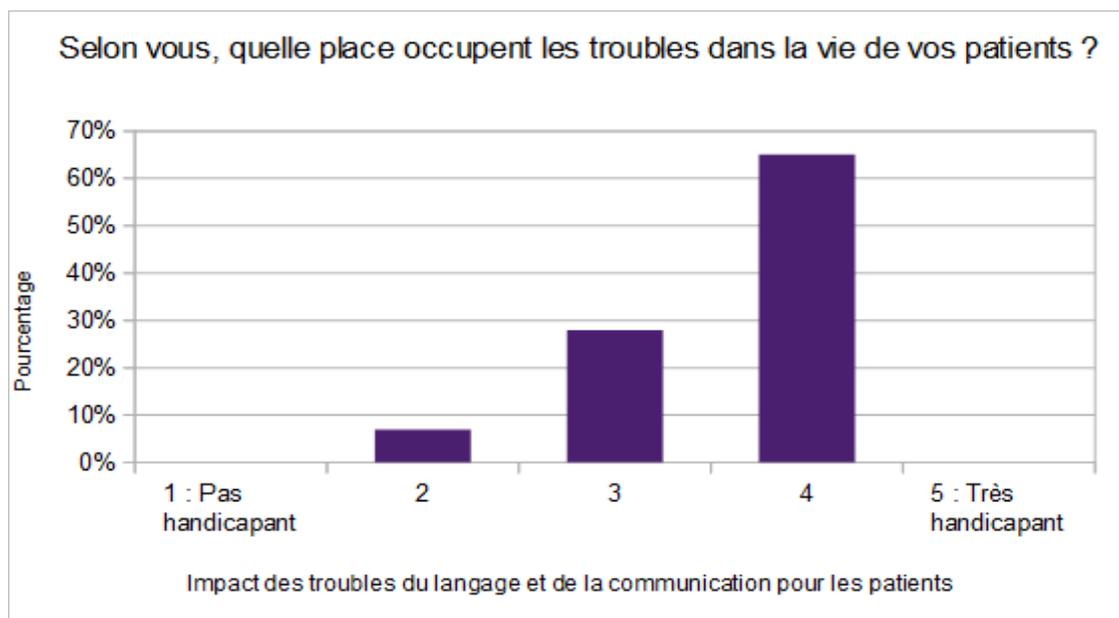


Figure 7 :

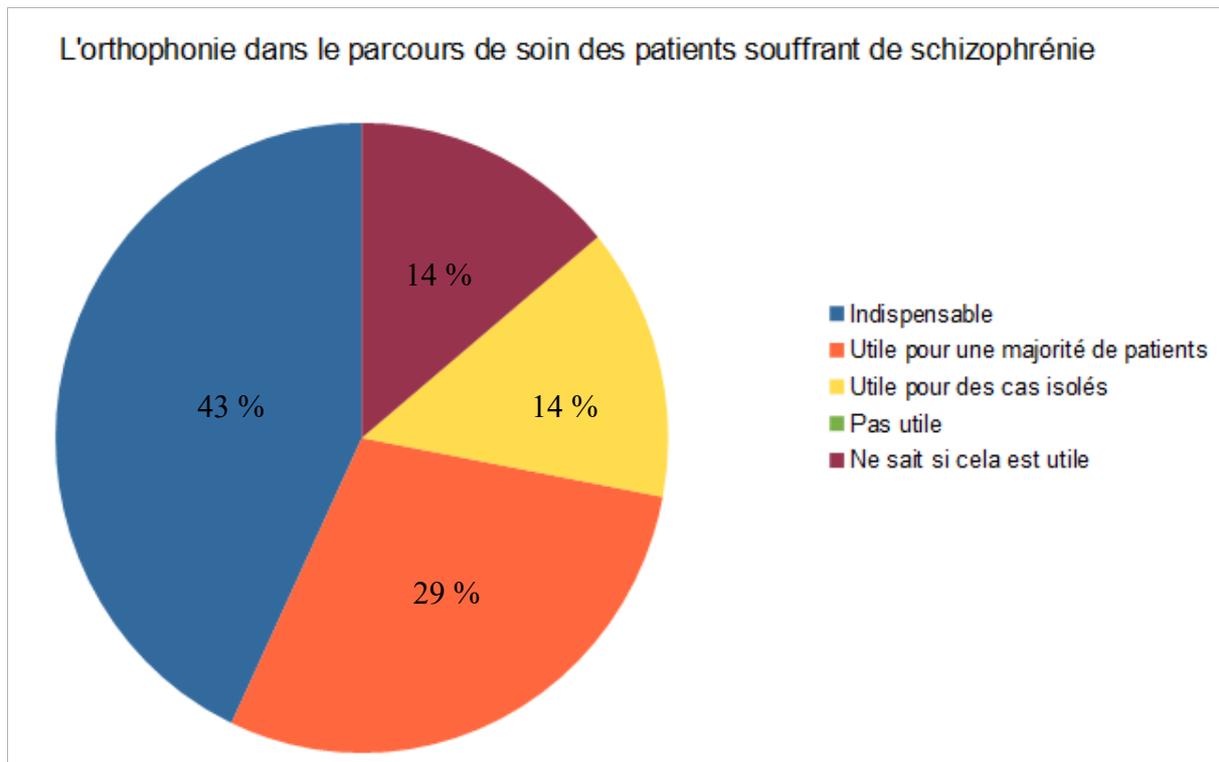


Figure 8 :

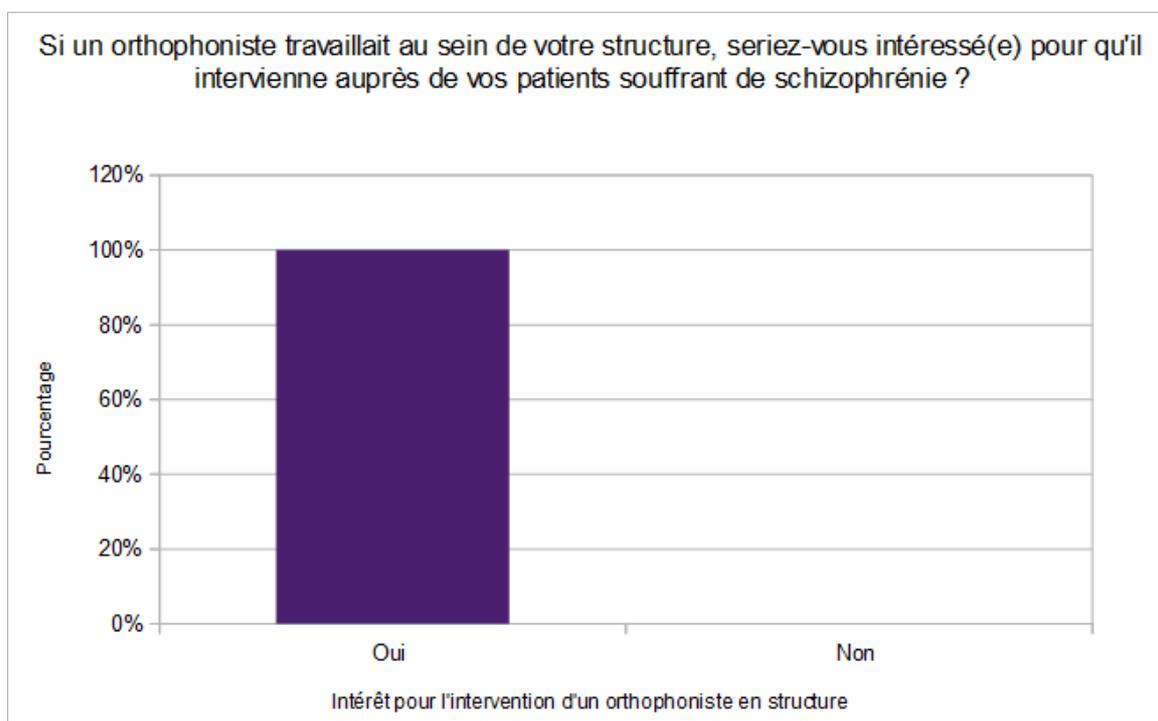
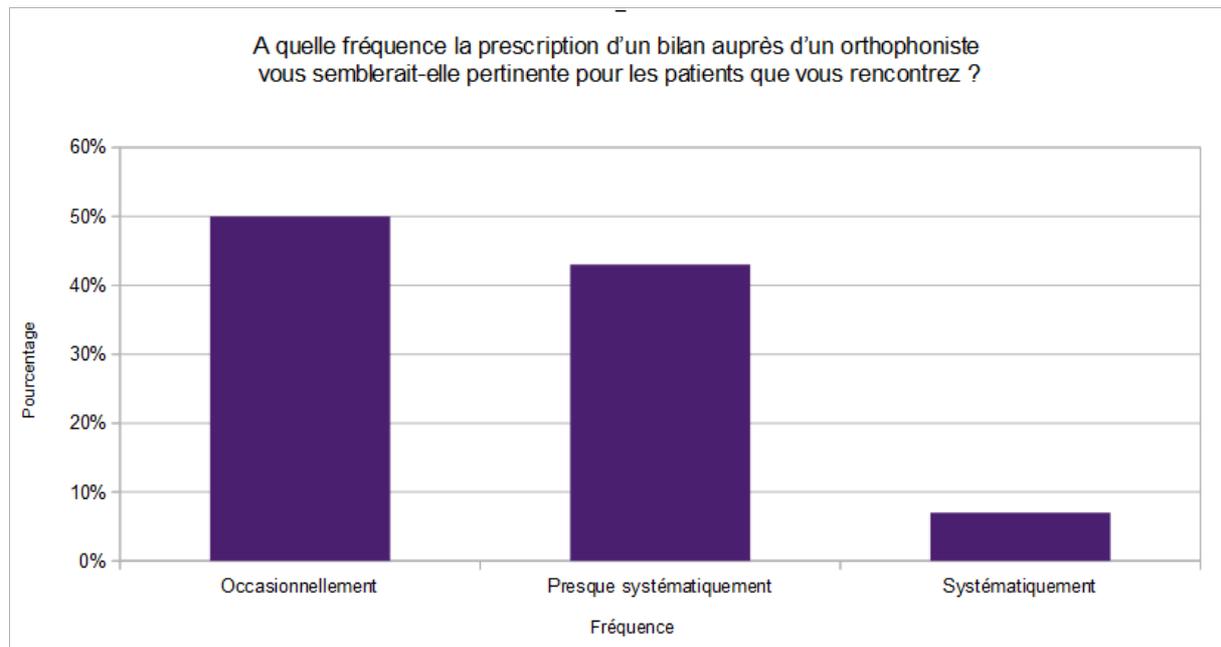


Figure 9 :



Titre du Mémoire : Élaboration d'un outil d'information sur la prise en soin en orthophonie des patients ayant une schizophrénie

RESUME

Introduction Les personnes ayant une schizophrénie peuvent avoir de nombreux troubles du langage et de la communication notamment lexico-sémantiques et pragmatiques. Actuellement, la nomenclature des actes en orthophonie ne permet pas de prendre en soin l'ensemble de ces troubles.

Méthode Nous avons élaboré un outil d'information à destination des psychiatres afin de communiquer sur ces troubles et présenter le champ de compétences actuel des orthophonistes. Les psychiatres ayant lu notre outil d'information ont ensuite répondu à un questionnaire dans lequel il leur a été demandé d'une part, quel était leur avis sur ces troubles, et d'autre part, que pensaient-ils d'une prise en soin en orthophonie pour ces patients.

Résultats Ces professionnels affirment que les troubles du langage et de la communication peuvent être invalidants pour leurs patients atteints de schizophrénie et ils présentent un intérêt quant au fait d'intégrer davantage l'orthophonie dans leur parcours de soin.

Discussion : Il semble donc nécessaire de continuer à communiquer autour de cette problématique et d'expliquer les limites auxquelles les orthophonistes sont actuellement confrontés. Des recherches sur la prise en soin en orthophonie des patients souffrant de schizophrénie doivent également être poursuivies.

Conclusion : Il s'agit, à l'avenir, de pouvoir accompagner pleinement les patients qui souhaitent être aidés dans leurs difficultés de langage et de communication.

MOTS-CLES

COMMUNICATION – LANGAGE – ORTHOPHONIE – OUTIL D'INFORMATION – PRAGMATIQUE – PSYCHIATRIE – SCHIZOPHRÉNIE

ABSTRACT

Introduction People with schizophrenia can have many language and communication disorders including lexical-semantic and pragmatic. At the moment, the nomenclature of speech and—language therapy does not permit to take care of all these disorders. **Method** We have developed an information tool for psychiatrists to provide them with information about these disorders and to present the current field of competence of speech therapists. We asked psychiatrists who read our leaflet to answer a survey focusing on their vision of the above disorders and their thoughts on speech and language therapy care for these patients.

Results These professionals stated that language and communication disorders can be disabling for their patients with schizophrenia and that they are interested in further integrating speech-language pathology into their care pathway.

Discussion There seems to be a need for further communications around this issue and for describing the limitations that SLPs currently face. Research on speech and language therapy care for patients with schizophrenia should also be continued.

Conclusion In the future, it is important to be able to fully support patients who wish to be helped with their language and communication difficulties.