

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

Année Universitaire 2021-2022

Mémoire

Pour l'obtention du

Certificat de Capacité en **Orthophonie**

Prise en soin orthophonique auprès de patients adultes atteints de schizophrénie : Elaboration d'un livret d'information à destination des équipes soignantes des lieux d'accueil en psychiatrie.

Présenté par *Jeanne HÉMERY*

Née le 18/07/1998

Présidente du Jury : Madame OLLIVIER *Laurence*

Directeurs du Mémoire : Madame BOUCARD *Caroline* – Orthophoniste

Monsieur GABORIAU *Rénald* – Chercheur en santé et chargé de cours

Membre du jury : Madame YEBBAL *Kahina*

Remerciements

A mes directeurs de mémoire, madame Caroline Boucard et monsieur Rénald Gaboriau pour leur confiance et leur accompagnement tout au long de ce projet. Je remercie particulièrement Mme Boucard pour m'avoir accueillie en stage et fait découvrir l'exercice orthophonique en psychiatrie adulte, et pour m'avoir fait partager son expertise et son intérêt communicatif dans ce domaine.

A l'ensemble de mes maîtres de stage, pour m'avoir accueillie dans leur cabinet ou structure, et fait partager leurs différents regards sur cette profession et les formes variées que peut prendre son exercice clinique. Je les remercie pour la richesse des conversations échangées qui ont nourri et construit ma vision de ce métier.

A Léa, pour son aide plus que précieuse dans la conception graphique et le design du livret.

A mes proches, pour leur soutien et encouragements dans la réalisation de ce mémoire. Merci notamment à toutes les personnes m'ayant accordé de leur temps à la relecture de ce travail. Je remercie mes sœurs, pour leur soutien tout au long de ces cinq dernières années, et pour le reste.

ANNEXE 8
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 **Jeanne HEMERY**, 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 20.05.2022



Sommaire

INTRODUCTION.....	1
PARTIE THEORIQUE	2
I) La schizophrénie	2
1) Définition	2
2) Sémiologie.....	2
3) Entrée dans la maladie.....	3
4) Etiologie	3
1. <i>Génétique</i>	4
2. <i>Facteurs environnementaux</i>	4
3. <i>Physiopathologie</i>	5
5) Traitements.....	5
1. <i>Traitement pharmacologique</i>	5
2. <i>Approche psychothérapeutique</i>	6
3. <i>Thérapies psycho-sociales</i>	6
6) Pronostic et Evolution	8
7) Facteurs psychosociaux.....	8
II) Schizophrénie et langage.....	9
1) Caractérisation clinique.....	9
1. <i>Terminologie</i>	9
2. <i>Classification des troubles</i>	10
3. <i>Antécédents pré-morbides et dépistage</i>	12
2) Sémiologie.....	14
1. <i>En réception</i>	14
2. <i>En production</i>	15
3) Modèles explicatifs	17
III) Schizophrénie et orthophonie	19
1) Pertinence d'une prise en soin orthophonique	19
1. <i>Cadre législatif</i>	19
2. <i>Efficacité de l'intervention orthophonique</i>	19
3. <i>Recommandations actuelles, en France et à l'étranger</i>	20
2) Moyens de la prise en soin orthophonique.....	22
1. <i>Le bilan orthophonique</i>	22
2. <i>La rééducation orthophonique</i>	23

3) Connaissances et représentations actuelles au sein de la profession.....	25
PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES.....	26
METHODE	27
I) Elaboration du livret.....	27
1) Réflexions préliminaires	27
2) Choix du livret d'information et du public visé	28
3) Contenu	29
4) Mise en forme et aspects communicationnels.....	30
II) Elaboration du questionnaire.....	33
1) Structure générale et questions posées	33
1. <i>Identification du professionnel : Qui est-il ?</i>	34
2. <i>Evaluation des connaissances préalables et après lecture : Le livret est-il efficace ?</i>	34
3. <i>Evaluation de la qualité et de l'intérêt du livret : Le livret est-il pertinent ?</i>	35
4. <i>Commentaires et retours sur le livret : Quels sont les axes d'amélioration ?</i>	35
2) Population.....	36
3) Aspects éthiques.....	36
4) Diffusion.....	36
II) Méthode d'analyse du questionnaire.....	36
1) Analyse descriptive	36
1. <i>Questions fermées</i>	36
2. <i>Question ouverte</i>	37
2) Analyse inférentielle	37
RESULTATS	37
I) Identification du professionnel.....	37
1) Profession	38
2) Structure d'exercice.....	38
3) Fréquence du contact avec les patients	39
4) Difficultés de langage et de communication constatées chez les patients	39
5) Fréquence des difficultés constatées	39
6) Connaissance de l'orthophonie en psychiatrie adulte	40
7) Présence des orthophonistes dans les structures de psychiatrie adulte	40
II) Evaluation des connaissances avant et après lecture.....	40
1) Analyse descriptive	40
2) Analyse inférentielle	42

III)	Evaluation de la qualité et de l'intérêt du livret	43
1)	Evaluation de la forme	43
2)	Evaluation du fond	43
3)	Auto-évaluation de l'apprentissage	43
4)	Intérêt envers l'orthophonie	43
IV)	Commentaires et retours.....	44
DISCUSSION		45
I)	Interprétation des résultats	45
1)	Validation des hypothèses	45
	1. <i>Hypothèse 1</i>	45
	2. <i>Hypothèse 2</i>	45
	3. <i>Hypothèse subsidiaire portant sur la démographie</i>	47
2)	Identification des professionnels	47
3)	Qualité et intérêt du livret.....	48
II)	Limites et perspectives	48
CONCLUSION		50
BIBLIOGRAPHIE		51
ANNEXES		65

INTRODUCTION

Au sein des structures de pédopsychiatrie, les orthophonistes accompagnent les patients présentant divers troubles et pathologies, dont les troubles du spectre de l'autisme, les troubles du comportement et les psychoses infantiles. Contrairement à ces lieux d'accueil où l'intervention orthophonique est aujourd'hui largement répandue, la psychiatrie adulte ne semble pas bénéficier de cette offre de soin pour les patients. L'absence des professionnels orthophonistes dans ces structures pose question, puisqu'on peut raisonnablement présumer que les troubles présentés par les patients mineurs ne s'arrêtent pas à leur majorité.

En effet, une étude réalisée dans une structure de psychiatrie adulte a montré que 80% des patients présentaient un trouble du langage et 60% un trouble de la communication et du discours (Walsh et al., 2007). Chez les patients atteints de schizophrénie notamment, il est fréquent de retrouver des troubles du langage et de la communication variés dont les répercussions fonctionnelles sont majeures. Ces troubles, bien que connus et décrits depuis longtemps (Bleuler, 1911), sont pourtant rarement abordés comme des symptômes pouvant bénéficier d'un accompagnement au même titre que les manifestations les plus apparentes de la maladie, comme les hallucinations et délires. Les raisons à cela pourraient résider dans une vision de ces difficultés comme étant consécutives à la désorganisation de la pensée et aux troubles des fonctions exécutives. Or, la littérature actuelle n'a pour l'heure pas montré de preuves en ce sens, certains auteurs considérant même les troubles de la pragmatique du langage, fréquemment présentés par les patients avec schizophrénie, comme une caractéristique principale de la maladie qui pourrait contribuer au diagnostic (Bambini et al., 2016). Les orthophonistes, spécialisés dans l'évaluation et l'accompagnement de ces troubles, pourraient faire partie du parcours de soin de ces patients (Boucard & Laffy-Beaufils, 2008; Joyal et al., 2016).

La possibilité de l'intervention orthophonique ne semble cependant pas connue dans les structures de psychiatrie adulte, qu'elles accueillent les patients en première ou seconde ligne. Une brochure d'information a précédemment été réalisée sur le sujet dans le cadre d'un mémoire en orthophonie (Conangle, 2020), s'adressant aux professionnels psychiatres. Dans la continuité de ce travail, un livret d'information visant à approfondir le sujet sera élaboré, s'adressant à l'ensemble des professionnels de santé travaillant dans un lieu d'accueil de psychiatrie adulte. Un questionnaire sera réalisé et diffusé à cette population, dans le but de mesurer l'efficacité de cet outil et sa pertinence. Les résultats obtenus seront exposés puis interprétés.

PARTIE THEORIQUE

I) La schizophrénie

1) Définition

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique chronique complexe qui touche entre 0,33% à 0,75% de la population mondiale (Moreno-Küstner et al., 2018). Selon la CIM-11 (Organisation Mondiale de la Santé, 2020) elle est caractérisée par « des perturbations de multiples modalités mentales, notamment la réflexion, la perception, l'expérience de soi, la cognition, la volition, l'affect et le comportement », pouvant être associées à des troubles psychomoteurs. En pratique, les présentations cliniques sont très hétérogènes selon les patients, la nature et la sévérité des différents symptômes présentés (McCormick & Flaum, 2005).

Selon la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) (American Psychological Association, 2015), le diagnostic de schizophrénie peut être posé si l'on retrouve deux symptômes spécifiques ou plus, parmi lesquels la présence d'idées délirantes, d'hallucinations et une pensée désorganisée. Ces symptômes doivent affecter des domaines majeurs tels que le travail ou les relations sociales, et durer dans le temps.

La schizophrénie est un syndrome, tel que défini par « un ensemble de signes et de symptômes d'étiologie inconnue, principalement défini par des signes observés de psychose » (Insel, 2010), nécessitant d'exclure les diagnostics différentiels de cette maladie. Le plus couramment, la schizophrénie se manifeste chez le sujet à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, avec une entrée dans la maladie par des délires paranoïaques et des hallucinations auditives. Les manifestations de ce trouble ont peu changé au cours du siècle dernier (Insel, 2010). La schizophrénie affecte le bien-être d'une personne, raccourcit sa vie et figure parmi les 10 principales causes d'invalidité au niveau mondial (Fleischhacker et al., 2014), elle est donc au cœur des enjeux de santé publique actuels.

2) Sémiologie

Les symptômes positifs (ou productifs) de la schizophrénie se manifestent par des idées délirantes et des hallucinations (American Psychological Association, 2015). Ces symptômes se traduisent fréquemment par un sentiment de persécution, une mégalomanie, une paranoïa ou des idées invraisemblables. Les hallucinations sont le plus souvent auditives, mais elles peuvent également être visuelles, olfactives, tactiles ou gustatives.

Les symptômes négatifs (ou déficitaires) incluent la diminution de l'expression émotionnelle et l'aboulie, qui est définie par une « incapacité à initier et persister dans des

activités dirigées vers un but » (American Psychological Association, 2015). Ces symptômes se traduisent généralement chez le patient par un isolement des différents cercles sociaux, une communication réduite, un manque d'initiative dans la vie quotidienne, une émotivité réduite et une apathie qui peut s'apparenter à une dépression.

Enfin, les derniers symptômes regroupent les différentes manifestations d'une désorganisation de la pensée, des paroles, des émotions et des comportements corporels. Ils sont en lien avec des difficultés exécutives touchant l'attention, la planification, l'inhibition ou encore la flexibilité, et peuvent se traduire par des troubles du langage et de la communication. Une agitation motrice et des troubles psychomoteurs peuvent être associés.

3) Entrée dans la maladie

L'entrée dans la maladie correspond à un moment de rupture chez le patient caractérisé par un épisode psychotique inaugural, appelé bouffée délirante aiguë. Cette entrée dans la maladie est fréquemment désignée par le terme « décompensation », et a généralement lieu entre 15 et 25 ans (Petitjean & Marie-Cardine, 2003). Cet épisode psychotique inaugural est généralement précédé par une phase prodromale de la maladie, c'est-à-dire que des symptômes sont présents sous une forme atténuée, qui n'alerte pas forcément l'entourage et peut se confondre dans les changements de comportements fréquents à l'adolescence : retrait et isolement social, rupture avec le milieu scolaire, arrêt des activités habituelles, idées de persécution, préoccupations mystiques ou philosophiques marquées. D'autres signes sont à repérer, tels que la présence d'idées étranges (telles que la sensation de télépathie par exemple), l'impression chez le jeune de ne plus réfléchir de la même façon ou encore un délitement progressif et insidieux du langage. Ces sujets sont dits à ultra-haut risque de transition psychotique, mais tous ne seront pas concernés par l'entrée dans une maladie psychotique (Krebs, 2017). Un épisode psychotique ne suffit pas à lui seul à diagnostiquer la schizophrénie puisqu'il peut survenir de façon isolée dans la vie du sujet, ou évoluer vers d'autres troubles tels que la bipolarité par exemple. La pose du diagnostic s'inscrit généralement dans le temps et est difficile au vu de la diversité des manifestations cliniques de la maladie. Les diagnostics différentiels principaux sont la bipolarité, le trouble anxieux généralisé, la crise psychotique induite par substance et la dépression.

4) Etiologie

La littérature n'ayant pas mis en évidence de facteur unique à la schizophrénie, il est généralement admis que ses causes sont plurifactorielles. Le diagnostic repose donc essentiellement sur l'observation clinique et ce qui est relaté de la maladie par le patient et son entourage. Le développement de la maladie serait le résultat d'une interaction entre une

vulnérabilité génétique et des facteurs environnementaux.

1. Génétique

La génétique peut influencer la survenue de la maladie de deux façons. D'une part, des variations génétiques ont été identifiées comme étant associées à un sur-risque de développer la maladie, en lien avec l'exposition à des facteurs de risque environnementaux. Une étude d'association pangénomique, c'est-à-dire une étude qui étudie de potentielles corrélations entre des variations génétiques et certains traits phénotypiques, a mis en évidence 108 polymorphismes nucléotidiques (des variations dans la séquence du génome) qui sont significativement associés à la schizophrénie (Ripke et al., 2014). Pris isolément, ces gènes sont liés à un risque assez faible de survenue de la maladie, mais c'est l'association de plusieurs d'entre eux qui peut accroître significativement ce risque.

D'autre part, certaines mutations génétiques rares ont été identifiées comme ayant un impact majeur sur le risque de développer une schizophrénie. C'est le cas par exemple pour les patients atteints du syndrome de délétion 22q11 pour lesquels le risque d'apparition de la maladie est de 20 à 25%, et s'élève à 46% lorsque ce syndrome est associé à un faible poids de naissance (Van et al., 2016).

2. Facteurs environnementaux

Parmi les facteurs de risque bien identifiés qui peuvent venir interagir avec ces variations génétiques, le stress a été identifié et décrit comme ayant une forte influence sur de nombreux mécanismes biologiques (Walker & Diforio, 1997). Cela pourrait expliquer l'incidence plus élevée de la maladie en milieu urbain (Lederbogen et al., 2013; March et al., 2008), chez les personnes ayant vécu des traumatismes dans l'enfance (Os et al., 2005), des parcours migratoires, et chez les personnes appartenant à un groupe ethnique minoritaire (Morgan et al., 2010). La consommation de drogues, et particulièrement de cannabis est également un facteur de risque important (Semple et al., 2005). La survenue de complications obstétriques est aussi liée à un sur-risque de développer la maladie (Cannon et al., 2002).

L'article *Rethinking Schizophrenia*, paru dans Nature (Insel, 2010), s'appuie en partie sur ce dernier facteur de risque pour proposer une relecture de la schizophrénie comme un trouble neuro-développemental : ce qui est considéré comme l'entrée dans la maladie serait en fait l'expression d'un stade tardif de la maladie, qui pourrait être causée par une lésion précoce dans le développement suivie d'une période de latence. De plus, plusieurs études ont mis en évidence une proportion significative de diagnostics de dyslexie et de dysorthographe dans l'enfance des patients schizophrènes, ce qui contribue à nourrir l'hypothèse

neurodéveloppementale de cette maladie qui pourrait entraîner des comorbidités dans le développement (Whitford et al., 2018). Ces observations viennent aussi appuyer la nécessité d'informer les orthophonistes sur la schizophrénie et la place qu'occupent le langage et la communication dans tout le parcours des patients qui en sont atteints.

3. Physiopathologie

Plusieurs éléments physiopathologiques ont également été mis en avant pour comprendre les origines de la schizophrénie.

Le premier modèle explicatif de la maladie a été le modèle dopaminergique, qui a montré une activité excessive des neurones dopaminergiques chez les patients porteurs de schizophrénie (Seeman, 1987). Les principaux traitements médicamenteux de la maladie à l'heure actuelle dérivent directement de ce modèle et consistent à bloquer la transmission de dopamine. Cependant, ce n'est pas le seul neuromédiateur à jouer un rôle dans la maladie.

En effet, il a été montré qu'une hypofonction du récepteur NMDA (*N*-méthyl-D-aspartate) qui reçoit le glutamate, était liée à différents types de psychoses et notamment la schizophrénie. Cette découverte ouvre de nouvelles portes, notamment concernant les traitements médicamenteux, puisque les études ont montré qu'un traitement visant les voies glutaminergiques permettrait d'améliorer significativement les symptômes négatifs et cognitifs de la maladie, qui sont les symptômes les plus résistants aux traitements actuels (Gaspar et al., 2009 ; Moghaddam & Javitt, 2011).

5) Traitements

Aujourd'hui, on recommande une approche intégrative pour l'accompagnement de la schizophrénie, qui associe notamment un traitement pharmacologique, une approche psychothérapeutique et des thérapies psycho-sociales (Oxford Health Policy Forum – 2014). La schizophrénie étant une pathologie incurable, l'objectif n'est pas que le patient se rétablisse de la maladie, mais bien qu'il parvienne à se rétablir « dans la maladie », c'est-à-dire qu'il parvienne à une qualité de vie la plus satisfaisante possible, en prenant en compte les différentes composantes de sa maladie.

1. Traitement pharmacologique

Les antipsychotiques constituent le traitement pharmacologique de référence pour ces patients. En première intention, l'American Psychiatric Association recommande l'utilisation d'antipsychotiques de deuxième génération qui sont associés à moins de symptômes pyramidaux que ceux de première génération (Wilf, 2004). Ils possèdent tout de même des effets indésirables qui peuvent contribuer au risque accru de mortalité cardiovasculaire

observé chez les patients schizophrènes (Raedler, 2010). Pour les patients dont les symptômes sont résistants, des antipsychotiques de première génération peuvent être proposés ainsi que le Clozapine, un antipsychotique de deuxième génération indiqué pour les formes résistantes. Leur administration peut se faire par voie orale ou par voie injectable. Le traitement est administré progressivement jusqu'à une dose efficace, et doit être pris régulièrement, ce qui constitue un enjeu important dans l'accompagnement de la maladie, car l'adhésion au traitement est généralement faible chez ces patients, estimée à 50% (Horne et al., 2005).

2. Approche psychothérapeutique

Les patients avec schizophrénie bénéficient fréquemment d'une psychothérapie, aussi appelée thérapie de soutien. Le guide « Schizophrénies » réalisé par la Haute Autorité de Santé (Haute Autorité de Santé, 2007) décrit l'approche psychothérapeutique comme visant « [...] à restaurer les capacités de fonctionnement mental du patient et à rétablir le contact avec la réalité. Elle favorise les processus de pensée et d'expression verbale des émotions, en réduisant les réactions de rupture. ». Celle-ci est menée par un psychiatre ou un psychologue.

3. Thérapies psycho-sociales

La notion de rétablissement comprend le rétablissement personnel qui a pour but de redéfinir une identité positive chez le patient au-delà de la maladie, le rétablissement social qui a pour vocation l'inclusion sociale, et le rétablissement clinique qui se réfère à la disparition des symptômes de la maladie (Dubreucq, 2021). Ces concepts ne se recouvrent pas nécessairement (cf. Annexe 1). Ici dans la schizophrénie par exemple, on sait que le patient ne « guérira » pas de sa maladie, puisqu'elle sera toujours présente.

La réhabilitation psychosociale s'appuie sur le concept de rétablissement, mais est définie quant à elle par « la somme des actions à développer pour optimiser les capacités persistantes » et a pour objectif « d'améliorer le fonctionnement de la personne pour qu'elle puisse remporter des succès et éprouver des satisfactions dans un milieu de son choix et avec le moins d'interventions professionnelles possibles » (Farkas & Anthony, 2001). En d'autres termes, cette approche s'appuie sur les compétences préservées de la personne, la collaboration horizontale avec les professionnels, le droit à l'autodétermination du patient et la réduction de la stigmatisation liée à la maladie. Les thérapies psycho-sociales comprennent les interventions suivantes : la remédiation cognitive, les thérapies cognitives et comportementales, les entraînements aux habiletés sociales, la psychoéducation et l'éducation thérapeutique.

Les difficultés cognitives dans la schizophrénie sont généralement résistantes au

traitement pharmacologique, et leurs répercussions handicapent fortement les patients au quotidien et dans leur sphère psycho-sociale. Plusieurs programmes de remédiation cognitive ont été développés dans le but d'améliorer le fonctionnement cognitif de ces patients par des entraînements variés et répétitifs. Une méta-analyse a montré que la remédiation cognitive produit des améliorations des performances cognitives et, lorsqu'associée à d'autres interventions psycho-sociales, elle améliore également les résultats fonctionnels (McGurk et al., 2007). Le programme numérique RECOS (remédiation cognitive pour la schizophrénie ou trouble associé [Vianin et al., 2010]), la CRT avec un format papier-crayon (cognitive remediation therapy [Wykes et al., 2007]) et la méthode NEAR en groupes (Neuropsychological Educational Approach to Remediation [Medalia & Freilich, 2008]) constituent les principales méthodes de remédiation cognitive utilisées dans la schizophrénie.

Les interventions cognitives et/ou comportementales (TCC) sont des thérapies comportementalistes qui s'appuient sur des données scientifiques dans le but de réduire les symptômes de divers troubles de la santé mentale, en se concentrant sur les difficultés actuelles du patient. Dans le cadre de la schizophrénie, elles sont particulièrement indiquées dans le traitement des symptômes psychotiques persistants, notamment hallucinatoires (HAS, 2007).

La schizophrénie est associée à un déficit des habiletés pragmatiques, de la théorie de l'esprit et des fonctions exécutives (Li et al., 2017). Pour ces raisons, les patients peuvent souvent éprouver des difficultés dans leurs rapports aux autres. Les entraînements aux compétences sociales, qui se déroulent généralement en groupes, ont pour vocation d'aider à restaurer ces capacités par des jeux de rôles et de tâches sociales, grâce à l'encouragement et au renforcement social positif. Ces entraînements entrent dans le cadre des recommandations du GI-mhGAP, un guide d'intervention du programme d'action *Comblant les lacunes en santé mentale*, qui souligne l'importance de viser une réadaptation dans la communauté, notamment sur le plan social, pour les personnes présentant une psychose (Organisation Mondiale de la Santé, 2011).

50 à 80% des patients porteurs de schizophrénie n'ont pas conscience de leur maladie (Amador & Gorman, 1998). Il semblerait que ce soit une manifestation de la maladie elle-même plutôt qu'une stratégie réactionnelle de défense (American Psychiatric Association, 1980). Ainsi, la psycho-éducation 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 et al., 2015), tandis que l'éducation thérapeutique met davantage l'accent sur le patient en tant qu'acteur de ses connaissances, et

visé à « aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique » (Haute Autorité de Santé, 2007).

Près de la moitié des personnes porteuses de schizophrénie présenteraient une addiction à une substance, que ce soit la nicotine, l'alcool ou des opioïdes, bien que ces chiffres puissent grandement varier selon la population d'étude, le moment du diagnostic ou les critères auxquels on se réfère pour définir une addiction (Dixon, 1999). Le traitement et l'accompagnement de ces phénomènes de dépendance sont donc un enjeu central, et sont recommandés par la Haute Autorité de Santé (HAS, 2007), puisqu'ils sont généralement corrélés à un pronostic fonctionnel moins bon, une adhérence au traitement plus faible, plus de problèmes médicaux et une instabilité quant-au logement du patient, voire son absence.

6) Pronostic et Evolution

La schizophrénie est une maladie chronique. L'enjeu pour les patients est donc de parvenir à trouver un équilibre en accédant au meilleur niveau de bien-être possible, tout en essayant de réduire au maximum les manifestations de leur maladie. Au cours des cinq premières années après un premier épisode psychotique, 47% des personnes diagnostiquées schizophrènes présentent une rémission de leurs symptômes, et un quart d'entre elles présentent un fonctionnement social adéquat depuis au moins deux ans. Cependant, seulement 14% d'entre elles satisfont les critères d'un rétablissement complet et prolongé (Robinson et al., 2004). Au bout de 25 ans, ce chiffre augmente légèrement pour passer à 16%. Cependant, les résultats globaux restent favorables pour plus de la moitié des personnes suivies (Harrison et al., 2001). Une méta-analyse plus récente met en avant un rétablissement complet pour un sujet sur sept, un chiffre proche de ceux des études précédentes. En effet, il semble qu'il n'y ait pas eu de réelle évolution dans la proportion des sujets rétablis durant ces dernières décennies, alors que les traitements et les propositions de soins ont quant-à eux beaucoup évolué (Jääskeläinen et al., 2013).

7) Facteurs psychosociaux

En Europe, moins de 20% des personnes diagnostiquées schizophrènes ont un travail (Marwaha et al., 2007). L'emploi est pourtant associé à une réduction des soins psychiatriques ambulatoires et une meilleure estime de soi (Luciano et al., 2014).

L'hébergement est également une problématique majeure dans cette maladie. Une étude américaine a montré que parmi un panel de 4307 patients porteurs de schizophrénie, près de 20% d'entre eux étaient sans domicile fixe (Folsom et al., 2005), et environ 11% des personnes sans abri seraient schizophrènes (Foster et al., 2012).

Les préjugés concernant cette maladie sont très importants, plus encore que pour

d'autres pathologies telles que la bipolarité ou l'autisme. Cette maladie est perçue comme étant dangereuse ; une étude réalisée dans la population française montre ainsi que 65% des participants déclarent qu'ils se tiendraient à distance de personnes porteuses de schizophrénie, et le même nombre qu'elles sont un danger pour les autres. 30% des participants déclarent qu'ils refuseraient de travailler avec un individu schizophrène (Durand-Zaleski et al., 2012). Ainsi malgré de nombreux appels d'acteurs tels que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2016) à combattre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles de la santé mentale, celle-ci persiste. Elle pourrait être liée à la représentation souvent partagée par les médias de personnes qui seraient violentes et imprévisibles.

Une revue de la littérature récente a mis en avant qu'au sein même des professionnels de la santé mentale, la schizophrénie est l'une des maladies les plus stigmatisées, bien qu'ils la considèrent moins dangereuse que le reste de la population. Le cadre de travail des professionnels, en intra-hospitalier ou en consultations ambulatoires par exemple, exercerait une influence sur la présence de préjugés. De plus, la croyance étiologique biologique de la maladie semble conduire à des attitudes plus négatives à son égard. Les seuls troubles de la santé mentale qui souffriraient davantage de préjugés que la schizophrénie seraient le trouble de la personnalité borderline et la toxicomanie (Valery & Prouteau, 2020). Cette stigmatisation n'est pas sans conséquences, d'autant plus lorsqu'on sait que 75 à 80% des personnes porteuses de schizophrénie sont touchées par la solitude (Badcock et al., 2015). Ce chiffre est 2,3 fois supérieur à celui de la population générale.

II) Schizophrénie et langage

1) Caractérisation clinique

1. Terminologie

Les notions de pensée, de langage, de parole et de communication sont inextricablement liées, et il existe de nombreux débats sur ce que recouvre le terme de « trouble de la pensée » initialement décrit par Kraepelin et Bleuler au début du XXe siècle. Ce terme est fréquemment utilisé en psychiatrie de façon descriptive pour désigner l'ensemble des altérations de la communication verbale chez les patients schizophrènes, et traduit d'une vision du langage oral comme un simple véhicule des pensées désorganisées. Cette vision a ses limites puisque la pensée ne peut être observée que par l'expression du langage, qu'il soit oral ou écrit, et il est impossible de déterminer avec certitude à quoi sont imputables les troubles que l'on observe.

D'autres termes sont privilégiés par certains auteurs tels que le « discours

désorganisé » (Nancy C. Andreasen, 1979) ou le « discours schizophrénique perturbé par la pensée » (McKenna et Oh, 2005). Même les noms des échelles fréquemment utilisées pour évaluer ces troubles reflètent l'ambiguïté autour de ces différentes notions et la difficulté à les distinguer : « l'échelle d'évaluation de la pensée, du langage et de la communication » (Nancy C. Andreasen, 1979) et le « *Thought and Language Index* » (TLI) (Liddle et al., 2002). Chaika se référait quant-à elle au terme « troubles de la parole » pour décrire ces symptômes, le justifiant par le fait que seul le langage est évaluable, pas la pensée (Chaika, 1982). Certains auteurs proposent plutôt que d'utiliser le terme de « troubles du langage », de parler de troubles « dans le langage » chez les patients avec schizophrénie, ce qui traduirait davantage de leurs difficultés dans la rencontre avec l'autre, s'exprimant à travers le langage (Guyard & Urien, 2006).

Pour rappel, le langage est la faculté à exprimer sa pensée et à communiquer au moyen de signes conventionnels constituant une langue, tandis que la communication désigne l'action de transmettre, de faire part d'une connaissance de quelque chose à quelqu'un (CNRTL; s.d.). Chez les patients avec schizophrénie, il semblerait que ces deux pans puissent être troublés : le langage-même est perturbé par les troubles lexicaux avec l'utilisation de néologismes par exemple, tandis que la communication est perturbée par la présence des divers troubles du discours et de la pragmatique (cf. II.2. Sémiologie).

Au vu de la difficulté à distinguer ces notions et la spécificité du regard orthophonique adopté, le parti sera pris ici de parler de troubles « du langage et de la communication ». En effet il est postulé que seul le discours peut être évalué, et bien qu'il puisse être le reflet de la pensée, celle-ci demeure au moins en partie inaccessible.

2. Classification des troubles

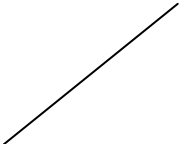
Il existe plusieurs façons de classer les troubles du langage et de la communication des personnes porteuses de schizophrénie. Tout comme les symptômes généraux de la pathologie, les difficultés de communication peuvent être distinguées en symptômes positifs et négatifs (cf. Annexe 2). Les symptômes positifs correspondent aux diverses manifestations d'un discours désorganisé, et les symptômes négatifs renvoient essentiellement à la diminution quantitative et qualitative du discours, aussi appelée alogie (Oltmanns et al., 1985).

Nous pouvons également distinguer les troubles selon qu'ils affectent le versant réceptif ou productif de la communication, ce qui informe sur les capacités d'expression et de compréhension du patient.

Le protocole MEC, protocole Montréal d'Evaluation de la Communication (Joannette et

al., 2004) est un outil francophone destiné à évaluer de façon approfondie les troubles de la communication verbale chez des patients cérébro-lésés droits, qui peut également être utilisé en clinique pour d'autres pathologies, et notamment la schizophrénie (Boucard & Laffy-Beaufils, 2008). En effet, l'expression clinique des difficultés de langage dans la schizophrénie peut s'apparenter aux déficits de communication des cérébro-lésés droits, certains auteurs l'expliquant par une latéralisation anormale du langage à droite chez ces patients (Mitchell & Crow, 2005). Pour cette raison et bien que les étiologies de ces troubles soient différentes, l'élaboration d'une classification des atteintes selon les catégories du protocole MEC semble pertinente, sur le même modèle que celui mis en place par Clermont dans son étude pour établir des profils d'atteinte de la communication des cérébro-lésés droits (Clermont et al., 2009). En s'appuyant sur les différentes catégories étudiées dans le protocole MEC (prosodique, lexico-sémantique, discursif, pragmatique) et en distinguant le versant productif et réceptif, la classification suivante est proposée.

Tableau 1. Classification des troubles en production et en réception, selon les catégories explorées dans le protocole MEC.

	Prosodie	Lexique/ Sémantique	Discours	Pragmatique
En production	- Discours emphatique - Dysprosodie, aprosodie - Prosodie inappropriée en lien avec la discordance affective	- Incohérence - Association par assonances - Néologisme - Approximation de mots - Persévération de mots - Echolalie	- Pauvreté du discours - Pauvreté du contenu du discours - Tangentialité - Déraillement - Pensée illogique - Distractibilité - Logorrhée - Discours circonlocutoire - Perte du but - Persévération d'idées ou de sujets - Barrage	- Discours autoréférentiel - Difficultés de prise en compte de l'interlocuteur (tour de parole, savoirs partagés, etc) - Difficultés de prise en compte du contexte de communication (conventions sociales, posture adaptée, etc)
En réception	- Difficultés de compréhension de la prosodie linguistique et émotionnelle		- Compréhension orale et écrite réduite	- Difficultés de compréhension des inférences et du langage non-littéral (métaphores, humour, ironie, expressions idiomatique, etc)

Pour réaliser ces classifications, les items de l'échelle d'évaluation *Thought and*

Language Communication (Nancy C. Andreasen, 1979), très utilisée en clinique, ont été empruntés et complétés par les autres troubles du langage et de la communication qui ont été mis en évidence dans la littérature : les troubles de la prosodie, les troubles de la pragmatique et les troubles se manifestant sur le versant réceptif, qui n'étaient pas pris en compte dans cette échelle.

Les difficultés recherchées au sein du protocole MEC pour les composantes discours et pragmatique du langage - qui sont les plus atteintes chez les patients porteurs de schizophrénie (Elite dos Santos et al., 2014) – ont été mises en parallèles avec la terminologie utilisée par Andreasen (Nancy C. Andreasen, 1979) et synthétisées au sein d'un tableau (cf. Annexe 3). La liste des difficultés les plus fréquemment présentées par ces patients a pu être obtenue grâce à un mémoire orthophonique ayant encadré la passation de ce protocole à 19 patients schizophrènes (Le Bar & Mahouet, 2011).

Il est important de noter que ces classifications sont essentiellement des descriptions cliniques. Certaines approches ont tenté de décrire avec plus de rigueur ces troubles, selon les propriétés statistiques du discours de ces patients (Zhang et al., 2016), les structures lexicales et syntaxicales (Hoffman & Sledge, 1988), et les structures du discours (Iter et al., 2018). Les techniques de neuro-imagerie ont également permis une meilleure compréhension de ces troubles, en mettant en avant des déficits fonctionnels et structurels spécifiques du réseau du langage (Cavelti et al., 2018).

3. Antécédents pré-morbides et dépistage

Au-delà de leurs manifestations symptomatiques, les troubles du langage et de la communication sont au cœur des enjeux de dépistage, de diagnostic et de pronostic fonctionnel de la maladie.

Il a été montré que les troubles du langage font partie des marqueurs permettant de déterminer si un sujet est à haut-risque de transition psychotique, et ce même à un stade précoce. Les analyses automatisées du langage permettent de prédire à hauteur de 80% le risque ultérieur d'un sujet à développer une psychose (Corcoran et al., 2018), en s'appuyant particulièrement sur les déficits de cohérence sémantique, une complexité syntaxique réduite et une moindre utilisation des pronoms possessifs dans le discours de ces patients. Ces perturbations s'observent à la fois dans les productions écrites (Gupta et al., 2018) et dans les productions orales (Corcoran et al., 2018) du sujet. L'altération du langage de ces patients à haut risque de transition psychotique se retrouve à l'imagerie, avec une activité neuronale accrue dans le réseau de régions cérébrales associées au langage, notamment le cortex

préfrontal médian bilatéral, le gyrus frontal inférieur gauche, le gyrus temporal moyen, ainsi que le cingulaire antérieur (Sabb et al., 2010).

Ces découvertes sont au cœur d'enjeux majeurs de dépistage et d'accompagnement précoce de la maladie. Cependant les difficultés de langage ne s'observent pas uniquement en phase prodromale, on les retrouve également dans la période prémorbide à la schizophrénie. En effet concernant les troubles du langage écrit, 70% des patients diagnostiqués schizophrènes remplissent les critères diagnostics d'un trouble spécifique de langage écrit (Revheim et al., 2014), et ces difficultés pourraient être en partie antérieures à l'apparition de la maladie. Une étude britannique s'est appuyée sur une cohorte d'environ 15 000 enfants qui avaient été évalués à la naissance et suivis à 7, 11 et 16 ans - pour examiner les différences prémorbides entre les patients schizophrènes et les témoins. À l'aide des dossiers nationaux d'admission en psychiatrie, ils ont identifié les individus qui avaient été hospitalisés pour schizophrénie, pour trouble affectif ou qui n'avaient jamais été hospitalisés, et ont comparé leurs résultats scolaires pendant l'enfance. Les individus qui ont ensuite développé une schizophrénie se sont avérés avoir des difficultés à lire des mots à l'âge de 7 ans et à comprendre des textes à l'âge de 11 et 16 ans, par rapport aux deux autres groupes (Crow et al., 1995). La nature et les mécanismes sous-jacents à ces difficultés de langage écrit semblent être similaires à ceux du trouble spécifique du langage écrit (Condray, 2005), ce qui pourrait s'expliquer par la nature neurodéveloppementale commune à la schizophrénie et à la dyslexie (Whitford et al., 2018).

Ainsi, les études mettent à la fois en évidence un lien potentiel entre la présence de troubles de la lecture durant l'enfance et un sur-risque de développer la schizophrénie, et plus tard un déclin des capacités de lecture en phase prodromale, qui pourrait être un des précurseurs de l'apparition de la maladie.

Concernant le langage oral, des troubles ont également été retrouvés dès l'enfance. Un retard de parole dans la petite enfance et des difficultés de prononciation à l'âge de 7 et 11 ans sont plus fréquents chez les enfants qui développeront une schizophrénie que chez les témoins (Crow et al., 1995). Une inintelligibilité à l'âge de 7 ans a également été significativement associée au développement ultérieur d'une schizophrénie (Bearden et al., 2000), et des performances de langage plus faibles à l'âge de 5 et 14 ans ont été associées à une psychose ultérieure chez les garçons (Welham et al., 2010).

Ces données ne signifient pas qu'un trouble du langage écrit ou oral dans l'enfance doit automatiquement alerter sur le développement ultérieur d'une psychose puisque la grande majorité de ces patients ne sera pas concernée par cette pathologie. Cependant les

orthophonistes, en tant que professionnels du langage et de la communication devraient être en mesure d'être vigilants à certaines situations à risques, notamment lorsqu'un patient présente d'autres facteurs de risque, comme la présence d'un parent porteur de psychose par exemple. Certains professionnels, notamment en exercice libéral, accompagnent leur patient jusqu'à l'adolescence, et ils devraient être vigilants aux manifestations prodromales de la schizophrénie et particulièrement les marqueurs linguistiques spécifiques qui y sont associés. De plus, les orthophonistes pourraient être amenés à utiliser leurs compétences spécifiques pour participer au dépistage et à la détection des sujets à haut risque de transition psychotique.

2) Sémiologie

Les troubles du langage observés chez les patients schizophrènes sont au carrefour entre leurs capacités linguistiques, cognitives et sociales. Leur expression peut-être discrète en comparaison à des personnes aphasiques par exemple, mais ils constituent pour autant un vrai handicap dans la communication avec des répercussions concrètes dans la vie des patients. Les troubles sont partiellement liés à l'état du patient et à son suivi d'un traitement médicamenteux. Un traitement antipsychotique réduit les troubles du langage et de la communication tels que mesurés par le Thought Disorder Index (TDI) et notamment les symptômes positifs les plus sévères, mais des troubles persistent souvent sous des formes résiduelles, pendant les phases aiguës mais également les phases de rémission (Hurt et al., 1983). Les symptômes langagiers négatifs ont en particulier tendance à être résistants au traitement (Ucok et al., 2021).

1. En réception

Prosodie

Les patients schizophrènes présentent des difficultés de compréhension prosodiques concernant à la fois la prosodie affective et la prosodie linguistique, mais ces difficultés sont plus importantes pour la prosodie affective (Caletti et al., 2018). Celle-ci renvoie aux variations de la voix permettant de transmettre une émotion en lien avec le discours. La prosodie linguistique informe quant-à elle sur le contenu linguistique, comme le caractère interrogatif d'une phrase ou l'accentuation de certains mots pour favoriser la compréhension. Les capacités de compréhension de la prosodie sont reconnues comme nécessaires au bien-être social et à l'intégration des individus (Carton et al., 1999).

Discours

La compréhension du discours est davantage chutée chez les patients schizophrènes comparés à des groupes contrôles (Bagner et al., 2003). Il semblerait que ces difficultés soient en lien avec un déficit de la mémoire de travail, qui est fréquent parmi les troubles cognitifs

présents dans la maladie. Cela expliquerait que la compréhension lexicale chez ces patients ne semble quant-à elle pas atteinte (Tan et al., 2016).

Pragmatique

La pragmatique est l'un des domaines les plus troublés chez les patients schizophrènes. En réception, cela se manifeste par des difficultés majeures dans la compréhension du langage figuré : les métaphores (Rossetti et al., 2018), les proverbes (Haas et al., 2014), les expressions idiomatiques ou encore l'ironie (Saban-Bezalel & Mashal, 2017). Globalement, les patients peuvent avoir tendance à négliger le sens figuré et à accepter des interprétations littérales. Ces difficultés sont parfois désignées sous le terme « concrétude ».

2. En production

Prosodie

Les troubles touchant la prosodie affective en production se traduisent par des difficultés à exprimer un contenu émotionnel par des variations adaptées de la voix. Les patients schizophrènes ont des résultats significativement chutés dans l'expression d'une prosodie affective adaptée comme l'a mis en avant une méta-analyse sur le sujet (Hoekert et al., 2007), et cela concerne aussi bien le langage spontané que la répétition (Leentjens et al., 1998). Les études qui se sont intéressées aux capacités de prosodie linguistique en expression sont rares, et il semblerait que la population schizophrène n'ait pas montré de difficultés dans ce domaine, tel qu'évalué par une épreuve d'accentuation de mots dans une phrase (Oltmanns et al., 1985).

Lexico-sémantique

Sur le plan lexico-sémantique, les patients peuvent produire des approximations de mots, c'est-à-dire utiliser des mots existants de façon inadaptée (« réflecteur » pour « miroir » par exemple ; Radanovic et al., 2013) qui peuvent aller jusqu'au néologisme. Dans les formes les plus sévères, des incohérences sont retrouvées, aussi appelées schizophasie ou « salade de mots ». Elles constituent des enchaînements illogiques de mots ou de phrases pouvant s'apparenter aux manifestations d'aphasies fluentes : « *Oh, c'était [la vie à l'hôpital] superbe, vous savez, les trains se brisaient, et l'étang tombait dans le cadre de la porte* » (McKenna & Oh, 2005).

Discursif

Les capacités discursives peuvent être analysées à travers la capacité à transmettre un récit porteur de cohésion et de cohérence. Ces deux éléments, théorisés par Michel Charolles, sont atteints chez les patients avec schizophrénie, ce qui se traduit par une difficulté à transmettre un discours facilement compréhensible pour les interlocuteurs.

La cohésion renvoie à l'emploi de marqueurs, ou connexions structurales, qui donnent au récit sa continuité (Charolles, 1995). Dans les productions de patients, sont relevés moins de liens de cohésion que les groupes contrôles, un manque de clarté lorsqu'ils discutent avec d'autres personnes, une utilisation réduite de mots et une cohésion profonde troublée : moins de liens nécessaires pour la compréhension du discours sont produits ainsi que peu d'indices pour aider les interlocuteurs à suivre le fil de leurs pensées (Willits et al., 2018).

Les analyses automatisées du langage des patients schizophrènes ont mis en évidence plusieurs spécificités dans leur discours : une utilisation accrue des pronoms et notamment celui de la première personne du singulier, mais une utilisation par ailleurs réduite d'adverbes, d'adjectifs et de déterminants. On constate davantage de mots incomplets et une tendance à la tangentialité, c'est-à-dire à produire des réponses indirectes ou inappropriées aux questions (Tang et al., 2021). Un discours peut être qualifié de cohérent si l'on peut produire des inférences portant conjointement sur son contenu, la situation dans laquelle il est produit et les connaissances préalables des sujets, et que l'intersection de ces différents éléments amène un tout logique et compréhensible (Charolles, 1995). La cohérence du discours est donc étroitement liée aux capacités pragmatiques qui visent à prendre en compte son interlocuteur ainsi que le contexte de l'échange dans son ensemble.

Pragmatique

Linscott (2005), par la passation du *Profil of Functional Impairment of Communication* (PFIC, Linscott et al., 1996) a mis en évidence un indice plus élevé de déficience pragmatique chez les sujets atteints de schizophrénie que chez les témoins, en mesurant dans quelle mesure les actes de communication étaient appropriés (comme la cohérence avec le sujet de la conversation), l'informativité (fournir ni trop, ni trop peu d'informations), les besoins qualitatifs (être clair et concis) et la qualité de la communication non-verbale (être expressif pour engager son auditeur). En conversation, les personnes schizophrènes ont plus de difficultés que les patients dépressifs ou bipolaires à intégrer des informations contextuelles qui soient adaptées aux connaissances préalables de leur interlocuteur (Nadine Bazin et al., 2005).

En utilisant l'ABaCo, *Assesment Battery for Communication*, Colle et ses collaborateurs (2013) ont montré que les patients schizophrènes avaient des difficultés plus marquées à produire un acte de parole dans un contexte formel comparé à des contextes informels (avec des amis ou de la famille par exemple). Cela est lié aux compétences nécessaires dans les contextes formels pour appréhender les spécificités du partenaire de conversation et inférer de façon appropriée comment s'adresser à lui selon la situation. Les

auteurs ont également mis en évidence que les patients schizophrènes étaient moins précis quant-à la gestion du sujet de la conversation et des tours de parole.

Un protocole d'évaluation des capacités pragmatiques chez 43 patients schizophrènes (Meilijson et al., 2004) a également montré que 63% d'entre eux présentaient des difficultés dans la gestion d'un sujet de conversation (sélection, introduction, maintien et changement), 20% d'entre eux présentaient des difficultés dans les tours de rôle et 27% dans l'adoption d'un langage non-verbal approprié. Parmi ces derniers, les principales difficultés rencontrées étaient l'adoption d'une expression faciale, d'une posture corporelle et de gestes adaptés.

Que ce soit en compréhension ou en expression, la composante pragmatique du langage est donc particulièrement touchée chez ces patients et concerne tous ses versants. Or, ces capacités sont corrélées à la qualité de vie des individus (Agostoni et al., 2021).

3) Modèles explicatifs

Pour expliquer ces troubles, plusieurs modèles existent sans qu'un consensus n'ait pour l'heure été établi. Dans la littérature, une atteinte des fonctions exécutives, de la théorie de l'esprit et de la mémoire sémantique sont les éléments les plus souvent abordés comme facteurs explicatifs de ces troubles.

En 2002, une méta-analyse a mis en évidence une association entre l'altération des fonctions exécutives et la présence de « troubles du cours de la pensée » chez les patients (Kerns & Berenbaum, 2002). Plus tard, la co-occurrence d'un syndrome dysexécutif et de difficultés pragmatiques est encore montrée, mais aucun lien de corrélation entre les deux n'est mis en évidence (Champagne-Lavau & Stip, 2010) . Une atteinte de la théorie de l'esprit semble alors être un meilleur facteur explicatif de ces troubles. En 2016, Bambini et al ont montré que la co-occurrence de troubles de la pragmatique avec des déficits cognitifs ou socio-cognitifs ne concernait que 30% des cas, un chiffre trop faible pour pouvoir constituer un réel facteur explicatif. L'hypothèse avancée par les auteurs est que les troubles de la pragmatique, plutôt que d'être secondaires aux troubles cognitifs des patients comme cela a longtemps été avancé, seraient en fait une des caractéristiques principales primaires de la maladie puisqu'ils touchent 77% des patients, et devraient être pris en compte au cœur du diagnostic et de l'évaluation des troubles des patients schizophrènes (Bambini et al., 2016).

Le rôle exact de la théorie de l'esprit demeure incertain : Li et ses collaborateurs ont avancé qu'un déficit de la théorie de l'esprit et de l'inhibition expliquerait les difficultés de production et de compréhension de l'ironie (Li et al., 2017), mais des études ultérieures ont obtenu des résultats contradictoires, n'établissant aucun lien entre la théorie de l'esprit et les

capacités à comprendre et produire de l'ironie (Bosco et al., 2019).

Bosco et ses collaborateurs ont avancé que la théorie de l'esprit et l'inhibition pouvaient seulement être mis en lien avec la compréhension et l'expression du mensonge, et l'expression d'actes de communication sincères. Plus que par la théorie de l'esprit, les capacités pragmatiques seraient déterminées par la capacité à réaliser des inférences, dans la mesure où celles-ci ne font pas nécessairement appel à la théorie de l'esprit (Bosco et al., 2019).

En 2020, une étude s'est fixée comme objectif de démêler ces différentes hypothèses par l'utilisation de l'apprentissage automatique par machines (Parola et al., 2020). Le classificateur à réseau bayésien utilisé a réussi à distinguer correctement les sujets atteints de schizophrénie des sujets contrôles uniquement sur la base des performances aux tests des capacités pragmatiques. Aucun lien n'a été établi entre les fonctions exécutives, la théorie de l'esprit et les capacités pragmatiques, confirmant que ces trois domaines semblent être distincts et indépendants les uns des autres, présentant bien des co-occurrences mais sans que des relations stables entre eux n'aient émergé. Ces résultats vont dans le sens de la théorie de Babini selon laquelle le déficit pragmatique pourrait être considéré comme une caractéristique fondamentale de la maladie, ce qui ouvre de nombreuses perspectives quant à l'évaluation et la réhabilitation de ces patients.

Une autre théorie influente pour expliquer les troubles du langage et de la communication dans la schizophrénie, et notamment les troubles lexico-sémantiques, est l'atteinte du fonctionnement de la mémoire sémantique. Une des pistes explicatives, renforcée par une méta-analyse sur le sujet (Pomarol-Clotet et al., 2008), est que l'amorçage sémantique – c'est-à-dire la signification d'un mot rendue plus accessible grâce à la présentation antérieure d'un autre mot sémantiquement proche – est accru chez les patients schizophrènes ayant un trouble du langage et de la communication. Ainsi, le mot-stimulus se propage plus rapidement et atteint des points plus éloignés dans le réseau sémantique, ce qui expliquerait le relâchement des associations constaté dans le discours des patients et induisant des approximations de mots et des liens sémantiques plus « lâches ». Face à une demande de production d'un mot tel que " *bank*" (=banque, l'institution financière), le patient serait incapable d'inhiber les associations sémantiques avec " *bank*" (=la berge d'une rivière) et un flux de mots liés à ces deux significations serait déclenché, l'individu étant incapable d'exercer un contrôle adéquat sur sa production. Les difficultés d'accès au lexique expliqueraient également les incohérences et les approximations de mots qui peuvent aller jusqu'aux néologismes (Radanovic et al., 2013).

III) Schizophrénie et orthophonie

1) Pertinence d'une prise en soin orthophonique

1. Cadre législatif

A l'heure actuelle, la prise en soin des troubles du langage et de la communication pour les personnes porteuses de maladies psychiques n'a pas de vraie place dans la nomenclature des actes en orthophonie en France. En effet, uniquement les pathologies suivantes peuvent entrer dans le cadre d'un bilan de la communication et du langage : handicap moteur, handicap sensoriel et/ou déficiences intellectuelles, paralysies cérébrales, troubles du spectre de l'autisme, maladies génétiques et surdité. Le bilan orthophonique des personnes avec schizophrénie pourrait cependant entrer dans le cadre de l'acte « bilan de la communication et du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition de la communication et du langage écrit », qui ne précise pas de pathologie associée.

En ce qui concerne la rééducation, celle-ci pourrait entrer dans le cadre de l'acte « Rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral », ne pouvant pas entrer dans « Rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neurologiques d'origine vasculaire, tumorale ou post-traumatique » (Fédération Nationale des Orthophonistes, 2019)

2. Efficacité de l'intervention orthophonique

Une revue systématique de la littérature encadrée par une orthophoniste canadienne a étudié les résultats de 18 études ayant mis en place une rééducation orthophonique à un total de 326 patients porteurs de schizophrénie (Joyal et al., 2016).

Les approches thérapeutiques utilisées étaient variées : 5 études ont utilisé le conditionnement opérant, 3 ont ciblé les compétences métacognitives, 3 ont utilisé la remédiation cognitive et les 7 dernières études ont utilisé d'autres approches diverses.

Sur les 12 études qui ont ciblé la pragmatique et les compétences discursives chez ces patients, 11 d'entre elles ont montré une amélioration de ces capacités pour au moins une partie des participants. Parmi les 5 études qui ont effectué un entretien de suivi dans le temps, toutes ont montré une amélioration qui se maintenait dans le temps, entre 2 mois à 2 ans après la thérapie. Les études qui ont ciblé les troubles de la communication de façon non-spécifique n'ont pas mené à des changements significatifs, indiquant ainsi que les compétences telles que la dénomination, la répétition et la compréhension verbale ne sont pas assez déficitaires pour

faire l'objet de thérapies spécifiques. En terme de durée et de fréquence des séances, il semble que celles ayant donné le plus d'améliorations étaient les plus courtes et les plus fréquentes, ce qui fait sens au vu des connaissances actuelles sur les bénéfices des approches intensives.

Les études utilisant le conditionnement opérant et l'entraînement à la métacognition ont toutes mené à une amélioration significative des compétences pragmatiques et discursives. Celles utilisant la remédiation cognitive ne permettent pas pour l'heure de conclure que cette approche conduit à une amélioration du langage et de la communication, et les résultats concernant la cognition sociale sont variables. Il semblerait que les résultats de la remédiation cognitive varient selon l'objectif visé. Les remédiations visant spécifiquement la pragmatique pourraient donner de meilleurs résultats que celles visant les fonctions exécutives dans leur ensemble. Il n'est pas non plus possible de tirer des conclusions fiables des études ayant utilisé d'autres approches. Enfin, il n'y a pas de différence significative des résultats selon le mode des séances, individuelles ou en groupe.

Les différentes études analysées dans cette revue de la littérature sont portées par des domaines scientifiques externes à l'orthophonie, comme la psychologie (études utilisant le conditionnement opérant) ou la neuropsychologie (études utilisant la remédiation cognitive). Cela s'explique par le fait que les études scientifiques rigoureuses sont rares en orthophonie, une profession encore jeune dont la recherche est encore au stade émergent, même si elle se développe largement depuis ces dernières années. On bénéficierait pourtant grandement à étudier les effets d'une rééducation des compétences pragmatiques et discursives à travers le prisme spécifique à ce domaine d'étude. L'orthophonie pourrait également contribuer à la création de tests de langage et de communication qui soient standardisés à une population de patients atteints de schizophrénie.

3. Recommandations actuelles, en France et à l'étranger

Peu d'instances font pour l'heure mention de l'orthophonie dans les recommandations de bonnes pratiques pour l'accompagnement de la schizophrénie.

Le programme d'action « Comblent les lacunes en santé mentale » lancé par l'OMS en 2008 a publié en 2010 un guide d'intervention pour les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives (mhGAP-GI), qui a été réactualisé en 2016 (Organisation Mondiale de la Santé, 2016). Celui-ci énonce les lignes directrices à adopter en terme de santé mentale. S'il mentionne les interventions psycho-sociales, ne sont cités que la psycho-éducation, la réduction du stress, le renforcement du soutien social et l'encouragement à la réalisation d'activités quotidiennes. L'éducation thérapeutique et la remédiation cognitive

ne sont pas citées une seule fois dans ce document de 158 pages et l'orthophonie n'en fait pas non plus partie, bien que soit mentionnée la participation à des formations aux compétences sociales, groupes pouvant être encadrés par des orthophonistes.

Dans la même lignée en France, la Haute Autorité de Santé a publié un guide traitant de la schizophrénie (Haute Autorité de Santé, 2007). Plusieurs professionnels de santé sont cités comme pouvant intervenir auprès des patients comme les psychomotriciens, les ergothérapeutes, les assistants sociaux et les diététiciens, mais il n'est pas fait mention des orthophonistes.

Le site Centre Ressource de Réhabilitation Sociale, partenaire de l'association francophone de remédiation cognitive (AFRC), a publié un article sur l'évaluation nécessaire à toute réhabilitation psycho-sociale. Le bilan orthophonique est cité dans les évaluations pouvant être proposées de façon complémentaire (Centre Ressource Réhabilitation).

Au Royaume-Unis, la légitimité de l'intervention orthophonique semble plus établie. Le *National Institute for Health and Excellence* (NICE) est un organisme dépendant du ministère de la santé qui publie régulièrement des lignes directrices concernant les pratiques cliniques. Il énonce que les équipes multidisciplinaires accompagnant les patients avec psychose devraient être en lien avec des orthophonistes. Ce guide appelle également à la vigilance quant à la prévalence plus élevée de troubles du langage et de la communication chez ces patients. Il est dit que « L'intervention d'un orthophoniste serait nécessaire pour répondre aux besoins supplémentaires de communication de ce groupe » (National Institute for Care and Excellence, 2020). Le syndicat britannique des orthophonistes publie régulièrement sur les troubles de la santé mentale et leur place dans le champ de compétence des orthophonistes, à travers des brochures d'information (Royal College of Speech and Language Therapists, 2020), des articles variés, des vidéos (Bradford District Care NHS Foundation Trust, 2011) et des recommandations cliniques (Royal College of Speech and Language Therapists, 2005) qui contiennent une section complète dédiée à l'accompagnement des maladies de santé mentale chez l'adulte, et les approches à adopter quant à leur évaluation et leur prise en soin en orthophonie.

Aux Etats-Unis, un guide de recommandations similaire publié par l'*American Speech Language Hearing Association* (ASHA) fait mention des maladies psychiatriques, dont la schizophrénie, parmi les étiologies potentielles de troubles de la communication et de la déglutition pour lesquelles peuvent intervenir les orthophonistes (American Speech-Language-Hearing Association, 2015).

2) Moyens de la prise en soin orthophonique

1. Le bilan orthophonique

La passation d'un bilan orthophonique est un préalable nécessaire à tout suivi afin de réaliser un état des lieux complet des difficultés et des compétences préservées du patient. Certaines échelles peuvent être utilisées pour dresser un premier bilan des difficultés de langage et de communication, la plus connue étant la *Thought and Language Communication scale* (échelle d'évaluation de la pensée, du langage et de la communication; Andreasen, 1986), qui a été traduite en français (N. Bazin et al., 2002). Celle-ci est constituée d'une liste de troubles du langage et de la communication tels que mis en évidence par Andresaen, à côter de 1 à 4 selon leur sévérité à partir du discours spontané du patient. Ce type d'échelle, bien que pouvant être informatif en guise de screening des capacités en production du patient, se révèle souvent insuffisant pour évaluer exhaustivement les difficultés de langage et de communication. En effet, les difficultés de compréhension et l'aspect pragmatique du langage ne sont pas évalués, ce qui constitue pourtant une part majeure des difficultés présentées par les patients, et celles qui sont les plus handicapantes au quotidien.

Le protocole Montréal d'Evaluation de la Communication (Protocole MEC; Joannette et al., 2004) est une batterie visant l'évaluation des compétences pragmatiques et discursives : la conscience des troubles, l'interprétation de métaphores, le discours conversationnel, l'évocation lexicale libre, le jugement sémantique, le discours narratif et l'interprétation d'actes de langage. C'est un outil reconnu dans l'évaluation fine de ces troubles et il a été testé à plusieurs reprises sur une population avec schizophrénie (Champagne-Lavau & Stip, 2010; Elite dos Santos et al., 2014; Le Bar & Mahouet, 2011; Scoffoni & Voiron, 2010). Cette batterie a été intégrée au sein du Protocole informatisé francophone Montréal d'Évaluation du Langage (i-MEL fr) qui l'a informatisée, réactualisée et re-normalisée (Deleuze & Ferré, 2021).

Cet outil peut être complété au besoin par d'autres tests, selon les difficultés que semble présenter le patient et les observations de l'orthophoniste durant l'entretien et le bilan. Les troubles lexicaux pourront être évalués à travers des épreuves classiques telles que la DO 80 (Deloche & Hannequin, 1997) ou la Batterie d'Evaluation des Troubles Lexicaux (Tran & Godefroy, 2011). L'interview dirigée de la batterie d'examen linguistique de l'aphasie Montréal—Toulouse 86 (Nespoulous et al., 2015), le test de gestion de l'implicite (Duchene May-Carle, 2000), l'adaptation française du *Test of Language Competence-Expanded Edition* (Borrel et al., 1993), le récit en images et les items de compréhension orale ou écrite du

Boston Aphasia Diagnostic Examination (Mazaux & Orgogozo, 1982) ou encore l'épreuve de narration orale du Petit Chaperon Rouge (Lhermitte, 1999) sont également des tests pouvant être pertinents dans l'évaluation des troubles de la pragmatique et du discours chez les patients schizophrènes (Boucard & Laffy-Beaufils, 2008). La Batterie de Cognition Sociale (Henry et al., 2011) ou le TOM-15 (Desgranges et al., 2012) peuvent également être utilisés pour évaluer la cognition sociale.

2. La rééducation orthophonique

Nous avons vu que les études faites sur la rééducation orthophonique tendaient à montrer l'efficacité d'un travail sur la pragmatique et le discours, mais aucune étude n'a pour l'heure mis en évidence une approche thérapeutique à privilégier plus qu'une autre dans la prise en soin des patients avec schizophrénie (*cf partie III.1.2.*). Le travail des compétences pragmatiques et discursives font partie du champ de compétence des orthophonistes, qui sont habilités à effectuer ce type de rééducation. Dans une approche spécifiquement orthophonique, ce travail pourra ainsi passer par :

- L'intégration et l'accompagnement des interlocuteurs principaux du patient : cela peut passer par une psychoéducation aux membres de l'entourage pour qu'ils comprennent la nature des difficultés et leurs manifestations, afin de les aider à comprendre les troubles comme étant une expression de la maladie. L'orthophoniste pourra aussi observer des échanges patient-proche dans un cadre écologique afin d'analyser les ajustements mis en place par l'entourage et leur pertinence, et réfléchir ensemble à des ajustements efficaces qui pourraient être adoptés pour optimiser la communication.
- La prise de conscience des troubles : Mise en place d'un travail métacognitif pour aider le patient à observer et mettre un nom sur les difficultés rencontrées, identifier les points à améliorer dans la conversation, des séquences de communication pourront être visionnées et analysées à posteriori. La métacognition est une composante essentielle à la rééducation de ces troubles qui s'est montrée efficace au cours de plusieurs protocoles (Hoffman & Satel, 1993; Kramer et al., 2001; Ryu et al., 2006).
- Une approche fonctionnelle et écologique : En s'inspirant des fondements de l'approche *Rehabilitation for Everyday Adaptive Living* (Ponsford et al., 1995) initialement créée pour les patients traumatisés crâniens, l'orthophoniste pourra travailler au plus près des difficultés du patient par la mise en scène de situations de communication fréquentes et difficiles pour le patient, avec une graduation de la difficulté (thérapeute de moins en moins aidant dans l'échange), en ayant recours à

l'utilisation de la vidéo ou encore à travers des échanges permettant d'expliciter les règles conversationnelles.

- Travail spécifique des difficultés mises en avant par le bilan : Travail sur le sens propre / sens figuré, travail du discours (par la restitution de textes ou de vidéos, avec ou sans difficultés supplémentaires imposées), travail sur les inférences (explication de ce que c'est, quand on en utilise, réussir à les expliciter...), travail sur les proverbes et les expressions idiomatiques, compréhension et production de l'humour, de l'ironie ou du sarcasme (appui sur des sketches, pub télévisuelles...), travail sur la prise en compte de l'interlocuteur (mise en scène de faux débats, tours de parole symbolisés par un bâton...) ou encore de la prosodie émotionnelle (intonations à produire à partir d'émotions tirées au hasard...).

Le travail orthophonique pourra couvrir de larges domaines, les compétences pragmatiques pouvant affecter des pans très variés du quotidien des patients. Les professionnels veilleront à suivre quelques principes de base, comme le fait d'explicitier systématiquement les inférences dans les échanges spontanés s'il y a le moindre doute que le patient ne les a pas compris, et en ne présumant jamais de cela. L'orthophoniste s'appuiera autant que possible sur des situations rencontrées par le patient, les séances pourront prendre comme point de départ les difficultés rapportées par celui-ci au cours de la semaine par exemple, cela permettant de travailler au plus proche de la plainte du patient. Le conditionnement opérant s'étant montré efficace dans la rééducation de ces troubles (Joyal et al., 2016) ses principes pourront être utilisés en valorisant systématiquement les réussites du patient et en ignorant ses erreurs.

Ces séances peuvent être individuelles ou groupales. Le groupe présente l'intérêt de permettre des mises en situation directes entre les participants, et les interactions qu'il crée peuvent être plus naturelles et proches du quotidien que celles entre professionnel et patient. Cependant cela nécessite de pouvoir constituer un groupe relativement homogène en terme des difficultés rencontrées par les patients, ou s'il est hétérogène les problématiques présentées devraient pouvoir être complémentaires afin de tirer bénéfice de la situation de groupe. La pragmatique présentant beaucoup de convergences avec la cognition sociale et la théorie de l'esprit, ces groupes pourraient être réfléchis et encadrés conjointement avec des psychologues ou neuropsychologues. Cela permettrait de bénéficier de la richesse apportée par un regard multidisciplinaire. L'entrée en relation avec l'autre est souvent difficile pour les personnes avec schizophrénie, et le groupe ne pourra pas être proposé en première intention à certains patients pour qui la situation de groupe serait trop éprouvante. Les séances

individuelles pourraient alors servir de palier intermédiaire au sein duquel la communication duelle est travaillée et consolidée avant d'envisager un travail à plusieurs.

Dans une approche plus ancrée dans la neuropsychologie, l'orthophoniste a toute sa place dans la mise en place et l'accompagnement des programmes de remédiation cognitive en tant que professionnel de santé rééducateur. Ces programmes visent la rééducation des fonctions cognitives altérées, et principalement des fonctions exécutives, et leur utilisation auprès de patients présentant des troubles du langage et de la communication repose sur le postulat que ces derniers sont secondaires aux déficits exécutifs, l'amélioration des fonctions exécutives conduirait ainsi à l'amélioration des capacités de langage et de communication, même si la littérature ne permet pas pour l'heure de confirmer cette hypothèse.

Ces dernières années, un outil de remédiation cognitive visant spécifiquement la rééducation des capacités pragmatiques et communicationnelles a été créé, le *Cognitive Pragmatic Treatment* (CPT), initialement à destination des patients ayant subi un traumatisme crânien et pour qui il s'est montré efficace (Gabbatore et al., 2015). Une étude ultérieure menée par les mêmes chercheurs a testé ce programme sur une population d'adultes avec schizophrénie. Celle-ci a mené à une amélioration significative des performances des patients autant en production qu'en compréhension et dans toutes les modalités de communication (Bosco et al., 2016). Ces améliorations se sont maintenues jusqu'aux tests de suivis à 3 mois. Ces résultats sont encourageants, d'autant plus que le contenu du programme est très proche de ce qui peut être proposé dans le cadre d'une rééducation orthophonique : appui sur des situations réelles rencontrées par le patient, travail sur l'interprétation du langage non-littéral et des inférences, sur l'identification des intentions de communication, prise en compte des informations contextuelles, travail de la prosodie émotionnelle et utilisation de l'outil vidéo.

3) Connaissances et représentations actuelles au sein de la profession

Peu de mémoires en orthophonie se sont intéressés à la schizophrénie et ses liens avec la pratique orthophonique. La question des représentations de la maladie et de sa prise en soin chez les orthophonistes et futurs orthophonistes a cependant été abordée. Il semblerait que les étudiants en orthophonie présentent un intérêt relativement neutre pour la prise en charge des troubles psychiatriques chez l'adulte (Leboulz, 2021). Plus d'un quart des étudiants disent ne pas se sentir à l'aise face à un patient avec un diagnostic de schizophrénie, la raison principale de cette gêne était la peur de réactions dangereuses et/ou imprévisibles pour 81,6% d'entre eux, montrant ainsi qu'il existe une proportion importante de préjugés stigmatisants chez les futurs orthophonistes. Près de la moitié des étudiants sondés considèrent qu'ils n'ont pas du tout assez de connaissance au sujet de ce type de prises en soin, la raison majoritaire évoquée

étant le manque de connaissances personnelles sur les prises en soin orthophoniques en psychiatrie adulte en général. En effet, si la schizophrénie est présentée au sein de l'unité d'enseignement 2.6 « Psychiatrie de l'adulte et de l'enfant » des étudiants en orthophonie, cette présentation est succincte et a essentiellement valeur de contribution à une culture médicale générale, sans qu'aucun lien ne soit établi avec la pratique orthophonique et les accompagnements qui peuvent être proposés. Or, il a été montré que le fait de se sentir à l'aise avec ces patients était significativement dépendant avec les connaissances du sujet sur ce type de prises en soin et le fait d'avoir déjà rencontré des patients avec un diagnostic de maladie mentale (Leboulz, 2021).

En ce qui concerne les professionnels diplômés en exercice, 20% d'entre eux indiquent avoir déjà évalué ou pris en soin des patients avec un trouble psychotique, et cela concerne moins de 5 patients pour près de 75% d'entre eux (Mollon, 2020). La majorité des orthophonistes ayant déjà effectué ce type de prises en soin exerçaient en libéral (76%), et les axes thérapeutiques principaux étaient le fonctionnement cognitif global, la pragmatique en production et en réception et l'intelligibilité de la parole.

PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

Les troubles du langage et de la communication sont fréquents et nombreux chez les patients avec schizophrénie, et cela impacte fortement leur qualité de vie, constituant un handicap dans leur parcours de réhabilitation psycho-sociale.

Les orthophonistes possèdent des compétences et des outils d'évaluation et de rééducation spécifiques aux troubles présentés qui leur permettraient de prendre en soin ces patients. Il existe cependant un manque de formation dans le parcours des étudiants en orthophonie quant-aux spécificités de la prise en soin des patients présentant une psychose, et si les données actuelles de la recherche en orthophonie sont encourageantes, celle-ci manque encore de données suffisantes pour appuyer les moyens et outils à privilégier dans ces accompagnements afin d'appliquer une pratique fondée sur des données probantes. Cependant, la pratique clinique précède généralement les apports de la littérature scientifique, d'autant plus dans cette profession relativement jeune en comparaison à d'autres, et celle-ci reste à encourager au vu des besoins.

Pourquoi la pratique orthophonique en psychiatrie adulte est-elle si peu fréquente malgré un besoin important chez les patients atteints de schizophrénie ?

Nous présumons de plusieurs facteurs interdépendants qui contribuent à ce constat :

- Le manque de formation chez les étudiants en orthophonie,
- Le manque d'information présumé des autres professions de santé (dont les médecins prescripteurs) sur le rôle et l'intérêt de l'orthophonie en psychiatrie adulte,
- La quantité réduite de postes, et donc d'orthophonistes en structure de psychiatrie adulte, faisant obstacle à la mise en place de relais ultérieurs par les orthophonistes exerçant en libéral.

Cette question peut donc être abordée sous différents angles. Nous faisons ici le choix de traiter du problème du manque d'information présumé des autres professions de santé quant aux possibilités de l'orthophonie en psychiatrie adulte. En effet, nous pensons que ce manque d'information, s'il est vérifié, pourrait expliquer le peu de prescriptions de bilans orthophoniques faites pour les patients avec schizophrénie. Une transmission d'informations à ce sujet pourrait donc influencer sur l'intérêt porté à la pratique orthophonique en psychiatrie adulte, et donc sur les orientations en orthophonie de patients concernés. Nous pouvons aussi présumer qu'un regain de ces demandes pourrait faire naître chez les orthophonistes un désir de se former davantage sur les maladies mentales et leur prise en soin.

Nous formulons deux hypothèses principales :

- H1 : Une partie importante des professionnels de santé travaillant en psychiatrie adulte ignorent les possibilités de l'orthophonie auprès des patients avec schizophrénie.
- H2 : Un livret d'information est un outil efficace pour informer les professionnels de santé exerçant en structure de psychiatrie adulte quant au rôle de l'orthophonie auprès des patients avec schizophrénie.

Nous émettons en parallèle une hypothèse subsidiaire portant sur la démographie: il existe peu d'orthophonistes travaillant dans une structure de psychiatrie adulte.

METHODE

I) Elaboration du livret

1) Réflexions préliminaires

Pour répondre à ces hypothèses, un livret d'information est réalisé ayant pour but d'informer les professionnels de santé travaillant en psychiatrie adulte de l'intérêt de l'intervention orthophonique auprès des patients avec schizophrénie (cf. Annexe 4). Un questionnaire est réalisé en parallèle, ayant pour but de mesurer la prise d'information des lecteurs suite à la lecture de cet outil, ainsi que sa pertinence. Ce questionnaire permettra également de déterminer le niveau de connaissance préalable de ces professionnels sur

l'orthophonie auprès des patients avec schizophrénie.

2) Choix du livret d'information et du public visé

Le média écrit est préféré ici pour plusieurs raisons. La population ciblée par cette information est constituée de professionnels de santé, dont on peut présumer assez assurément qu'ils disposent de compétences en littératie satisfaisantes. Le format écrit est aussi le plus approprié puisque l'objectif est d'approfondir ce qui a déjà été fait précédemment par le moyen d'une brochure : le livret offre la liberté, par son format, d'être plus exhaustif et d'approfondir les sujets qu'il vise à présenter. Différents troubles du langage et de la communication y seront présentés, le livret pourra alors constituer un outil que les professionnels pourront avoir sous la main, à la différence du média vidéo par exemple, pour s'y référer au besoin s'ils souhaitent comprendre plus en détail les difficultés présentées par un patient ou encore employer un vocabulaire descriptif approprié.

Le choix de créer un livret d'information sous forme numérique est fait car ce format apparaît comme le plus simple à diffuser, notamment dans la mesure où celui-ci doit être envoyé au sein du questionnaire évaluant son efficacité. Il paraît ainsi trop complexe de joindre une brochure au format papier à un questionnaire numérique. La mise en lien du livret sous format numérique au milieu du questionnaire permet également de contrôler que les sujets lisent le livret d'information au moment adéquat, après avoir répondu à l'évaluation des connaissances préalables afin que les mesures ne soient pas faussées.

Une version imprimable pourra cependant être envoyée après l'étude pour les professionnels qui seraient intéressés pour imprimer le livret et le mettre à disposition des professionnels de leur structure.

La brochure d'information réalisée dans un mémoire orthophonique précédent (Conangle, 2020) et le questionnaire qui y était associé s'adressaient aux psychiatres. Le choix est fait ici de s'adresser à l'ensemble des professionnels de santé travaillant en psychiatrie adulte et faisant partie du parcours de soin des patients. En effet, il est postulé que l'ensemble de ces professionnels pourraient bénéficier de la lecture d'un livret d'information à ce sujet. Les professionnels n'étant pas prescripteurs de soins orthophoniques pouvant malgré tout communiquer avec leurs collègues médecins/psychiatres s'ils rencontrent une situation pour laquelle une demande de bilan orthophonique est nécessaire. Les professionnels de santé travaillant en pédopsychiatrie ne sont pas inclus dans l'étude, car ce livret aborde spécifiquement la prise en soin des patients adultes ayant une schizophrénie. Cependant ce dernier pourra leur être diffusé ultérieurement puisqu'il peut bénéficier à tous les professionnels intéressés, notamment ceux accompagnant un public adolescent.

3) Contenu

La rédaction de ce livret s'est centrée sur ces interrogations centrales: qu'est-il essentiel de transmettre aux professionnels qui liront ce livret ? Quelles sont les informations principales que le lecteur devrait retenir ?

De la réponse à ces questions est née la structuration de l'outil en plusieurs sections :

- La section « Pour quoi ? » a pour but d'informer sur l'intérêt à prendre en soin les troubles du langage et de la communication en psychiatrie adulte, et en quoi l'orthophoniste est le professionnel le plus adapté pour cela. L'objectif du livret y est clairement énoncé.
- La section « Pour qui ? » informe sur les patients qui bénéficieraient d'une telle prise en soin. Cette partie aborde ainsi la prévalence de ces troubles chez les patients présents dans les structures de psychiatrie adulte, la ou les plaintes qui peuvent être formulées par le patient et/ou ses proches et dresse une liste de la manifestation de ces difficultés, en production puis en réception. Des exemples sont donnés pour chacun des troubles afin de parler davantage aux professionnels qui pourront les mettre en lien avec des situations qu'ils ont rencontrées.
- La section « Comment ? » informe des moyens à la disposition des orthophonistes pour faire le bilan et l'accompagnement de ces difficultés.
- La section « Dans la littérature » a pour but d'étayer sur le plan théorique la validité de l'intervention orthophonique, en s'appuyant sur les résultats d'une méta-analyse sur le sujet.
- La section « En un mot » a pour but de résumer succinctement le livret et d'offrir des pistes concrètes sur ce que peuvent faire les professionnels à leur niveau pour encourager ces prises en soin.
- La section « Bibliographie » contient les sources citées aux normes APA.
- La section « Pour aller plus loin » propose d'autres ressources pour les professionnels qui désireraient en apprendre davantage sur le sujet. Les articles sont classés selon leur thème.

Le contenu de ce livret a été réfléchi en prenant en compte plusieurs éléments. L'objectif de rétention des informations chez le lecteur a été central dans la conception de cet outil, puisque son efficacité y est fortement liée. Dans cette perspective, il est souhaité que la plus grande capacité d'informations soit transférée de la mémoire à court-terme à la mémoire à long-terme du lecteur. Une étude des chercheurs Glanzer et Cunitz indique que les éléments se situant au début d'une présentation sont mieux transférés en mémoire à long-terme, et donc

mieux retenus que les éléments du milieu ou de la fin (Glanzer & Cunitz, 1966). La première partie du livret, « *Pour quoi ?* », consiste ainsi en une présentation synthétique de l'objectif du livret et y présente ses principales informations, afin de maximiser les possibilités de rétention de celles-ci chez les lecteurs.

Les éléments les plus importants sont à nouveau synthétisés à la fin, dans la section « *En un mot* », puisque la répétition est également un élément favorisant l'apprentissage (Bromage & Mayer, 1986).

Dans la présentation des différents troubles du langage et de la communication, le choix a été fait de donner des exemples pour chacun des troubles présentés. Si le sujet est en mesure de rattacher des connaissances qu'il possède déjà à ce qu'il apprend, cela lui permet de mieux assimiler les nouvelles informations, c'est ce qu'on appelle le degré de familiarité. Il a été montré que ce dernier jouait un rôle crucial pour un apprentissage efficace (Epstein et al., 1960). Les lecteurs pourront ainsi mieux se représenter et mémoriser les troubles en question si les exemples leur évoquent des situations déjà rencontrées auparavant avec des patients.

4) Mise en forme et aspects communicationnels

Concernant la mise en forme du livret, nous nous sommes appuyés sur le guide « Communiquer pour tous : guide pour une information accessible » publié par Santé Publique France (Allaire & Ruel, 2021). Celui-ci formalise des recommandations de bonnes pratiques pour la transmission d'une information accessible à tous et a été récompensé par le prix Prescrire. Il nous est apparu comme particulièrement pertinent comme point d'appui à l'élaboration de ce livret, et nous avons essayé d'appliquer un grand nombre de recommandations qu'il énonce. Le tableau suivant synthétise celles qui ont été suivies et les met en parallèle avec leur application concrète au sein de notre outil.

Tableau 4. Correspondances entre les recommandations issues de *Communiquer pour tous : guide pour une information accessible* (Allaire & Ruel, 2021) et leur mise en application dans le livret.

Recommandations	Mise en application dans le livret
Aspect visuel	
Texte aligné à gauche Utilisation du caractère gras, d'encadrés de couleur et de bordures pour la mise en évidence des points importants Aérer suffisamment le texte avec des marges et interlignes	Dans tout le livret

Enumération verticale avec des puces	- « La plainte » (p.4) - « Autres difficultés pragmatiques fréquentes dans le discours » (p.10) - « Inférences » (p.11) - « Vous êtes [...] » (p.18)
Utilisation de la couleur pour rendre le document attractif	Utilisation des couleurs de la charte graphique de l'EPSM Georges Daumézon (panel de bleus/verts et de jaunes/orange) pour mettre en avant les différentes sections et les informations importantes
Contrastes suffisants entre le texte et le fond	Ecriture noire sur fond blanc ou écriture blanche sur fond gris foncé sur la majorité du document
Aspect linguistique	
Utilisez le même mot tout au long du document pour désigner un objet ou une idée, sans chercher de synonymes	Choix de parler de « troubles du langage et de la communication » tout au long du document et non de troubles du cours de la pensée (<i>cf justification dans II)1)1.</i>)
Employez une ponctuation simple	Dans tout le document
Employez un ton emphatique qui favorise la proximité Écrivez à la première et la deuxième personne. Le lecteur se sent ainsi directement informé et sollicité. Choisissez un ton positif ou neutre	<u>Exemple page 18:</u> « Je suis un professionnel de santé travaillant dans une structure de psychiatrie adulte, que faire si je constate des difficultés du langage et de la communication chez un patient ? »
Préférez la forme numérique des nombres Indiquez les ordres de grandeur plutôt que les pourcentages	Dans tout le document, et page 16 : « Sur les 12 études [...], 11 d'entre elles [...]. »
Aspect informatif	
Allez à l'essentiel, avec les seuls détails qui seront utiles au lecteur pour bien comprendre le message clé	Le choix a été fait de ne pas aller dans les détails des bilans orthophoniques qui peuvent être utilisés et de la rééducation (p. 13-14), l'essentiel n'étant pas de faire des lecteurs des orthophonistes mais qu'ils comprennent l'idée générale de notre intervention
Présentez une information adaptée au public ciblé, selon sa connaissance du sujet, sa logique, sa culture et son expérience.	Ce livret s'adressant à des professionnels de santé, nous avons fait le choix de vulgariser les informations apportées tout en présupposant d'un niveau minimum de connaissances préalables du lecteur. Des éléments de littératures ont été intégrés pour prendre en compte le besoin de validité théorique de ce public, d'où le choix d'une section « Dans la littérature (p.15-16), d'une bibliographie (p.19) et d'une section « Pour aller plus loin » (p.20-21).
Prenez en compte les fausses croyances et les craintes pour rassurer ou mieux les déconstruire.	La rubrique « Pour quoi ? » a pour but d'anticiper et d'adresser les éventuelles fausses croyances du lecteur sur le sujet, telles que : les troubles du langage et de la communication sont peu fréquents et sans conséquence majeure sur les patients, ils ne sont que le reflet de la pensée désorganisée du patient, ils peuvent entièrement disparaître par la prise d'un traitement médicamenteux ou encore l'orthophoniste n'a

	pas sa place dans l'accompagnement de ces patients.
Mettez-vous dans la peau du lecteur et répondez aux questions qu'il peut se poser. Ainsi les questions « Qui ? Quoi ? Où ? Quand ? Comment ? Pourquoi ? » permettent de suivre le schéma logique de pensée du lecteur. Donnez une information concrète et explicite, en précisant notamment ce que le public doit faire.	Organisation du livret sous la forme de questions directes : Pour quoi ? Pour qui ? Comment ? <i>Page 18 : « Vous êtes médecin/psychiatre, vous pouvez [...]. Vous êtes un autre professionnel de santé, vous pouvez [...]. »</i>
Expliquez clairement l'objectif du document	<i>Page 2 : « Ce livret a pour objectif d'informer les professionnels travaillant en structure auprès de patients porteurs de schizophrénie de l'intérêt et la pertinence que peut présenter le suivi orthophonique »</i>
Expliquez les notions difficiles et les termes techniques à l'aide : de synonymes, de courtes définitions à placer à l'endroit où le terme est cité, de reformulations et d'explications, d'exemples concrets et d'analogies familières. Placez les explications directement dans le texte ou dans des encadrés, plutôt qu'entre tirets ou parenthèses.	Tout au long du document : - Explication de la pragmatique du langage (p.2), de la prosodie (p. 10 et 11) - Courte définition dans des encadrés de tous les troubles du langage et de la communication, et illustration avec des exemples concrets (P. 5 à 11)
Mentionnez les documents, sites ou vidéos accessibles pour compléter l'information	Rubrique « <i>Pour aller plus loin</i> » (p. 20-21)
Aspect structurel	
Mettez clairement le plan en évidence Intégrez une table des matières pour des documents relativement longs, soit d'au moins cinq pages. Si nécessaire, proposez un résumé du document Répétez les informations les plus importantes à la fin. Structurez le texte avec des titres et sous-titres. Choisissez des titres et sous-titres courts et faciles à comprendre. Mettez les titres en évidence, à gauche ou centrés, en gras, avec une police plus grande que le texte courant. Formulez les titres sous forme de questions permet de préciser le contenu de l'information. Présentez les idées dans un ordre logique et facile à comprendre pour le lecteur Rassemblez les informations sur un même sujet Organisez le texte en différentes parties logiques	Intégration d'un sommaire présentant les différentes sections Section « <i>En un mot</i> » (p.17-18) pour résumer les informations les plus importantes Dans tout le document. Utilisation de questions pour structurer les différentes informations. Progression des parties du général (« Pour quoi ? ») au plus spécifique (« dans la littérature »).
Liez les mots, les phrases et les paragraphes à l'aide de transitions et de marqueurs de relation tels que : premièrement, ensuite, à cause de, pour conclure, etc. Ils permettent d'établir un lien logique comme la cause, la conséquence ou l'explication.	Dans tout le document : « <i>cependant</i> » (p. 1), « <i>en outre</i> » (p.2)...
Numérotez les pages, en pied de page à droite sur les pages de droite, et en pied de page à gauche sur les pages de gauche. Pensez à la numérotation pour orienter le lecteur dans un document : utilisez le système numérique plutôt qu'alphabétique.	Dans tout le document. « Pour qui ? », « Pour quoi ? » et « Comment ? » : utilisation du jaune et du vert en alternance pour faire ressortir les rubriques.

Utilisez les couleurs comme un élément de la signalétique facilitant le repérage : onglets de couleur, ouvertures de parties contrastées, etc. Identifiez l'émetteur du document.	Identification de l'émetteur du document : logo Georges Daumézon et crédits (p. 22)
---	---

Ce livret ayant été réalisé dans le cadre d'un stage au sein d'un Centre de Réhabilitation Psycho-Sociale, il a été soutenu par la structure encadrante, l'établissement public de santé mentale (EPSM) Georges Daumézon. Dans cette perspective, la charte graphique de l'établissement a dû être respectée (cf. Annexe 5). Le choix de police a notamment été déterminé par cette charte et les couleurs utilisées dans le livret sont celles de l'institution. Ce livret d'information a ainsi été validé par plusieurs professionnels, médecins et cadres de santé de la structure afin de pouvoir communiquer en son nom. Il nous a semblé que ce soutien permettait de gagner en légitimité auprès du public à qui serait transmis le livret.

Les illustrations sont issues d'une banque de données libre de droit. Elles remplissent un objectif esthétique et permettent de contribuer à l'attractivité du livret tout en aérant son contenu. Elles ont été choisies pour leur pertinence avec le sujet et le fait qu'elles ne soient pas trop figuratives, cela permettant en effet de ne pas trop distraire l'attention du propos.

II) Elaboration du questionnaire

1) Structure générale et questions posées

Pour Vilatte, la valeur d'un questionnaire réside dans les objectifs sous-jacents qu'il pose, qui nécessitent pour cela de définir l'objet de l'enquête, ses objectifs et hypothèses ainsi que son projet (Vilatte, 2007). L'objet principal de ce questionnaire est de définir l'efficacité du livret d'information, et les objectifs qui en découlent sont la vérification des hypothèses qui ont été énoncées. On cherche ainsi à mettre en évidence un éventuel effet d'apprentissage au cours de la lecture. Selon Ghiglione, le questionnaire peut répondre à trois objectifs : l'estimation, la description et la vérification d'une hypothèse (Ghiglione, 1987). Les chiffres que l'on cherche à obtenir ici sont descriptifs : ils visent à identifier les professionnels, leurs connaissances et leur satisfaction quant au livret d'information. Ces données permettent également, à la suite d'une analyse statistique, de remplir un objectif de vérification de l'hypothèse que ce livret est un outil efficace d'information. L'hypothèse portant sur la méconnaissance des professionnels de santé sur l'orthophonie en psychiatrie adulte y est également vérifiée. Le mode du questionnaire est l'auto-administration, les sujets répondent seuls par l'intermédiaire du lien internet qui leur est envoyé. Le projet du questionnaire vise à

poser les questions principales par rapport à l'objet de l'enquête, il est détaillé ci-après. Le questionnaire (cf. Annexe 6) est divisé en plusieurs parties visant chacune à répondre à des objectifs spécifiques: identification du professionnel, évaluation des connaissances préalables, évaluation des connaissances après lecture du livret, évaluation de la qualité et de l'intérêt du livret et une section commentaires et retours.

1. Identification du professionnel : Qui est-il ?

La première partie, « Identification du professionnel », a pour but d'obtenir des informations sur les professionnels qui répondent à ce questionnaire, afin d'identifier le public cible du livret d'information. Cette partie a pour but de répondre à plusieurs questions :

- Qui sont les professionnels qui lisent le livret ?

« *Quel est votre métier ?* », « *Dans quelle structure travaillez-vous ?* »

- Ont-ils des connaissances cliniques concrètes de ce qu'est la schizophrénie et de ses manifestations ?

« *A quelle fréquence êtes-vous en contact avec des patients porteurs de schizophrénie ?* »

Cette question est importante afin de légitimer les réponses aux questions ultérieures. Si les professionnels sont rarement au contact de patients ayant une schizophrénie, leurs observations sur les troubles du langage et de la communication auront nécessairement moins de poids, et les informations transmises dans le livret leur parleront moins.

- Ont-ils déjà constaté des difficultés chez ces patients qui pourraient justifier une intervention orthophonique ? Celles-ci sont-elles fréquentes ?

« *Avez-vous constaté une ou plusieurs des difficultés suivantes chez les patients schizophrènes concernant leur parole, langage et/ou communication ?* », « *Si oui, cela concerne-t-il ? [...]* »

- Les professionnels ont-ils des connaissances préalables sur l'orthophonie en psychiatrie adulte ? (cf Hypothèse 1)

« *Avez-vous déjà entendu parler d'intervention de l'orthophonie dans le cadre de la psychiatrie adulte ?* »

- La pratique orthophonique est-elle développée en structure de psychiatrie adulte ?

« *Est-ce qu'un ou une orthophoniste intervient dans votre service ?* »

2. Evaluation des connaissances préalables et après lecture : Le livret est-il efficace ?

Les sections « évaluation des connaissances préalables » et « évaluation des connaissances après lecture du livret » sont identiques dans leur contenu, le but étant de recueillir les connaissances initiales du professionnel sur le sujet, puis de mesurer la prise d'information après la lecture du livret et ainsi objectiver un éventuel effet d'apprentissage.

Sept affirmations sont proposées, le sujet dispose d'une échelle de Likert pour situer son degré d'approbation ou de désapprobation à chaque proposition allant de « tout à fait d'accord » à « pas du tout d'accord ». Ces modalités de réponse présentent l'intérêt d'être plus riches qu'une réponse binaire type oui/non ou d'accord/pas d'accord en introduisant plusieurs degrés d'approbation ou de désapprobation, reflétant plus finement les opinions des participants et pouvant illustrer d'éventuels changements de réponses, même légers, après lecture. Ces affirmations sont basées sur le contenu du livret. Un lecteur attentif de l'outil peut donc répondre sans difficulté après lecture, même sans connaissance préalable sur le sujet. Cette évaluation vise à mesurer la prise d'information des lecteurs et permet ainsi d'évaluer si le livret d'information est efficace dans les objectifs qu'il s'est fixés.

3. *Evaluation de la qualité et de l'intérêt du livret : Le livret est-il pertinent ?*

La section « évaluation de la qualité et de l'intérêt du livret » propose 14 affirmations sur le même modèle que précédemment. Cette partie comporte plusieurs objectifs :

- Evaluer la qualité de la forme du livret.

« Ce livret est agréable à consulter », « L'organisation des différentes sections est claire »

- Evaluer la qualité du fond du livret.

« Ce livret est facilement compréhensible », « Je suis satisfait.e de la quantité d'informations présentes dans ce livret », « Je suis satisfait.e de la qualité des informations présentes dans ce livret », « Ce livret d'information est adapté au public qu'il vise (professionnels de soin exerçant en psychiatrie) », « Le rôle de l'orthophoniste auprès de ces patients me paraît clair », « Les troubles de la parole, du langage et de la communication sont présentés de façon claire et compréhensible »

- Proposer une auto-évaluation aux lecteurs pour qu'ils indiquent s'ils pensent avoir appris de nouvelles informations. Cette auto-évaluation apportera des informations qualitatives complémentaires, plus subjectives que les mesures précédentes.

« Ce livret m'a appris de nouvelles informations », « J'ai appris des informations sur l'orthophonie de manière générale », « J'ai appris des informations sur les troubles du langage et de la communication présents dans la schizophrénie », « J'ai appris des informations sur le rôle spécifique des orthophonistes dans la prise en soin de patients porteurs de schizophrénie »

- Evaluer l'intérêt des professionnels à travailler en collaboration avec un ou une orthophoniste.

« Il serait pertinent qu'un.e orthophoniste soit présent.e dans le service où je travaille »

4. *Commentaires et retours sur le livret : Quels sont les axes d'amélioration ?*

La dernière partie consiste en une section ouverte permettant aux participants d'émettre des commentaires et des critiques sur le livret. Celle-ci est un espace ouvert permettant de recueillir des éléments qui n'auraient pas été couverts par les questions fermées

précédentes. Des retours plus individuels et personnalisés sont espérés être obtenus, ainsi que d'éventuelles pistes d'amélioration pour la suite.

2) Population

La population visée par ce questionnaire est la même que le lectorat cible du livret d'information, c'est-à-dire l'ensemble des professionnels de santé travaillant en psychiatrie adulte et faisant partie du parcours de soin des patients. En ce qui concerne le lieu d'exercice des professionnels, le choix est fait de s'adresser uniquement à ceux travaillant en structure. En effet, un des enjeux majeurs du livret est d'informer sur la pertinence de la place de l'orthophonie dans le cadre de prises en soin en pluridisciplinarité.

3) Aspects éthiques

Conformément à la déclaration de Helsinki (World Medical Association, 2013), les candidats souhaitant répondre au questionnaire sont informés de l'objet du mémoire grâce à une notice explicative. Le questionnaire est anonyme afin de respecter la confidentialité des données et ne comporte aucune question permettant de reconnaître l'identité des sujets. Si les participants le souhaitent, ils peuvent demander des renseignements complémentaires via une adresse mail mise à leur disposition.

4) Diffusion

Le questionnaire est diffusé par plusieurs moyens : contact de structures de santé mentales par courrier électronique, diffusion via la page LinkedIn® de l'EPSM Georges Daumézon et sur des groupes Facebook® regroupant des professionnels de santé travaillant en psychiatrie. Plusieurs structures de santé mentale sont sollicitées, et même s'il est impossible de savoir où travaillent les sujets ayant répondu, nous savons qu'il est a minima diffusé au sein de l'EPSM de Lille, de la Roche-sur-Yon, du GHU (Groupe Hospitalier Universitaire) Psychiatrie & Neurosciences de Paris et de plusieurs centres de réhabilitation psycho-sociale (CRPS) à travers la France.

II) Méthode d'analyse du questionnaire

1) Analyse descriptive

1. Questions fermées

Le questionnaire comporte majoritairement des questions fermées à réponse unique. Les résultats de ces questions dans les sections *Identification des professionnels* et *Evaluation de la qualité et de l'intérêt du livret* sont analysés en extrayant les fréquences des réponses et présentés sous forme de tableaux. Les questions fermées à échelle d'attitude portant sur

l'évaluation des connaissances sont analysées sous forme de graphiques à colonnes mettant en parallèle les réponses avant et après lecture.

Les questions à choix multiples (professions, troubles du langage observés, etc) et autres questions fermées à échelles d'attitude sont analysées sous forme de graphiques à colonnes ou de tableaux selon la modalité permettant une meilleure lisibilité des résultats.

2. Question ouverte

Les réponses à la question ouverte située à la fin du questionnaire sont analysées de façon qualitative, en synthétisant les points positifs, les points négatifs et les remarques principales en les triant selon la fréquence du thème abordé.

2) Analyse inférentielle

L'état des connaissances avant et après lecture du livret d'information est évalué statistiquement afin de pouvoir juger de l'efficacité objective du livret d'information. Préalablement, la normalité de la répartition des scores est testée par un test de Shapiro. Un test non-paramétrique avec deux échantillons appariés est ensuite utilisé : le test de Student si la répartition des scores suit une loi normale, le test de Wilcoxon le cas échéant. Un seuil de risque à 5% est défini. Au-delà de ce pourcentage, le risque d'erreur est trop important, les hypothèses seront rejetées. Le logiciel Jasp® est utilisé pour l'analyse statistique.

Les réponses à l'échelle de Likert sont codifiées numériquement selon la réponse « cible » attendue afin de pouvoir procéder à ces tests statistiques.

- Ainsi, pour les questions 1 à 5 (Cible = tout à fait d'accord): Tout à fait d'accord = 4 ; D'accord = 3 ; Neutre/indifférent = 2 ; Pas d'accord = 1 ; Pas du tout d'accord = 0.
- Pour les questions de 6 à 7 (Cible = pas du tout d'accord) : Tout à fait d'accord = 0 ; D'accord = 1 ; Neutre/indifférent = 2 ; Pas d'accord = 3 ; Pas du tout d'accord = 4.

RESULTATS

Les résultats les plus pertinents sont ici présentés. Les résultats complets des réponses sont consultables au sein des annexes 7 à 9.

I) Identification du professionnel

88 professionnels ont répondu à ce questionnaire dans son intégralité. 124 professionnels ont fourni des réponses seulement partielles, celles-ci ont été écartées au vu de l'importance de recueillir des résultats complets avant et après la lecture du livret.

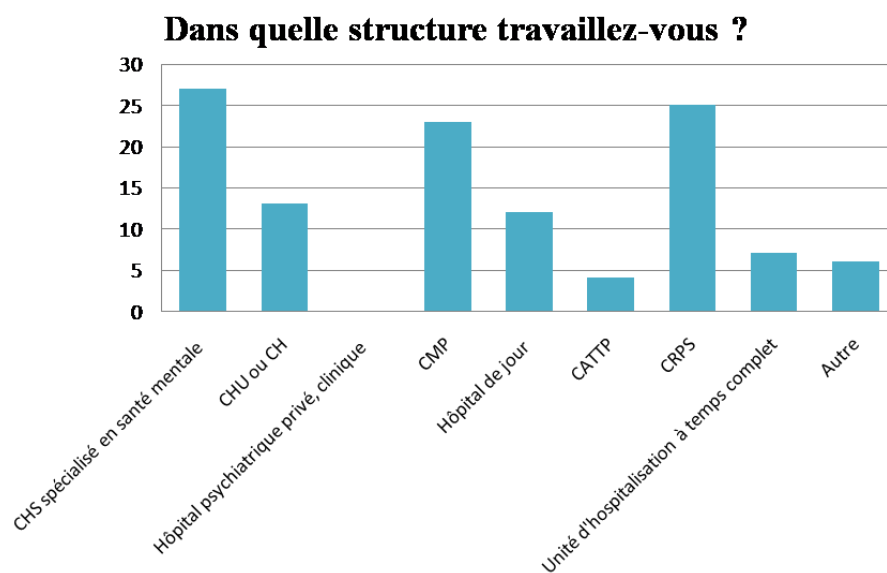
1) Profession

Les infirmiers ont représenté 53,4% des répondants (n=47). Les autres sujets étaient constitués de professions variées : neuropsychologue (n=8), psychiatre (n=6), psychologue (n=4), aide-soignant (n=3), psychomotricien (n=2), ergothérapeute (n=2), médecin généraliste (n=1).

15 professionnels ont répondu « autre » : 4 d'entre eux étaient cadres de santé, 1 cadre supérieur de santé, 2 éducatrices spécialisées, 1 infirmier en pratique avancée (IPA), 1 étudiante IPA santé mentale et psychiatrie, 1 enseignant en Activité Physique Adaptée et Santé, 2 assistantes sociales, 1 secrétaire médicale, 1 documentaliste et 1 préparatrice en pharmacie. Bien que certaines de ces professions ne soient pas à proprement parler des métiers du soin, elles font partie du parcours de soin du patient et exercent toutes dans une structure de psychiatrie adulte. Le choix a donc été fait de conserver leurs réponses car il semble intéressant d'inclure une variété de regards dans l'analyse. De plus, tous ces profils peuvent retirer un bénéfice à la lecture de ce livret, ce qui constitue son objectif premier. Au total, la catégorie « autre » représente 17,05% des répondants.

2) Structure d'exercice

Tableau 4. Lieu de travail des professionnels.



CHS : Centre hospitalier spécialisé

CHU : Centre hospitalier universitaire

CH : Centre hospitalier

CMP : Centre médico-psychologique

CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CRPS : Centre de réhabilitation psycho-sociale

Parmi les 6 professionnels ayant répondu « autre », 2 exercent dans des ateliers

thérapeutiques, 1 dans une équipe mobile de réhabilitation et 1 dans une « USPID » que nous présumons être une unité de soins intensifs en psychiatrie. Les réponses restantes ne répondaient pas à la question.

3) Fréquence du contact avec les patients

Parmi les sujets, 57% sont tous les jours au contact de patients ayant une schizophrénie et 37% en voient plusieurs fois par semaine.

4) Difficultés de langage et de communication constatées chez les patients

Tableau 5. Troubles du langage et de la communication observés.

Avez-vous constaté une ou plusieurs des difficultés suivantes chez les patients schizophrènes concernant leur parole, langage et/ou communication ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Troubles de la prosodie (difficultés à modifier sa voix de façon appropriée pour transmettre des émotions, ton monotone...) (SQ001)	70	79.55%
Troubles lexico-sémantiques (emplois de mots qui n'existent pas ou qui sont mal employés, difficulté à trouver ses mots, utilisation de mots en fonction de leurs sons plus que du sens...) (SQ002)	61	69.32%
Troubles du discours (discours réduit et peu informatif, pauses inadaptées, persévération d'idées, difficultés à tenir un fil conducteur, déraillement du sujet...) (SQ003)	81	92.05%
Troubles de la pragmatique (difficultés à prendre en compte son interlocuteur, le contexte, adoption d'une posture adaptée, respect des tours de rôle, tendance à ramener le sujet à soi...) (SQ004)	68	77.27%
Difficultés de compréhension du discours (à l'oral ou à l'écrit) (SQ005)	62	70.45%
Difficultés à comprendre des inférences (métaphores, langage indirect, sous-entendus, ironie, humour...) (SQ006)	73	82.95%
Difficultés de compréhension de la prosodie (difficultés à comprendre l'émotion et le ton employé par un interlocuteur) (SQ007)	58	65.91%
Troubles de la fluence (bégaiement, débit de parole anormal...) (SQ008)	57	64.77%
Non, je n'ai constaté aucune de ces difficultés (SQ009)	0	0.00%
Je ne sais pas (SQ010)	1	1.14%
Autre	5	5.68%

Identifiant (ID)	Réponse
47	Dysarthrie
51	Néologisme
53	soliloque et écholalie
124	temps de latence
183	délires

Tous les troubles proposés ont été observés en proportions importantes par les sujets. Les troubles du discours sont les plus fréquemment constatés (à hauteur de 92%), suivis des troubles de la pragmatique en réception (difficultés à comprendre des inférences – 82%) et des troubles de la prosodie (79%). Aucun sujet n'a constaté aucune de ces difficultés, un seul a répondu qu'il ne savait pas.

5) Fréquence des difficultés constatées

Parmi les 87 sujets ayant constaté des troubles du langage et de la communication chez les patients ayant une schizophrénie, la moitié considère qu'ils concernent la majorité des

patients (51%) et 46% considèrent que ces troubles sont présents chez « quelques patients ».

6) Connaissance de l'orthophonie en psychiatrie adulte

Plus de la moitié des participants (57%) n'avaient jamais entendu parler d'intervention orthophonique en psychiatrie adulte.

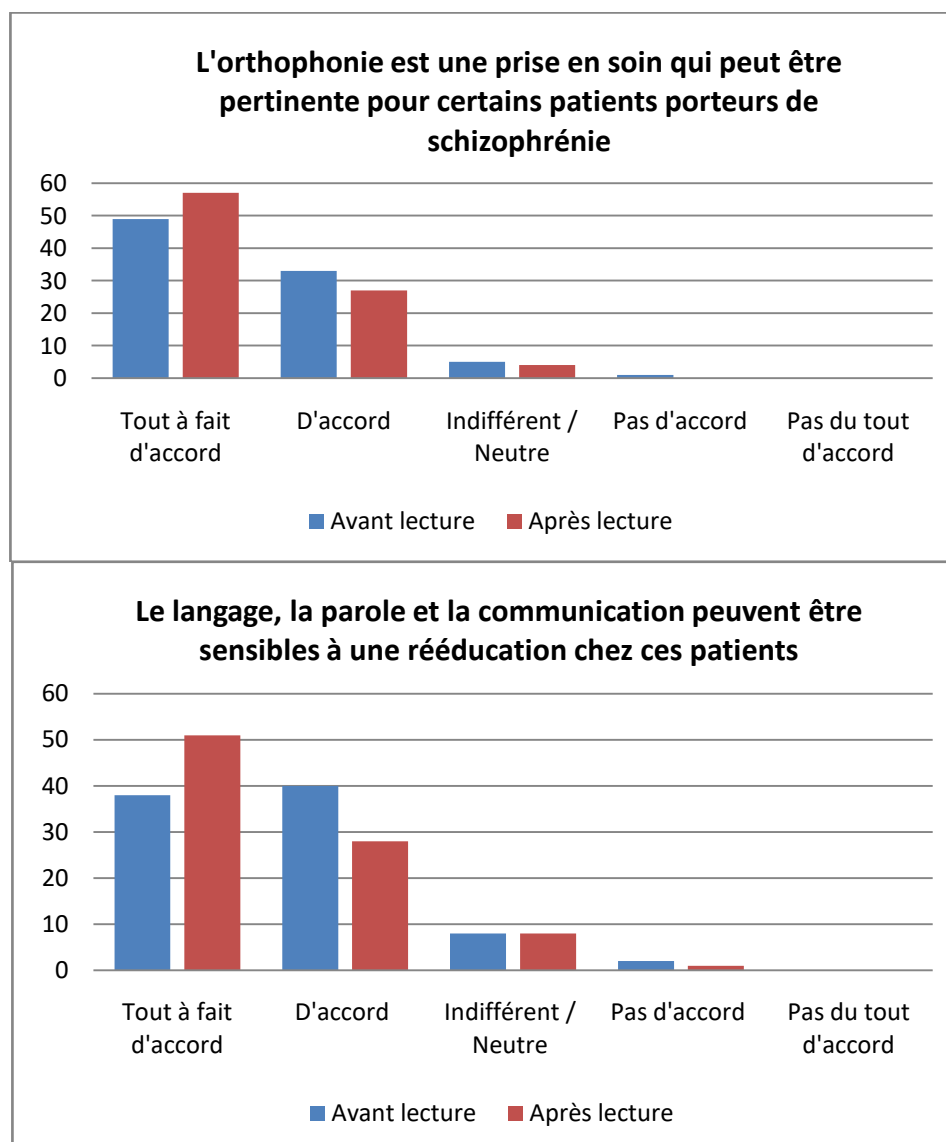
7) Présence des orthophonistes dans les structures de psychiatrie adulte

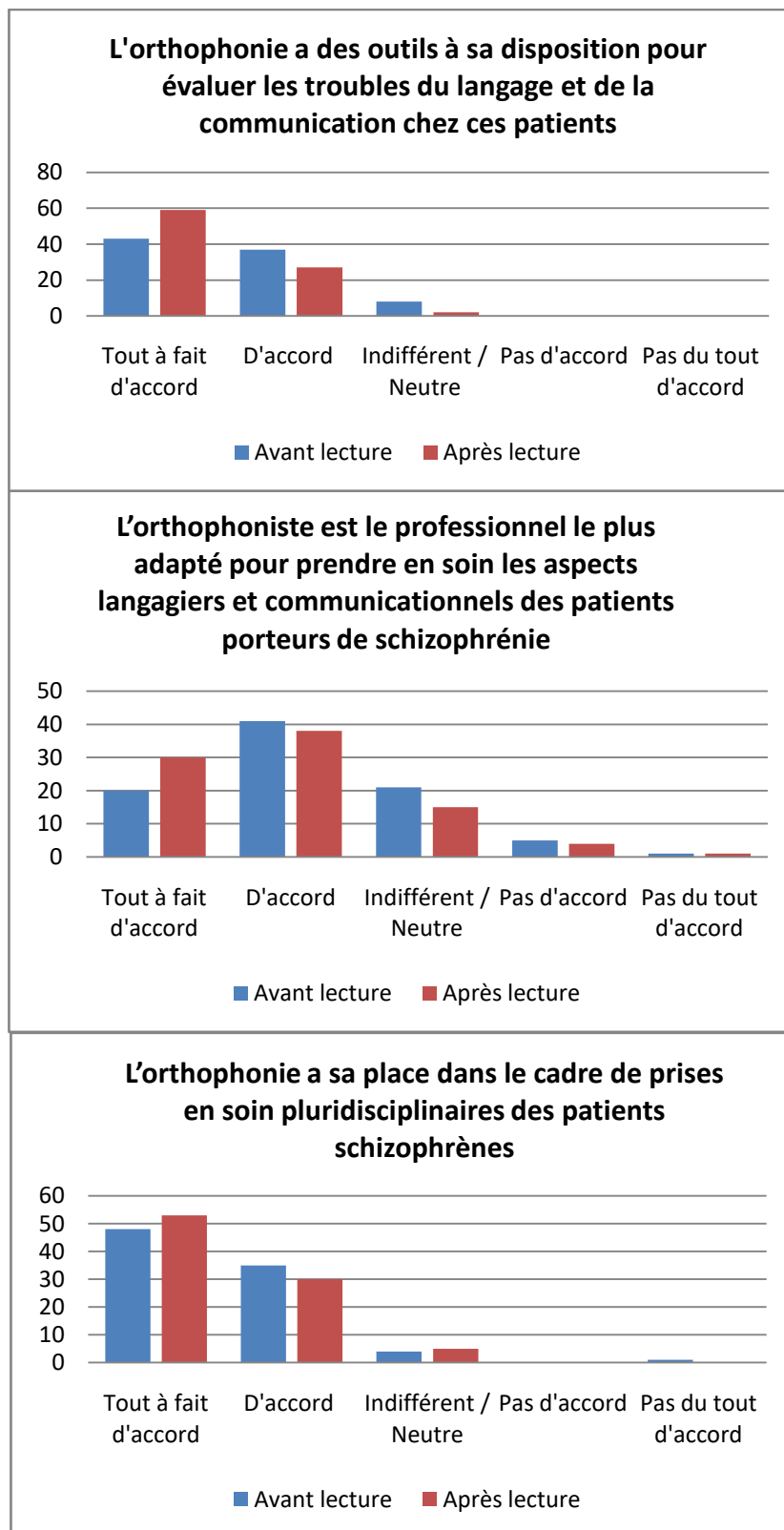
92% des professionnels sondés n'ont pas d'orthophonistes intervenants dans leur service. Ils sont 5 pour qui c'est le cas.

II) Evaluation des connaissances avant et après lecture

1) Analyse descriptive

Tableaux 6. Résultats avant et après lecture des items 1 à 5 de la section *Evaluation des connaissances*.

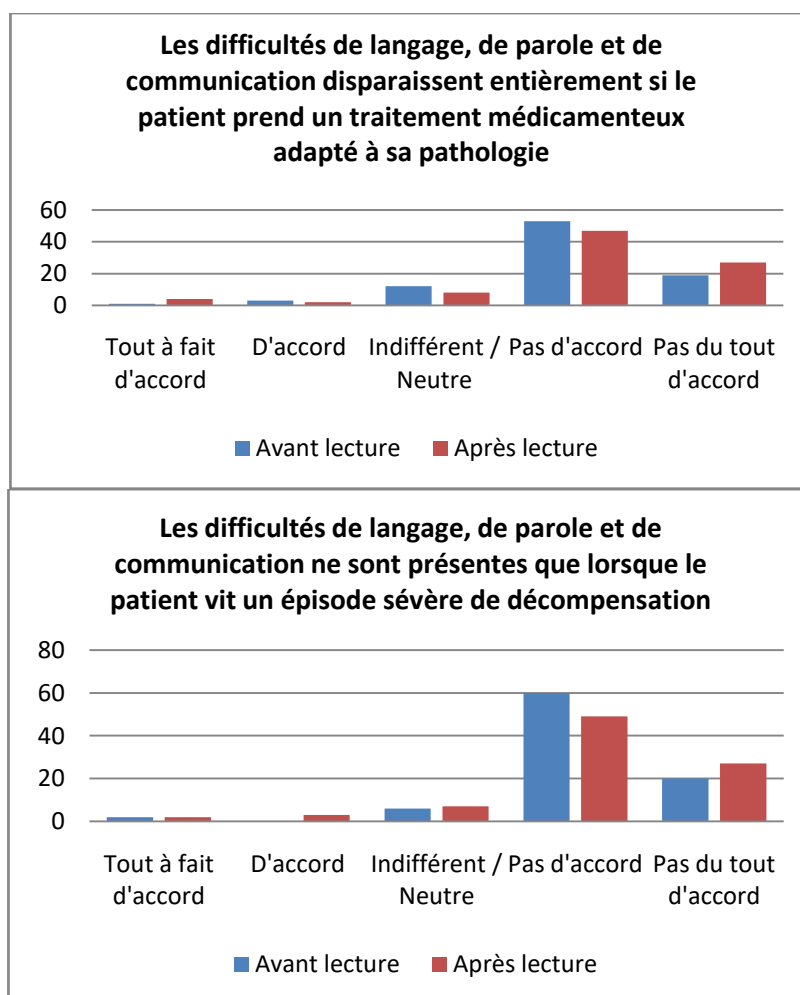




La mise en parallèle des réponses avant et après lecture du livret indique une évolution de l'opinion des sujets sur ces différentes thématiques après lecture. Pour chaque item, on note une évolution positive des réponses vers la réponse-cible « tout à fait d'accord ». Cela traduit d'un apprentissage des sujets suite à leur lecture, qui semble particulièrement marqué

concernant l'existence d'outils chez les orthophonistes pour évaluer les troubles de la parole, du langage et de la communication ainsi que la sensibilité de ces troubles à une rééducation orthophonique.

Tableaux 7. Résultats avant et après lecture des items 6 et 7 de la section *Evaluation des connaissances*.



L'évolution de l'opinion « pas du tout d'accord », réponse-cible à ces derniers items, est également constatée ici.

2) Analyse inférentielle

Afin de vérifier l'hypothèse 2 portant sur l'efficacité du livret d'information, une analyse statistique des scores avant et après lecture du livret est réalisée. Le test de Shapiro est utilisé afin de tester la normalité de la répartition des scores. L'hypothèse nulle (H0) du test de Shapiro est = « les scores suivent une loi normale ».

Le test de Shapiro (cf. Annexe 10) indique que la P-Valeur est inférieure à 0,05 dans tous les cas, H0 est donc rejetée. Ces scores ne suivent pas une loi normale. Un test de Wilcoxon est

donc utilisé pour déterminer la significativité de la différence des scores avant et après lecture.

L'hypothèse nulle (H0) du test de Wilcoxon est = « les résultats avant et après lecture ne sont pas significativement différents ». Les résultats du test de Wilcoxon sont présentés au sein de l'annexe 11.

Les P-valeurs des énoncés 1 à 4 sont inférieures à 0,05, nous rejetons H0 pour ces derniers. Les énoncés 1 à 4 traduisent donc de résultats significativement différents avant et après lecture du livret d'information, au seuil de risque de 5%.

Les P-valeurs des énoncés 5, 6 et 7 sont supérieures à 0,05, H0 est donc acceptée. Les réponses aux énoncés 5, 6 et 7 n'ont pas évolué significativement après la lecture.

III) Evaluation de la qualité et de l'intérêt du livret

1) Evaluation de la forme

91% des sujets considèrent que ce livret est agréable à consulter (réponses « d'accord » et « tout à fait d'accord »), et 95% que l'organisation des différentes sections est claire.

2) Evaluation du fond

Le contenu du livret a également induit une satisfaction importante chez ses lecteurs. La mesure de satisfaction des sujets portait sur plusieurs domaines : facilité de compréhension et clarté de présentation des troubles du langage et de la communication présentés, quantité et qualité des informations, adaptation au public visé, compréhension du rôle de l'orthophoniste auprès de ces patients et caractère recommandable du livret à des collègues. Pour tous ces critères, la satisfaction des sujets est située entre 92 et 93% (réponse « d'accord » ou « tout à fait d'accord » aux affirmations).

Le caractère compréhensible du livret est l'élément ayant remporté l'adhésion la plus forte, puisque 96% des lecteurs le trouvent facilement compréhensible.

3) Auto-évaluation de l'apprentissage

Une majorité de sujets considère avoir appris de nouvelles informations à la lecture de ce livret, quel que soit le domaine d'apprentissage auto-évalué. Ils sont 79% à avoir appris des informations sur l'orthophonie, et 81% à en avoir appris plus spécifiquement sur le rôle des orthophonistes dans la prise en soin de la schizophrénie. 66% des sujets ont appris des informations sur les troubles du langage et de la communication dans la schizophrénie.

4) Intérêt envers l'orthophonie

Une large majorité des sujets (83%) considère qu'il serait pertinent qu'un

orthophoniste intervienne dans le service où ils travaillent. Pour rappel, ils sont seulement 8% pour qui c'est effectivement le cas.

IV) Commentaires et retours

Plus d'un quart des sujets ont partagé un retour sur le livret (27% des sujets, cf. Annexe 12 pour consulter l'intégralité des retours). Les points positifs et négatifs ainsi que les suggestions principales proposées ont été synthétisés dans le tableau suivant.

Tableau 8. Synthèse des commentaires et retours recueillis.

Points positifs	Points négatifs	Suggestions
▪ « Instructif / intéressant / enrichissant » (n=5) ▪ Exhaustivité de la section listant les troubles du langage et présence d'exemples (n=4) ▪ « Clair / précis / concis / compréhensible » (n=2)	▪ « Trop long / trop dense » (n=3) ▪ Section « prise en soin » trop succincte (n=2) - manque d'étayage argumentaire et d'exemples pratiques (n=2)	▪ Mieux expliquer l'articulation entre orthophoniste / neuropsychologue / trouble du langage / troubles cognitifs (n=2) ▪ Présenter de quelle façon les professionnels peuvent travailler en complémentarité, notamment à travers les groupes thérapeutiques (n=2)

Plusieurs participants ont partagé des remarques concernant la présence des orthophonistes dans les structures de psychiatrie adulte. Parmi celles-ci, sont mis en avant :

- L'importance de la présence d'orthophonistes en psychiatrie et l'expression du souhait de plus de collaboration avec les orthophonistes (n=3),
- La difficulté d'orienter vers le libéral à cause de diverses raisons: délais d'attente, complexité des suivis pour lesquels un travail d'équipe est plus adapté et perte de la centralité des soins (n=2),
- Le constat de l'impact de ces troubles chez les patients (n=1),
- Le souhait d'un partenariat avec un orthophoniste externe au service afin de privilégier la sortie des patients et favoriser l'inclusion sociale (n=1),

- La présence d'autres professionnels qui prennent en soin les troubles cognitifs dans leur structure, ce qui ne justifierait pas la présence d'un orthophoniste (n=1).

Deux sujets ont exprimé la volonté de partager ce document avec leurs collègues.

DISCUSSION

I) Interprétation des résultats

1) Validation des hypothèses

1. Hypothèse 1

La première hypothèse était la suivante : « Une partie importante des professionnels de santé travaillant en psychiatrie adulte ignorent les possibilités de l'orthophonie auprès des patients avec schizophrénie ».

57% des sujets (n=50) n'avaient jamais entendu parler de pratique orthophonique en psychiatrie adulte auparavant. C'est une proportion considérable, d'autant plus que le questionnaire s'est adressé spécifiquement aux professionnels travaillant en psychiatrie adulte et non à une population générale de professionnels de santé. Il s'agit donc d'individus spécialisés ayant a priori de bonnes connaissances des pratiques actuelles en psychiatrie adulte. De plus, la question était volontairement formulée de façon large : « Avez-vous déjà entendu parler [...] », de sorte qu'elle prend en compte tout aussi bien les professionnels experts du sujet que ceux qui en auraient entendu parler une fois au hasard d'une conversation. Cette proportion de professionnels n'ayant jamais entendu parler des possibilités de l'orthophonie en psychiatrie adulte est donc considérable, l'hypothèse 1 est validée.

2. Hypothèse 2

La deuxième hypothèse était que le livret d'information est un outil efficace pour informer les professionnels de santé exerçant en structure de psychiatrie adulte quant-au rôle de l'orthophonie auprès des patients avec schizophrénie.

Pour la quasi-totalité des questions, l'adhésion à l'énoncé correct - ou la désapprobation de l'énoncé erroné - était plus marquée après la lecture du livret d'information qu'avant, montrant ainsi un effet d'apprentissage. L'adhésion finale la plus forte portait sur le fait que l'orthophonie possède des outils pour évaluer les troubles du langage et de la communication chez les patients avec schizophrénie (91,2%) et que c'est une prise en soin pertinente pour certains patients (90%).

L'analyse inférentielle éclaire les domaines ayant bénéficié d'un apprentissage après

la lecture du livret. Les énoncés 1 à 4 traduisent d'une évolution significative de leurs réponses après lecture. Leur score Z étant positif (score après lecture – score avant lecture), ils montrent une amélioration significative de l'apprentissage des sujets après lecture du livret d'information dans les domaines suivants :

- La pertinence de la prise en soin orthophonique pour certains patients porteurs de schizophrénie.
- La sensibilité à une rééducation orthophonique du langage, de la parole et de la communication chez ces patients.
- L'existence d'outils spécifiques aux orthophonistes pour évaluer les troubles du langage et de la communication chez ces patients.
- La légitimité des orthophonistes en tant que professionnels les plus adaptés pour prendre en soin les aspects langagiers et communicationnels des patients avec schizophrénie.

La transmission d'informations portant sur ces différents domaines était au cœur des objectifs du livret d'information, la significativité de ces résultats contribue donc fortement à démontrer l'efficacité de cet outil.

Les énoncés 5, 6 et 7 n'ont pas conduit à une différence significative des résultats après lecture. Ainsi, nous ne pouvons pas conclure à une évolution significative de l'apprentissage dans les domaines suivants :

- La pertinence de l'orthophonie au sein de prises en soin pluridisciplinaires.
- La persistance des difficultés de langage et de communication malgré la prise d'un traitement adapté.
- La persistance des difficultés de langage et de communication en dehors des épisodes aigus de décompensation.

En complément de ces mesures, une auto-évaluation a été proposée aux sujets pour évaluer leurs apprentissages. Celle-ci met en avant un apprentissage chez une part très importante des sujets : ils sont ainsi 81% à juger avoir appris de nouvelles informations sur le rôle de l'orthophonie dans la prise en soin de la schizophrénie après lecture du livret.

L'ensemble de ces résultats semble confirmer l'efficacité du livret d'information dans les objectifs qu'il s'est fixés : informer les professionnels de santé quant à la pertinence, l'intérêt et les moyens que possède l'orthophonie pour accompagner les patients adultes avec une schizophrénie. Ainsi, nous confirmons notre seconde hypothèse, ce livret d'information semble efficace.

3. Hypothèse subsidiaire portant sur la démographie

Parallèlement, la présence des orthophonistes dans les structures de psychiatrie adulte a été questionnée.

92% des sujets ont indiqué qu'il n'y avait pas d'orthophoniste qui intervenait dans leur service. Cette proportion pourrait monter à 94% si les 2 sujets ayant répondu qu'ils ne savaient pas étaient inclus.

5 professionnels ont indiqué qu'un orthophoniste était présent dans leur service. Ce nombre, déjà faible, pourrait être à relativiser. En effet, ce questionnaire a notamment été diffusé au sein de la structure ayant soutenu l'élaboration de ce livret, et où exerce une orthophoniste. Il n'est donc pas à exclure que les 5 professionnels ayant répondu oui exercent tous dans cette même structure. Dans tous les cas, ces résultats semblent confirmer qu'il existe très peu d'orthophonistes travaillant dans des structures de psychiatrie adulte, cette dernière hypothèse est donc validée: « : Il existe peu d'orthophonistes travaillant dans une structure de psychiatrie adulte ».

2) Identification des professionnels

Les sujets ayant répondu à ce questionnaire exercent des professions variées. Les infirmiers sont très représentés, plus de la moitié des répondants, ce qui fait sens car ils constituent une part très importante des équipes et sont régulièrement au contact des patients. Cette variété des professions est particulièrement enrichissante puisqu'elle apporte une multiplicité des regards, chaque sujet répondant selon sa propre expérience professionnelle et son rapport spécifique avec les patients et leur maladie. Chaque professionnel porte un regard et une importance particulière à des éléments différents, ce qui est précieux notamment dans le recueil de retours et de commentaires sur le livret.

Les structures auxquelles appartiennent les sujets sont diverses, à l'exception du secteur privé qui n'est pas représenté. Cela peut s'expliquer par la prépondérance du public dans l'offre de soin en psychiatrie en France, qui s'est historiquement organisée en secteurs géographiques avec une contribution minimale des acteurs privés (Cases & Salines, 2004). Les structures les plus représentées sont les centres hospitaliers spécialisés en santé mentale (31%), les centres de réhabilitation psycho-sociale (28%) et les centres médico-psychologiques (26%).

La grande majorité des sujets est régulièrement au contact de patients ayant une schizophrénie, au moins plusieurs fois par semaine pour 94% d'entre eux, et tous les jours pour 57% des professionnels. Cela indique que les sujets ont de bonnes connaissances cliniques de la maladie et se représentent bien les manifestations de l'expression de cette

maladie chez les patients. C'est un signe positif puisque cela indique que ce sont des lecteurs qui peuvent se sentir directement concernés par le livret et ce qu'il transmet, et qu'ils peuvent en tirer des apprentissages directement transférables à leur pratique professionnelle. Cela indique également que les sujets ont a priori de bonnes connaissances théoriques sur la maladie, sa prise en soin ainsi que la recherche actuelle à son sujet. Enfin, cette fréquence importante de contact avec des patients ayant une schizophrénie donne du poids à l'observation des troubles de parole, de langage et de communication qui est interrogée dans les items suivants.

En effet, tous les troubles sondés pouvant relever du champ de compétence de l'orthophonie ont été observés en proportion très importante par les professionnels, les difficultés les plus fréquemment observées étant les troubles du discours, constatés à hauteur de 92% des professionnels. Pour plus de la moitié des professionnels ayant constaté des difficultés, celles-ci concernent une majorité de patients.

Ces chiffres contrastent d'autant plus avec les résultats qui suivent: seulement 43% des sujets ont déjà entendu parler d'intervention orthophonique en psychiatrie adulte, illustrant une méconnaissance importante des professionnels de la psychiatrie sur le sujet, malgré un besoin important.

3) Qualité et intérêt du livret

Les lecteurs sont majoritairement satisfaits de la qualité du livret, autant sur le fond que la forme. Ils le jugent facilement compréhensible, un élément central pour un livret d'information qui se veut accessible. Il est retenu de la section ouverte permettant des retours sur le livret que la section « prise en soin » pourrait être à détailler davantage en donnant des exemples concrets de ce qui peut être fait en séance d'orthophonie. Les groupes thérapeutiques pourraient également être abordés, en parlant davantage de l'articulation avec d'autres professionnels, et notamment les neuropsychologues, les limites avec cette profession demeurant floues pour quelques lecteurs.

II) Limites et perspectives

Si les professions représentées par les sujets ayant répondu sont diverses, les infirmiers représentent en proportion plus de la moitié des sujets, et les médecins et psychiatres seulement 8% des répondants (n=7). Il peut être regretté que ces professionnels prescripteurs d'orthophonie ne constituent pas une part plus large des sujets, car l'impact du livret pourrait être plus faible, ou en tout cas plus indirect. Les infirmiers sont cependant au contact direct

des patients et occupent une position centrale dans leur parcours de soin et dans les équipes de coordination, il est donc possible et souhaitable qu'ils partagent les nouvelles connaissances acquises au sujet de l'orthophonie à leurs collègues, et notamment ceux qui sont prescripteurs d'orthophonie.

La partie « Mesure de la qualité et de l'intérêt du livret » du questionnaire propose une auto-évaluation de l'apprentissage des sujets. La subjectivité de cette mesure comporte des limites qui se sont ici illustrées. Ainsi, 77% des sujets considèrent globalement avoir appris de nouvelles informations après la lecture de ce livret, mais ils sont davantage (81%) à indiquer avoir appris de nouvelles informations sur le rôle de l'orthophonie dans la prise en soin de la schizophrénie. L'item sur l'apprentissage de nouvelles informations au sens général aurait donc dû être celui comportant le plus haut taux de réponses positives, ici il aurait dû être au minimum à 81%. C'est pour cette raison et en ayant conscience des limites des mesures subjectives qu'a été couplée une mesure plus objective - la comparaison des résultats avant et après lecture à l'aide d'un test statistique - afin que l'auto-évaluation enrichisse l'analyse de données complémentaires sans constituer pour autant la mesure unique et centrale de l'apprentissage.

Le questionnaire a été diffusé par l'intermédiaire du CRPS de l'EPSM George Daumézon. Une orthophoniste travaille depuis de nombreuses années dans cet établissement, au sein duquel sa présence a permis de diffuser l'information sur les raisons d'une intervention orthophonique en psychiatrie adulte. Il est possible que la diffusion du questionnaire au sein de cet établissement ait entraîné une représentation partiellement faussée des connaissances préalables sur l'orthophonie, car elles ne seraient pas forcément représentatives des professionnels travaillant dans d'autres structures dans lesquelles il n'y a pas d'orthophoniste. Cette question aurait pu peser davantage s'il n'y avait pas eu que 5 sujets ayant indiqué avoir une orthophoniste au sein de leur structure. La population de cette étude étant composée de 88 sujets au total, sa taille compenserait dans tous les cas les potentiels biais de cette diffusion.

Il aurait pu être intéressant de mettre en relation certaines données d'identification des sujets avec les connaissances qu'ils ont sur la pratique orthophonique, afin d'identifier l'existence d'éventuelles corrélations avec les facteurs suivants : profession, lieu d'exercice, fréquence d'observation de troubles du langage et de la communication ou encore présence d'un orthophoniste dans la structure. La mise en évidence de telles corrélations pourrait faire l'objet d'un travail plus approfondi ayant pour objectif de déterminer les facteurs déterminants la possession ou non de connaissances sur le sujet.

CONCLUSION

Les troubles du langage et de la communication sont fréquents et peuvent affecter profondément les patients atteints de schizophrénie qui en souffrent. L'orthophonie possède un champ de compétence permettant l'évaluation fine de ces troubles et leur accompagnement. Comme vu au sein de cette étude, cette prise en soin demeure pourtant méconnue en psychiatrie adulte. Il a été mis en évidence que le livret d'information créé à ce sujet pouvait être un outil efficace pour informer les professionnels de santé travaillant auprès de ces patients quant aux possibilités de l'orthophonie. Il sera important de rappeler l'importance majeure pour les orthophonistes de partir de la plainte du patient et ne pas substituer leur désir soignant à celui de la personne concernée par ces troubles. Cet aspect est central à la prise en soin, et celle-ci sera continuellement à recadrer sous le prisme de la demande du patient, qui légitime à elle-seule l'intervention du professionnel, ou son absence.

Par leurs compétences, les orthophonistes pourraient dans le futur jouer un rôle central dans le dépistage des sujets à risque de développer une maladie psychotique, qui constitue actuellement un enjeu majeur dans la mise en place d'un accompagnement précoce de qualité, voire dans la prévention de la survenue de la maladie.

On ne peut s'intéresser au parcours de soin des patients ayant une schizophrénie sans noter l'ampleur de l'impact que produit encore actuellement la diffusion de préjugés stigmatisants à l'encontre de cette maladie et de ceux qui la portent, et les obstacles supplémentaires que cela induit dans l'acceptation de la pathologie et l'intégration de ces personnes à la société. De plus, il apparaît que la psychiatrie vit aujourd'hui une crise majeure en lien avec la difficulté des structures à répondre aux demandes de soin, dans un contexte de manque de soignants et particulièrement de psychiatres, de mutations théoriques des modèles médicaux de références et d'un manque important de moyens. Ces difficultés se répercutent nécessairement dans la prise en soin des patients et dans la mise en place d'accompagnements pluridisciplinaires de qualité : l'enjeu de l'implantation de l'orthophonie en psychiatrie adulte ne pourrait se soustraire à ces problématiques, loin d'être subsidiaires. Ces difficultés propres à la psychiatrie s'ajoutent à celles, plus globales, inhérentes à la présence des orthophonistes en structure. La transmission d'informations concernant l'orthophonie aux professionnels de santé travaillant en psychiatrie est nécessaire, elle ne saurait être suffisante. Il ne peut être fait l'économie d'une analyse globale de la façon dont le soin s'insère dans un système complexe de représentations culturelles et de structurations économiques, politiques et sociales.

Bibliographie

- Agostoni, G., Bambini, V., Bechi, M., Buonocore, M., Spangaro, M., Repaci, F., Cocchi, F., Bianchi, L., Guglielmino, C., Sapienza, J., Cavallaro, R., & Bosia, M. (2021). Communicative-pragmatic abilities mediate the relationship between cognition and daily functioning in schizophrenia. *Neuropsychology*, 35(1), 42–56.
<https://doi.org/10.1037/NEU0000664>
- Allaire, C., & Ruel, J. (2021). *Communiquer pour tous : Guide pour une information accessible*. Santé Publique France.
https://www.santepubliquefrance.fr/docs/communiquer-pour-tous-guide-pour-une-information-accessible?fbclid=IwAR3AzSpLb6bJrg_AlITiBMC08GB00nmyluWes4gXGIjKMkoZFk94A--bBbk
- Amador, X. F., & Gorman, J. M. (1998). Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 21(1), 27–42.
[https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70359-2](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70359-2)
- American Psychiatric Association, A. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Vol. 3). American Psychiatric Association Washington, DC.
- American Psychological Association. (2015). *Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux: Vol. Cinquième*.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2015). *Speech-Language Pathology Medical Review Guidelines*.
- Andreasen, N. C. (1986). Scale for the Assessment of Thought, Language, and Communication (TLC). *Schizophrenia Bulletin*, 12(3), 473–482.
<https://doi.org/10.1093/SCHBUL/12.3.473>
- Andreasen, Nancy C. (1979). Thought, language, and communication disorders. I. Clinical assessment, definition of terms, and evaluation of their reliability. *Archives of General Psychiatry*, 36(12), 1315–1321.
<https://doi.org/10.1001/ARCHPSYC.1979.01780120045006>
- Badcock, J. C., Shah, S., Mackinnon, A., Stain, H. J., Galletly, C., Jablensky, A., & Morgan, V. A. (2015). Loneliness in psychotic disorders and its association with cognitive function and symptom profile. *Schizophrenia Research*, 169(1–3), 268–273.

<https://doi.org/10.1016/J.SCHRES.2015.10.027>

Bagner, D. M., Melinder, M. R. D., & Barch, D. M. (2003). Language comprehension and working memory language comprehension and working memory deficits in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 60(2–3), 299–309.

[https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(02\)00280-3](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(02)00280-3)

Bambini, V., Arcara, G., Bechi, M., Buonocore, M., Cavallaro, R., & Bosia, M. (2016). The communicative impairment as a core feature of schizophrenia: Frequency of pragmatic deficit, cognitive substrates, and relation with quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, 71, 106–120. <https://doi.org/10.1016/J.COMPPSYCH.2016.08.012>

Bazin, N., Lefrère, F., Passerieux, C., Sarfati, Y., & Hardy-Baylé, M. (2002). Troubles formels 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). *Undefined*.

Bazin, Nadine, Sarfati, Y., Lefrère, F., Passerieux, C., & Hardy-Baylé, M. C. (2005). Scale for the evaluation of communication disorders in patients with schizophrenia: A validation study. *Schizophrenia Research*, 77(1), 75–84.

<https://doi.org/10.1016/J.SCHRES.2005.01.020>

Bearden, C. E., Rosso, I. M., Hollister, J. M., Sanchez, L. E., Hadley, T., & Cannon, T. D. (2000). A Prospective Cohort Study of Childhood Behavioral Deviance and Language Abnormalities as Predictors of Adult Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26(2), 395–410. <https://doi.org/10.1093/OXFORDJOURNALS.SCHBUL.A033461>

Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien* (Vol. 4). Deuticke.

Bonsack, C., Rexhaj, S., & Favrod, J. (2015). Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 173(1), 79–84.

<https://doi.org/10.1016/J.AMP.2014.12.001>

Borrel, I., Martins, M., Boutard, C., & Gérard, C. L. (1993). *Adaptation française du T.L.C.-E. (Test of Language Competence-Expanded Edition) et étalonnage chez des adolescents de 12 à 14 ans 2*. <https://books.google.fr/books?id=GqrqZwEACAAJ>

Bosco, F. M., Berardinelli, L., & Parola, A. (2019). The Ability of Patients With Schizophrenia to Comprehend and Produce Sincere, Deceitful, and Ironic Communicative Intentions: The Role of Theory of Mind and Executive Functions. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2019.00827>

Bosco, F. M., Gabbatore, I., Gastaldo, L., & Sacco, K. (2016). Communicative-Pragmatic Treatment in schizophrenia: A pilot study. *Frontiers in Psychology*, 7(FEB), 166.

- <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2016.00166/BIBTEX>
- Boucard, C., & Laffy-Beaufils, B. (2008). Caractérisation des troubles du langage dans la schizophrénie grâce au bilan orthophonique. *L'Encéphale*, 34(3), 226–232.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.04.005>
- Bradford District Care NHS Foundation Trust. (2011). *Giving Voice - Communication & Swallowing in Mental Health - YouTube*.
<https://www.youtube.com/watch?v=6PXyqHLPKT0>
- Bromage, B. K., & Mayer, R. E. (1986). Quantitative and Qualitative Effects of Repetition on Learning From Technical Text. *Journal of Educational Psychology*, 78(4), 271–278.
<https://doi.org/10.1037/0022-0663.78.4.271>
- Caletti, E., Delvecchio, G., Andreella, A., Finos, L., Perlini, C., Tavano, A., Lasalvia, A., Bonetto, C., Cristofalo, D., Lamonaca, D., Ceccato, E., Pileggi, F., Mazzi, F., Santonastaso, P., Ruggeri, M., Bellani, M., & Brambilla, P. (2018). Prosody abilities in a large sample of affective and non-affective first episode psychosis patients. *Comprehensive Psychiatry*, 86, 31–38.
<https://doi.org/10.1016/J.COMPPSYCH.2018.07.004>
- Cannon, M., Jones, P. B., & Murray, R. M. (2002). Obstetric complications and schizophrenia: historical and meta-analytic review. *The American Journal of Psychiatry*, 159(7), 1080–1092. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.159.7.1080>
- Carton, J. S., Kessler, E. A., & Pape, C. L. (1999). Nonverbal Decoding Skills and Relationship Well-Being in Adults. *Journal of Nonverbal Behavior* 1999 23:1, 23(1), 91–100. <https://doi.org/10.1023/A:1021339410262>
- Cases, C., & Salines, E. (2004). Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage. *Revue Française Des Affaires Sociales*, 1(1), 181.
<https://doi.org/10.3917/RFAS.041.0181>
- Cavelti, M., Kircher, T., Nagels, A., Strik, W., & Homan, P. (2018). Is formal thought disorder in schizophrenia related to structural and functional aberrations in the language network? A systematic review of neuroimaging findings. *Schizophrenia Research*, 199, 2–16. <https://doi.org/10.1016/J.SCHRES.2018.02.051>
- Centre Ressource Réhabilitation. (n.d.). *Evaluation*. Retrieved March 31, 2022, from <https://centre-ressource-rehabilitation.org/evaluation-563>
- Chaika, E. (1982). Thought disorder or speech disorder in schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin*, 8(4), 587–591. <https://doi.org/10.1093/SCHBUL/8.4.587>
- Champagne-Lavau, M., & Stip, E. (2010). Pragmatic and executive dysfunction in

- schizophrenia. *Journal of Neurolinguistics*, 23(3), 285–296.
<https://doi.org/10.1016/J.JNEUROLING.2009.08.009>
- Charolles, M. (1995). Cohésion, cohérence et pertinence du discours. *Travaux de Linguistique : Revue Internationale de Linguistique Française*, 125–151.
<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00334043>
- Clermont, F., Fonseca, P., Ferré, P., Clermont, M. F., Lajoie, C., Côté, H., Abusamra, V., Ska, B., & Fonseca, R. P. (2009). Identification de profils communicationnels parmi les individus cérébrolésés droits : Profils transculturels. *Revista Neuropsicologia Latinoamericana*.
- CNRTL - Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (n.d.). *Définition de communiquer*. <https://www.cnrtl.fr/definition/communiquer>
- Colle, L., Angeleri, R., Vallana, M., Sacco, K., Bara, B. G., & Bosco, F. M. (2013). Understanding the communicative impairments in schizophrenia: a preliminary study. *Journal of Communication Disorders*, 46(3), 294–308.
<https://doi.org/10.1016/J.JCOMDIS.2013.01.003>
- Conangle, J. (2020). *Elaboration d'un outil d'information sur la prise en soin en orthophonie des patient ayant une schizophrénie*. Université de Nantes.
- Condray, R. (2005). Language disorder in schizophrenia as a developmental learning disorder. *Schizophrenia Research*, 73(1), 5–20.
<https://doi.org/10.1016/J.SCHRES.2004.05.022>
- Corcoran, C. M., Carrillo, F., Fernández-Slezak, D., Bedi, G., Klim, C., Javitt, D. C., Bearden, C. E., & Cecchi, G. A. (2018). Prediction of psychosis across protocols and risk cohorts using automated language analysis. *World Psychiatry*, 17(1), 67–75.
<https://doi.org/10.1002/WPS.20491>
- Crow, T. J., Done, D. J., & Sacker, A. (1995). Childhood precursors of psychosis as clues to its evolutionary origins. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1995 245:2, 245(2), 61–69. <https://doi.org/10.1007/BF02190732>
- Deleuze, A., & Ferré, P. (2021). *Protocole informatisé francophone Montréal d'Évaluation du Langage*.
- Deloche, G., & Hannequin, D. (1997). DO 80, test de dénomination orale d'images. *ECPA Paris*.
- Desgranges, B., Laisney, M., Bon, L., Duval, C., Mondou, A., Bejanin, A., Fliss, R., Beaunieux, H., & Eustache, F. (2012). TOM-15 : Une épreuve de fausses croyances pour évaluer la théorie de l'esprit cognitive. *Revue de Neuropsychologie*, 4(3), 216–220.

- <https://doi.org/10.1684/NRP.2012.0232>
- Dixon, L. (1999). Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes. *Schizophrenia Research*, 35(SUPPL.), S93–S100.
[https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(98\)00161-3](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(98)00161-3)
- Dubreucq, J. (2021). Quels outils thérapeutiques en faveur du rétablissement dans la schizophrénie ? *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 179(4), 363–369.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.02.017>
- Duchene May-Carle, A. (2000). La gestion de l'implicite, Théorie et évaluation. *Isbergues, Orthoéditi*.
- Durand-Zaleski, I., Scott, J., Rouillon, F., & Leboyer, M. (2012). A first national survey of knowledge, attitudes and behaviours towards schizophrenia, bipolar disorders and autism in France. *BMC Psychiatry*, 12(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-128/FIGURES/1>
- Elite dos Santos, A., Jorge Pedrão, L., Ellen Zamberlan-Amorim, N., Maria Pimenta Carvalho, A., & Marino Bárbaro, A. (2014). Communicative behavior of individuals with a diagnosis of schizophrenia. *Jul-Ago*, 16(4), 1283–1292.
- Epstein, W., Rock, I., & Zuckerman, C. B. (1960). Meaning and familiarity in associative learning. *Psychological Monographs: General and Applied*, 74(4, Whole No. 491), 22.
- Farkas, M., & Anthony, W. A. (2001). *Overview of Psychiatric Rehabilitation Education: Concepts of Training and Skill Development*.
- Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO). (2019). *Nomenclature des actes en orthophonie*. <https://www.fno.fr/wp-content/uploads/2019/09/Affiche-métropole-juillet-2019.png>
- Fleischhacker, W., Arango, C., Arteel, P., Barnes, T., Carpenter, W., & Duckworth, K. (2014). *Schizophrenia - Schizophrenia: Time to Commit to Policy Change*.
<https://www.oxfordhealthpolicyforum.org/reports/schizophrenia/schizophrenia-time-to-commit-to-policy-change>
- Folsom, D. P., Hawthorne, W., Lindamer, L., Gilmer, T., Bailey, A., Golshan, S., Garcia, P., Unützer, J., Hough, R., & Jeste, D. V. (2005). Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services among 10,340 patients with serious mental illness in a large public mental health system. *The American Journal of Psychiatry*, 162(2), 370–376. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.162.2.370>
- Foster, A., Gable, J., & Buckley, J. (2012). Homelessness in Schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(3), 717–734. <https://doi.org/10.1016/J.PSC.2012.06.010>

- Gabbatore, I., Sacco, K., Angeleri, R., Zettin, M., Bara, B. G., & Bosco, F. M. (2015). Cognitive Pragmatic Treatment: A Rehabilitative Program for Traumatic Brain Injury Individuals. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 30(5), E14–E28.
<https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000087>
- Gaspar, P. A., Bustamante, M. L., Silva, H., & Aboitiz, F. (2009). Molecular mechanisms underlying glutamatergic dysfunction in schizophrenia: therapeutic implications. *Journal of Neurochemistry*, 111(4), 891–900. <https://doi.org/10.1111/J.1471-4159.2009.06325.X>
- Ghiglione, R. (1987). *Les techniques d'enquêtes en sciences sociales* (Dunod).
- Glanzer, M., & Cunitz, A. R. (1966). Two storage mechanisms in free recall. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 5(4), 351–360. [https://doi.org/10.1016/S0022-5371\(66\)80044-0](https://doi.org/10.1016/S0022-5371(66)80044-0)
- Guide d'intervention mh-GAP*. (2011). <https://studylibfr.com/doc/376310/guide-d-intervention-mhgap---world-health-organization>
- Gupta, T., Hespos, S. J., Horton, W. S., & Mittal, V. A. (2018). Automated analysis of written narratives reveals abnormalities in referential cohesion in youth at ultra high risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, 192, 82–88.
<https://doi.org/10.1016/J.SCHRES.2017.04.025>
- Guyard, H., & Urien, J.-Y. (2006). Des troubles du langage à la pluralité des raisons. *Le Débat*, 140(3), 86. <https://doi.org/10.3917/DEBA.140.0086>
- Haas, M. H., Chance, S. A., Cram, D. F., Crow, T. J., Luc, A., & Hage, S. (2014). Evidence of Pragmatic Impairments in Speech and Proverb Interpretation in Schizophrenia. *Journal of Psycholinguistic Research* 2014 44:4, 44(4), 469–483.
<https://doi.org/10.1007/S10936-014-9298-2>
- Harrison, G., Hopper, K., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J., Dube, K. C., Ganey, K., Giel, R., An Der Heiden, W., Holmberg, S. K., Janca, A., Lee, P. W. H., León, C. A., Malhotra, S., Marsella, A. J., Nakane, Y., Sartorius, N., Shen, Y., ... Wiersma, D. (2001). Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 178(JUNE), 506–517. <https://doi.org/10.1192/BJP.178.6.506>
- Haute Autorité de Santé. (2007). *Guide ALD 23 « Schizophrénies », Service des affections de longue durée et accords conventionnels*. www.has-sante.fr
- Henry, A., Ehrlé, N., Pesa, A., & Bakchine, S. (2011). Présentation d'une batterie d'évaluation des fonctions sociocognitives chez des patients atteints d'affections neurologiques. *Article Original Ger Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 9(1), 117–145.

- <https://doi.org/10.1684/pnv.2010.0252>
- Hoekert, M., Kahn, R. S., Pijnenborg, M., & Aleman, A. (2007). Impaired recognition and expression of emotional prosody in schizophrenia: Review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 96(1–3), 135–145.
<https://doi.org/10.1016/J.SCHRES.2007.07.023>
- Hoffman, R. E., & Satel, S. L. (1993). Language Therapy for Schizophrenic Patients with Persistent ‘Voices.’ *British Journal of Psychiatry*, 162(6), 755–758.
<https://doi.org/10.1192/bjp.162.6.755>
- Hoffman, R. E., & Sledge, W. (1988). An analysis of grammatical deviance occurring in spontaneous schizophrenic speech. *Journal of Neurolinguistics*, 3(1), 89–101.
[https://doi.org/10.1016/0911-6044\(88\)90008-5](https://doi.org/10.1016/0911-6044(88)90008-5)
- Horne, R., Weinman, J., Barber, N., Elliott, R., & Morgan, M. (2005). *Concordance, adherence and compliance in medicine taking*.
- Hurt, S. W., Holzman, P. S., & Davis, J. M. (1983). Thought disorder. The measurement of its changes. *Undefined*, 40(12), 1281–1285.
<https://doi.org/10.1001/ARCHPSYC.1983.01790110023005>
- Insel, T. R. (2010). Rethinking schizophrenia. *Nature* 2010 468:7321, 468(7321), 187–193.
<https://doi.org/10.1038/nature09552>
- Iter, D., Yoon, J. H., & Jurafsky, D. (2018). *Automatic Detection of Incoherent Speech for Diagnosing Schizophrenia*. 136–146.
- Jääskeläinen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J. J., Saha, S., Isohanni, M., Veijola, J., & Miettunen, J. (2013). A Systematic Review and Meta-Analysis of Recovery in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 39(6), 1296–1306.
<https://doi.org/10.1093/SCHBUL/SBS130>
- Joanette, Y., Ska, B., & Côté, H. (2004). *Protocole Montréal d’Évaluation de la Communication*. Orthoéditi.
- 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. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.010>
- Kerns, J. G., & Berenbaum, H. (2002). Cognitive impairments associated with formal thought disorder in people with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(2), 211–224. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.111.2.211>
- Kramer, S., Bryan, K., & Frith, C. D. (2001). Mental illness and communication. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 36, 132–137.

- <https://doi.org/10.3109/13682820109177872>
- Krebs, M.-O. (2017). *Schizophrénie · Inserm, La science pour la santé*.
<https://www.inserm.fr/dossier/schizophrenie/>
- Le Bar, M., & Mahouet, C. (2011). *Schizophrénie et orthophonie : Évaluation des compétences pragmatiques, par le protocole MEC, de patients adultes schizophrènes. Comparaison avec des patients présentant d'autres pathologies psychiatriques*.
- Leboulz, L. (2021). *Représentations de la prise en soin orthophonique dans la schizophrénie chez les futur.e.s orthophonistes*. Médecine Sorbonne Université.
- Lederbogen, F., Haddad, L., & Meyer-Lindenberg, A. (2013). Urban social stress – Risk factor for mental disorders. The case of schizophrenia. *Environmental Pollution*, 183, 2–6. <https://doi.org/10.1016/J.ENVPOL.2013.05.046>
- Leentjens, A. F. G., Wiersma, S. M., Van Harskamp, F., & Wilmink, F. W. (1998). Disturbances of affective prosody in patients with schizophrenia; a cross sectional study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 64(3), 375–378.
<https://doi.org/10.1136/JNNP.64.3.375>
- Lhermitte, F. (1999). *Neuropsychologie du lobe frontal, GIL R* (Editions M). Abrégés neuropsychologie.
- Li, X., Hu, D., Deng, W., Tao, Q., Hu, Y., Yang, X., Wang, Z., Tao, R., Yang, L., & Zhang, X. (2017a). Pragmatic Ability Deficit in Schizophrenia and Associated Theory of Mind and Executive Function. *Frontiers in Psychology*, 8(DEC).
<https://doi.org/10.3389/FPSYG.2017.02164>
- Li, X., Hu, D., Deng, W., Tao, Q., Hu, Y., Yang, X., Wang, Z., Tao, R., Yang, L., & Zhang, X. (2017b). Pragmatic Ability Deficit in Schizophrenia and Associated Theory of Mind and Executive Function. *Frontiers in Psychology*, 8(DEC).
<https://doi.org/10.3389/FPSYG.2017.02164>
- Linscott, R. J., Knight, R. G., & Godfrey, H. P. D. (1996). The Profile of Functional Impairment in Communication (PFIC): a measure of communication impairment for clinical use. *Brain Injury*, 10(6), 397–412. <https://doi.org/10.1080/026990596124269>
- Linscott, Richard J. (2005). Thought disorder, pragmatic language impairment, and generalized cognitive decline in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 75(2–3), 225–232. <https://doi.org/10.1016/J.SCHRES.2004.10.007>
- Luciano, A., Bond, G. R., & Drake, R. E. (2014). Does employment alter the course and outcome of schizophrenia and other severe mental illnesses? A systematic review of longitudinal research. *Schizophrenia Research*, 159(2–3), 312–321.

- <https://doi.org/10.1016/J.SCHRES.2014.09.010>
- March, D., Hatch, S. L., Morgan, C., Kirkbride, J. B., Bresnahan, M., Fearon, P., & Susser, E. (2008). Psychosis and Place. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 84–100.
<https://doi.org/10.1093/EPIREV/MXN006>
- Marwaha, S., Johnson, S., Bebbington, P., Stafford, M., Angermeyer, M. C., Brugha, T., Azorin, J. M., Kilian, R., Hansen, K., & Toumi, M. (2007). Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 191(JULY), 30–37.
<https://doi.org/10.1192/BJP.BP.105.020982>
- Mazaux, J. M., & Orgogozo, J. M. (1982). Boston diagnostic aphasia examination. *Adaptation Française. Editions ECPA*.
- McCormick, L. M., & Flaum, M. (2005). Diagnosing schizophrenia circa 2005: How and why? *Current Psychiatry Reports* 2005 7:4, 7(4), 311–315.
<https://doi.org/10.1007/S11920-005-0086-4>
- McGurk, S. R., Twamley, E. W., Sitzler, D. I., McHugo, G. J., & Mueser, K. T. (2007). Reviews and Overviews A Meta-Analysis of Cognitive Remediation in Schizophrenia. In *Am J Psychiatry* (Vol. 164).
- McKenna, & Oh. (2005a). Schizophrenic Speech: Making Sense of Bathrooms and Ponds that Fall in Doorways. By P. McKenna and T. Oh. (Pp. 220; £55.00, \$95.00; ISBN 0-521-81075-2). Cambridge University Press: Cambridge, UK. 2005. *Psychological Medicine*, 35(10), 1535–1536. <https://doi.org/10.1017/S003329170522603X>
- McKenna, P. J., & Oh, T. M. (2005b). *Schizophrenic Speech: Making Sense of Bathrooms and Ponds that Fall in Doorways*.
- Medalia, A., & Freilich, B. (2008). The Neuropsychological Educational Approach to Cognitive Remediation (NEAR) Model: Practice Principles and Outcome Studies. <Http://Dx.Doi.Org/10.1080/15487760801963660>, 11(2), 123–143.
<https://doi.org/10.1080/15487760801963660>
- Meilijson, S. R., Kasher, A., & Elizur, A. (2004). Language performance in chronic schizophrenia: A pragmatic approach. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47(3), 695–713. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2004/053\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2004/053))
- Mitchell, R. L. C., & Crow, T. J. (2005). Right hemisphere language functions and schizophrenia: the forgotten hemisphere? *Brain*, 128(5), 963–978.
<https://doi.org/10.1093/BRAIN/AWH466>
- Moghaddam, B., & Javitt, D. (2011). From Revolution to Evolution: The Glutamate

- Hypothesis of Schizophrenia and its Implication for Treatment.
Neuropsychopharmacology 2011 37:1, 37(1), 4–15.
<https://doi.org/10.1038/npp.2011.181>
- Mollon, C. (2020). *SANTE MENTALE ET ORTHOPHONIE : Etat des lieux de la pratique orthophonique*. Université de Montpellier.
- Moreno-Küstner, B., Martín, C., & Pastor, L. (2018). Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analyses. *PLoS ONE*, 13(4). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0195687>
- Morgan, C., Charalambides, M., Hutchinson, G., & Murray, R. M. (2010). Migration, Ethnicity, and Psychosis: Toward a Sociodevelopmental Model. *Schizophrenia Bulletin*, 36(4), 655–664. <https://doi.org/10.1093/SCHBUL/SBQ051>
- National Institute for Care and Excellence. (2020). *Rehabilitation for adults with complex psychosis*. www.nice.org.uk/guidance/ng181
- Nespoulous, J.-L., Lecours, A. R., Lafond, D., Lemay, A., Puel, M., Joanette, Y., Cot, F., & Rascol, A. (2015). *Protocole Montréal-Toulouse d'examen linguistique de l'aphasie MT 86: Module standard initial version 1992*. Ortho édition.
- Oltmanns, T. F., Murphy, R., Berenbaum, H., & Dunlop, S. R. (1985). Rating verbal communication impairment in schizophrenia and affective disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 11(2), 292–299. <https://doi.org/10.1093/SCHBUL/11.2.292>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2016). *Guide d'intervention mhGAP pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées, version 2.0*. <http://apps.who.int/>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2020). *Classification Internationale des Maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé, Version 11, traduction française*.
- Os, van J., Read, J., van Os, J., Morrison, A. P., Ross, C. A., Stafford, B., Mental Health Partnership, T., Ross, C. A., & Read, J. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330–350. <https://doi.org/10.1111/J.1600-0447.2005.00634.X>
- 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). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0229603>

- Petitjean, F., & Marie-Cardine, M. (2003). *Schizophrénie débutantes: Diagnostics et modalités thérapeutiques*. Conférence de Consensus.
<https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=iLUIBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA151&dq=début+schizophrénie&ots=9N5Bi1zzJd&sig=xVM62skFs6kJcXBz65Npc7fHRxc#v=onepage&q=début+schizophrénie&f=false>
- Pomarol-Clotet, E., Oh, T. M. S. S., Laws, K. R., & McKenna, P. J. (2008). Semantic priming in schizophrenia: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 92–97. <https://doi.org/10.1192/BJP.BP.106.032102>
- Ponsford, J., Sloan, S., & Snow, P. (1995). *Traumatic Brain Injury: Rehabilitation for Everyday Adaptive Living*. Lawrence Erlbaum Associates.
<https://books.google.fr/books?id=xi4AwQEACAAJ>
- Radanovic, M., de Sousa, R. T., Valiengo, L. L., Gattaz, W. F., & Forlenza, O. V. (2013). Formal Thought Disorder and language impairment in schizophrenia. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 71(1), 55–60. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2012005000015>
- Raedler, T. J. (2010). Cardiovascular aspects of antipsychotics. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(6), 574–581. <https://doi.org/10.1097/YCO.0B013E32833F46C9>
- Revheim, N., Corcoran, C. M., Dias, E., Hellmann, E., Martinez, A., Butler, P. D., Lehrfeld, J. M., DiCostanzo, J., Albert, J., & 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.
<https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.2014.13091196/ASSET/IMAGES/LARGE/949F4.JPG>
- Ripke, S., Neale, B. M., Corvin, A., Walters, J. T. R., Farh, K. H., Holmans, P. A., Lee, P., Bulik-Sullivan, B., Collier, D. A., Huang, H., Pers, T. H., Agartz, I., Agerbo, E., Albus, M., Alexander, M., Amin, F., Bacanu, S. A., Begemann, M., Belliveau, R. A., ... O'Donovan, M. C. (2014). Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci. *Nature* 2014 511:7510, 511(7510), 421–427.
<https://doi.org/10.1038/nature13595>
- Robinson, D. G., Woerner, M. G., McMeniman, M., Mendelowitz, A., & Bilder, R. M. (2004). Symptomatic and Functional Recovery from a First Episode of Schizophrenia or Schizoaffective Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161(3), 473–479.
<https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.161.3.473/ASSET/IMAGES/LARGE/M613T3.JPG>
- Rossetti, I., Brambilla, P., & Papagno, C. (2018). Metaphor comprehension in schizophrenic patients. *Frontiers in Psychology*, 9(MAY), 670.

- <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2018.00670/BIBTEX>
- Royal College of Speech and Language Therapists. (2005). *Clinical Guidelines*.
http://tcssexed.weebly.com/uploads/1/2/5/9/12593116/ebp_rcslt_clinical_guidelines.pdf
- Royal College of Speech and Language Therapists. (2020). *Supporting adults with mental health conditions*. www.england.nhs.uk/publication/service-specification-me
- Ryu, Y., Mizuno, M., Sakuma, K., Munakata, S., Takebayashi, T., Murakami, M., Falloon, I. R. H., & Kashima, H. (2006). Deinstitutionalization of long-stay patients with schizophrenia: The 2-year social and clinical outcome of a comprehensive intervention program in Japan. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(5), 462–470.
<https://doi.org/10.1111/J.1440-1614.2006.01823.X>
- Saban-Bezalel, R., & Mashal, N. (2017). Comprehension and hemispheric processing of irony in schizophrenia. *Frontiers in Psychology*, 8(JUN), 943.
<https://doi.org/10.3389/FPSYG.2017.00943/BIBTEX>
- Sabb, F. W., van Erp, T. G. M., Hardt, M. E., Dapretto, M., Caplan, R., Cannon, T. D., & Bearden, C. E. (2010). Language network dysfunction as a predictor of outcome in youth at clinical high risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, 116(2–3), 173–183.
<https://doi.org/10.1016/J.SCHRES.2009.09.042>
- Scoffoni, E., & Voiron, A. (2010). *Évaluation des troubles de la communication dans la schizophrénie et rôle de l'orthophonie dans l'évaluation de ces troubles*.
- Seeman, P. (1987). Dopamine receptors and the dopamine hypothesis of schizophrenia. *Synapse*, 1(2), 133–152. <https://doi.org/10.1002/SYN.890010203>
- Semple, D. M., McIntosh, A. M., & Lawrie, S. M. (2005). Cannabis as a risk factor for psychosis: Systematic review. *Journal of Psychopharmacology*, 19(2), 187–194.
<https://doi.org/10.1177/0269881105049040>
- Tan, E. J., Yelland, G. W., & Rossell, S. L. (2016). Characterising receptive language processing in schizophrenia using word and sentence tasks.
[Http://Dx.Doi.Org/10.1080/13546805.2015.1121866](http://Dx.Doi.Org/10.1080/13546805.2015.1121866), 21(1), 14–31.
<https://doi.org/10.1080/13546805.2015.1121866>
- Tang, S. X., Kriz, R., Cho, S., Park, S. J., Harowitz, J., Gur, R. E., Bhati, M. T., Wolf, D. H., Sedoc, J., & Liberman, M. Y. (2021). Natural language processing methods are sensitive to sub-clinical linguistic differences in schizophrenia spectrum disorders. *Npj Schizophrenia* 2021 7:1, 7(1), 1–8. <https://doi.org/10.1038/s41537-021-00154-3>
- Tran, T. M., & Godefroy, O. (2011). La Batterie d'Évaluation des Troubles Lexicaux : effet des variables démographiques et linguistiques, reproductibilité et seuils préliminaires.

- Revue de Neuropsychologie*, 3(1), 52–69. <https://doi.org/10.1684/NRP.2011.0163>
- Ucok, A., Karakaş, B., & Şahin, O. Ş. (2021). Formal thought disorder in patients with first-episode schizophrenia: Results of a one-year follow-up study. *Psychiatry Research*, 301, 113972. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2021.113972>
- Valery, K. M., & Prouteau, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review. *Psychiatry Research*, 290, 113068. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2020.113068>
- Van, L., Butcher, N. J., Costain, G., Ogura, L., Chow, E. W. C., & Bassett, A. S. (2016). Fetal growth and gestational factors as predictors of schizophrenia in 22q11.2 deletion syndrome. *Genetics in Medicine : Official Journal of the American College of Medical Genetics*, 18(4), 350–355. <https://doi.org/10.1038/GIM.2015.84>
- Vianin, P., Deppen, P., Croisile, B., Tarpin-Bernard, F., Sarrazin-Bruchez, P., Dukes, R., & Grillon, M. L. (2010). Exploratory Investigation of a Customized cognitive remediation program for individuals living with schizophrenia. *J Cogn Rehabil*, 28.
- Vilatte, J.-C. (2007). *Méthodologie de l'enquête par questionnaire*. https://docplayer.fr/1087684-Methodologie-de-l-enquete-par-questionnaire.html?fbclid=IwAR20saV_A24v2djmxYEb0qMyOmK1p52OqXU1jg58gzltr4hiDdsWg50e-tI
- Walker, E. F., & Diforio, D. (1997). Schizophrenia: a neural diathesis-stress model. *Psychological Review*, 104(4), 667.
- Walsh, I., Regan, J., Sowman, R., Parsons, B., & McKay, A. P. (2007). A needs analysis for the provision of a speech and language therapy service to adults with mental health disorders. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 24(3), 89–93. <https://doi.org/10.1017/S0790966700010375>
- Welham, J., Scott, J., Williams, G. M., Najman, J. M., Bor, W., O'Callaghan, M., & McGrath, J. (2010). The antecedents of non-affective psychosis in a birth-cohort, with a focus on measures related to cognitive ability, attentional dysfunction and speech problems. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(4), 273–279. <https://doi.org/10.1111/J.1600-0447.2009.01470.X>
- Whitford, V., O'Driscoll, G. A., & Titone, D. (2018). Reading deficits in schizophrenia and their relationship to developmental dyslexia: A review. *Schizophrenia Research*, 193, 11–22. <https://doi.org/10.1016/J.SCHRES.2017.06.049>
- Wilf, T. J. (2004). Practice guidelines and combining atypical antipsychotics [5]. *American Journal of Psychiatry*, 161(9), 1717–1718. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.9.1717>

- 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.
<https://doi.org/10.1016/J.SCHRES.2017.11.014>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Jama*, 310(20), 2191–2194.
- Wykes, T., Reeder, C., Landau, S., Everitt, B., Knapp, M., Patel, A., & Romeo, R. (2007). Cognitive remediation therapy in schizophrenia: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 190(5), 421–427. <https://doi.org/10.1192/BJP.BP.106.026575>
- Zhang, J., Pan, Z., Gui, C., Zhu, J., & Cui, D. (2016). Clinical investigation of speech signal features among patients with schizophrenia. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 28(2), 95.
<https://doi.org/10.11919/J.ISSN.1002-0829.216025>

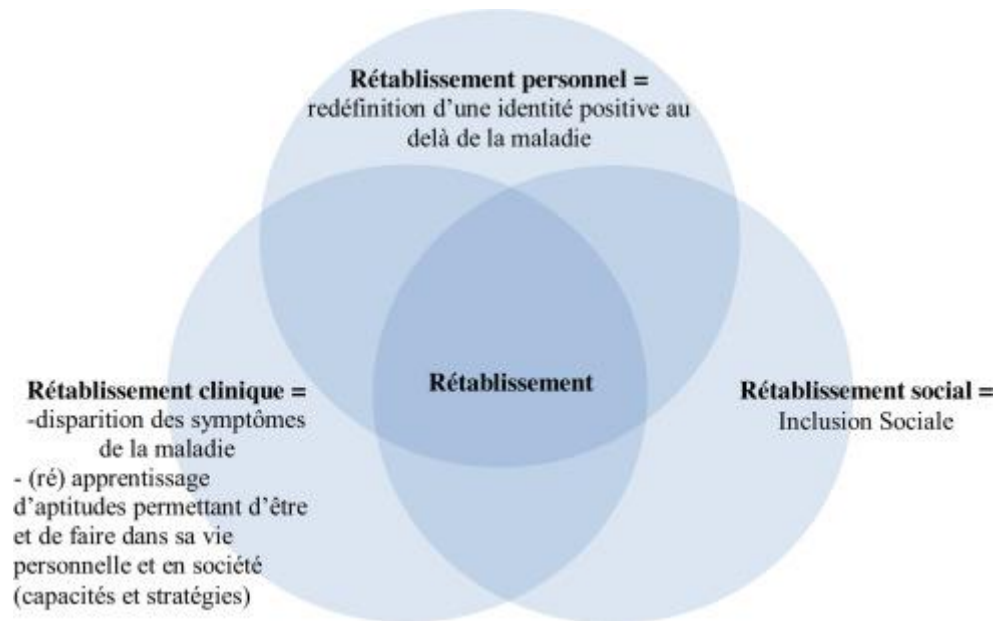
ANNEXES

Annexe 1 : « Les différents aspects du rétablissement ».....	66
Annexe 2 : Classification des troubles en symptômes positifs et négatifs.....	67
Annexe 3 : Correspondance entre les difficultés les plus fréquemment observées lors de la passation du protocole MEC et la terminologie utilisée par Andreasen.....	68
Annexe 4 : Livret d'information.....	69
Annexe 5 : Charte graphique de l'EPSM Georges Daumézou.....	75
Annexe 6 : Questionnaire.....	76
Annexe 7 : Réponses « Identification du professionnel ».....	87
Annexe 8 : Réponses « Evaluation des connaissances ».....	90
Annexe 9 : Réponses « Evaluation de la qualité et de l'intérêt du livret ».....	94
Annexe 10 : Test de normalité.....	97
Annexe 11 : Test de Wilcoxon.....	98
Annexe 12 : Retours et commentaires.....	99

Annexe 1

Les différents aspects du rétablissement. Issu de :

Dubreucq, J. (2021, April). Quels outils thérapeutiques en faveur du rétablissement dans la schizophrénie?. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 179, No. 4, pp. 363-369). Elsevier Masson



Annexe 2

Classification des troubles en symptômes positifs et négatifs.

Symptômes positifs	Symptômes négatifs
- Discours emphatique - Logorrhée - Tangentialité - Incohérences - Néologismes - Persévérations ...	- Alogie - Barrages - Dysprosodie, aprosodie

Annexe 3

Correspondance entre les difficultés les plus fréquemment observées lors de la passation du protocole MEC et la terminologie utilisée par Andreasen.

Composante de la communication	Sous-catégories	Difficultés les plus fréquemment retrouvées	Correspondance avec la terminologie d'Andreasen
Discours	Fil de la pensée	- cherche ses mots - exprime ses idées de façon peu précise - change de sujet, diverge	. Distractibilité du discours . Perte du but . Pauvreté du contenu du discours . Déraillement
	Règles conversationnelles	- manque d'initiative verbale - parle trop - se répète	. Pauvreté du discours . Logorrhée . Persévération
	Compréhension	- comprend mal ce qu'on lui dit	
	Langage non-verbal	- voix monotone - débit ralenti ou trop rapide	. pauvreté du discours . logorrhée
Pragmatique	Métaphores	- contresens - difficultés de généralisation : appropriation personnelle de l'énoncé, jugement - réponse incompréhensible - interprétation littérale	. Illogisme . Discours autoréférentiel
	Actes de langage indirect	- négligence de l'acte indirect - inférence logique mais inadaptée au contexte - confusion de pronoms, de mots, persévération avec les énoncés précédents - ajout de détails inopportuns - contresens	. incohérence . approximation de mot . persévération . discours circonlocutoire . illogisme

Annexe 4

Livret d'information créé.



Pour quoi ?

Une part conséquente des patients présentant un diagnostic de schizophrénie manifestent des difficultés dans leur langage et leur communication. Ces troubles concernent majoritairement la **pragmatique du langage**, c'est-à-dire la mise en lien du langage en fonction de son contexte : *prise en compte de l'interlocuteur, du contexte de la conversation, interprétation du langage indirect et utilisation d'une communication non-verbale appropriée.*

Ces difficultés, parfois subtiles, peuvent passer inaperçues alors qu'elles représentent pourtant un réel **handicap social** pour les patients, et un obstacle à leur réhabilitation psycho-sociale.

Les difficultés de langage et de communication sont souvent perçues comme le simple reflet de la pensée désorganisée des patients. Cependant, ces difficultés sont souvent résistantes au traitement médicamenteux, et **l'accompagnement spécifique du langage** par un.e orthophoniste est pertinent, à l'image des difficultés cognitives qui sont accompagnées par les neuropsychologues.

SOMMAIRE

POUR QUOI?	1
POUR QUI?	4
. la plainte	
. manifestation des troubles	
COMMENT?	13
DANS LA LITTÉRATURE	15
EN UN MOT	17
BIBLIOGRAPHIE	19
POUR ALLER PLUS LOIN	20

En outre, de nombreuses études mettent en avant les troubles du langage et de la communication comme **marqueurs positifs** de la maladie au stade prodromal (Corcoran et al., 2018). L'orthophoniste pourrait ainsi contribuer au dépistage des sujets à haut-risque de développer la maladie.

Le suivi orthophonique se fera nécessairement dans le cadre d'une **prise en soin pluridisciplinaire**, en collaboration avec les différents professionnels intervenant auprès du patient : *psychiatre, psychologue, neuropsychologue, infirmière, psychomotricien*...

Il existe aujourd'hui très peu d'orthophonistes travaillant en psychiatrie adulte. Leurs compétences spécifiques pourraient pourtant apporter une réelle plus-value dans l'accompagnement de certains patients. En tant que spécialiste **du langage et de la communication**, la place de l'orthophoniste auprès de ces patients est donc particulièrement pertinente dans l'évaluation et l'accompagnement de ces difficultés.

Ce livret a pour objectif d'informer les professionnels travaillant en structure auprès de patients porteurs de schizophrénie de l'intérêt et la pertinence que peut présenter le suivi orthophonique.





Pour qui ?

Une étude a mis en évidence que sur un panel de patients présents dans un service de psychiatrie adulte, **80% des participants avaient un trouble du langage, 60% un trouble de la communication et du discours, et 30% un trouble de la déglutition** (Walsh et al., 2007). **L'ensemble de ces difficultés font partie du champ de compétence de l'orthophonie.**

■ La plainte émise par le patient et/ou ses proches

- Apparition de tensions liées à la communication
- Irritabilité secondaire aux difficultés à se faire comprendre
- Difficulté à communiquer clairement sa pensée
- Quiproquos
- Isolement social
- Sentiment d'étrangeté dans l'échange
- Difficulté à comprendre le propos pour les interlocuteurs
- L'interlocuteur doit faire un effort actif pour suivre et mener l'échange
- ...

Il est possible qu'il n'existe pas de plainte particulière formulée par le patient et ses proches, alors que le professionnel observe des difficultés. Il sera alors intéressant de questionner plus en détails le patient sur ses éventuelles difficultés et les solutions qui peuvent lui être proposées.

3

4

■ **Manifestations des troubles** Les troubles du langage et de la communication sont nombreux et peuvent se manifester sous des formes variées. On retrouve fréquemment :

* Dans ce que produit le patient

Tangentialité : Réponse « à côté » ou indirecte à une question.

- Dans quelle ville êtes-vous né ?
- Eh bien c'est une question difficile parce que mes parents... je suis né dans l'Iowa, mais je sais que je suis blanc et pas noir, donc apparemment je suis né dans le Nord quelque part, mais je ne sais pas où, vous comprenez je ne sais pas vraiment d'où venaient mes ancêtres [...]

Discours circonlocutoire : Le discours est détourné vers des détails superflus et tarde à atteindre son objectif.

- Est-ce que c'était facile d'arriver ici ?
- Hum, oui. D'abord, nous avons pris le train pendant un moment. Ensuite, le contrôleur est venu. Nous voulions acheter des billets normaux, mais le contrôleur nous a dit qu'il était possible d'obtenir une réduction sur le deuxième billet lorsqu'on est accompagné. Et si l'on dispose d'une carte d'abonnement, c'est encore moins cher, mais malheureusement, nous n'en avions pas. A l'arrivée, nous sommes descendus du train et avons pris un taxi.

5



Déraillement : Une idée est abandonnée pour en aborder une autre sans rapport avec la première, ou avec des rapports lointains.

- Vous vous êtes plus à l'université ?
- Eh bien, j'aimais certains sujets, eh bien, j'essayais, et le jour suivant en sortant vous savez, j'ai pris la situation en main, eh bien j'ai hum, teint mes cheveux, [...]

Pauvreté du discours □ Pauvreté quantitative du discours.

- Vous avez des enfants ?
- Oui.

Pauvreté du contenu : Pauvreté qualitative du discours sans altération de la quantité, peu d'informations sont communiquées.

- Pourquoi à votre avis les gens croient-ils en Dieu ?
- Bien, d'abord parce que, il heu, il est la personne qui, c'est pour son salut. Il parle et marche avec moi. Et heu, ce que j'en pense, hum un tas de gens ; heu ne se connaissent pas eux-mêmes [...]

6



Logorrhée : Discours accéléré qui est souvent difficile à interrompre.

Distractibilité du discours : Changement soudain de sujet en réponse à un détail de l'environnement.
- *Quand j'ai quitté San Francisco pour aller à... où avez-vous trouvé cette cravate ?*

Incohérence : Discours partiellement ou entièrement incompréhensible, peut ressembler à la présentation d'une aphasie type Wernicke, les phrases ne semblent pas avoir de sens.
- *Que pensez-vous des problèmes actuels tels que la crise du pétrole ?*
- *Ils sont en train de détruire trop de bétail et de pétrole, juste pour faire du savon. Comme si on avait besoin de savon quand on peut sauter dans une pièce d'eau, et puis quand vous voulez acheter de l'essence, mes parents ont toujours dit qu'il fallait du soda [...]*

7

Pensée illogique : Le discours aboutit à des conclusions erronées ou aberrantes sans forcément se baser sur des idées délirantes.

- *Qu'est ce qu'un parent pour vous ?*

- *Les parents sont des gens qui vous élèvent. Tout ce qui vous élève peut-être un parent. Les parents sont toute chose (matérielle, végétale ou minérale) susceptible d'être source d'enseignement. Les parents sont le monde vivant, toutes les choses qui existent. Les rochers on peut regarder un rocher et apprendre quelque chose de lui, de telle sorte qu'il devient un parent.*

Association par assonances : Le choix des mots et des idées est gouverné par les sons plus que par le sens.

- *Pourriez-vous m'expliquer à nouveau ce qui vous arrive ?*

- *Je n'essaie pas de me faire entendre, j'essaie de me faire comprendre. Si vous pouvez faire du sens avec du non-sens, alors bonne chance. J'essaie en un sens de faire du sens avec du non-sens. Le sens ne m'intéresse plus, il y a trop de sens uniques, les « cent » m'intéressent. Pour être franc, ce sont les francs qui m'intéressent.*

Néologisme : Formation de mots nouveaux.

- *J'étais si en colère que j'ai pris le plat et je l'ai jeté au geshinker*

8

Approximation de mots : Utilisation de mots existants mais utilisés dans un sens nouveau ou inhabituel. L'usage semble étrange.

- *Quelle heure est-il ?*

- *Je ne sais pas. Désolé. Je n'ai pas mis mon panneau de poignet aujourd'hui.*

Persévération : Répétition persistante de mots, d'idées ou de sujets particuliers.

- *Je pense que je vais mettre mon chapeau, mon chapeau, mon chapeau.*

Echolalie : Répétition en écho de mots ou de phrases de l'interlocuteur.

- *J'aimerais parler avec vous quelques minutes*

- *Parler avec vous quelques minutes*

Barrage : Interruption du discours avant qu'une pensée ou une idée n'aient été menées à leur terme, généralement suivie par une période de silence.

Discours emphatique : Discours trop emphatique qui peut apparaître guindé, désuet, pompeux ou encore obséquieux.

- *Pardonnez-moi, madame, pourrais-je me permettre de solliciter de votre part un entretien dans votre bureau, à votre convenance ?*

Discours auto-référentiel : Des sujets de conversation apparemment neutres sont ramenés à soi.

- *Quelle heure est-il ?*

- *Sept heures. C'est un problème pour moi. Je ne sais jamais quelle heure il est. Peut-être que je devrais mieux suivre l'heure.*

Difficultés de communication non-verbale : Absence de gestuelle appropriée pour soutenir le discours, de marqueurs de compréhension lors de l'écoute de l'interlocuteur, d'une mimique faciale appropriée...

Absence de prosodie adaptée : Absence ou réduction des variations de la voix relatives au contenu linguistique ou émotionnel qui est communiqué. Le ton peut être monotone et perçu comme « ennuyeux ».

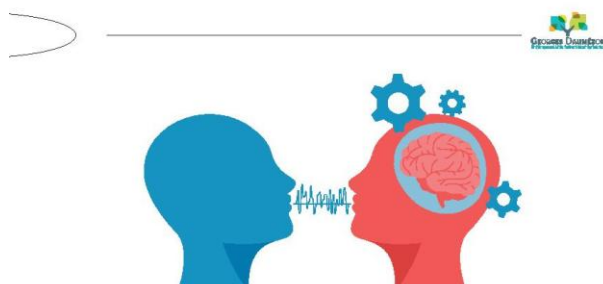
Autres difficultés pragmatiques fréquentes dans le discours :

- Respect des tours de parole
- Prise en compte de l'interlocuteur et du contexte
- Respect des normes et convenances sociales
- Compréhension de ce qui relève du savoir partagé avec son interlocuteur ou non
- ...

** Les exemples sont tirés de la traduction française (Bazin et al., 2002) de l'échelle Thought, Language and Communication (Andreasen, 1986)*

9

10



*Dans ce que comprend le patient

Inférences : En compréhension, les difficultés se situent particulièrement dans la compréhension des inférences et du langage indirect. Les éléments suivants pourront donc être mal compris par le patient :

- Métaphores
- Langage figuré
- Expressions idiomatiques
- Humour
- ...

Discours : Le discours peut être difficilement ou mal compris par le patient, qu'il soit présenté sous forme orale ou écrite. Ces difficultés sont généralement en lien avec un déficit de la mémoire de travail.

Prosodie : La prosodie linguistique et émotionnelle peuvent ne pas être comprises, c'est-à-dire que les variations de la voix qui traduisent des intentions, en marquant des accents sur les mots, des formes interrogatives ou la présence d'émotions par exemple, ne seront pas forcément comprises par le patient.

11



■ ■ ■

Comment ?

■ Le bilan orthophonique

— La passation d'un bilan orthophonique est un préalable nécessaire à tout suivi afin de réaliser un **état des lieux complet** des difficultés et des compétences préservées du patient.

Le bilan comprend un temps d'entretien d'anamnèse, la passation de batteries ou d'épreuves spécifiques, et la restitution de la conclusion du bilan au patient et éventuellement à sa famille.

Certaines échelles peuvent être utilisées pour dresser un premier état des lieux des difficultés de langage et de communication, telles que la TLC (échelle d'évaluation de la pensée, du langage et de la communication), mais elles nécessitent souvent un examen plus complet des difficultés langagières car elles ne reflètent pas nécessairement les **difficultés rencontrées au quotidien** par le patient, et n'évaluent pas les **difficultés de compréhension** et la **pragmatique** du langage, qui sont pourtant souvent déficitaires dans la schizophrénie et sont les aspects qui impactent le plus les patients dans leur quotidien.

Les épreuves et batteries utilisées sont empruntées de la neurologie et chez l'adolescent, car il n'existe pour l'heure pas de tests de langage et de communication complets standardisés pour les patients porteurs de schizophrénie.

13



12

Les axes de prise en soin seront élaborés à l'issue de ce bilan, qui permettra également de déterminer si le patient pourrait bénéficier de séances de groupes thérapeutiques ou si des séances individuelles seules sont plus indiquées.

Dans le cadre des filières de réhabilitation psycho-sociale, le bilan orthophonique peut également avoir une fonction d'**aide au diagnostic différentiel**, notamment lorsqu'on se questionne sur une manifestation prodromale de la schizophrénie ou d'autres troubles, telles que le trouble du spectre autistique, le trouble développemental du langage (=dysphasie) et la co-occurrence de plusieurs troubles neurodéveloppementaux dans le cadre de maladies génétiques.

■ La prise en soin

— La prise en soin visera à combiner une rééducation des fonctions déficitaires selon les difficultés objectivées par le bilan, et à élaborer des stratégies adaptatives et palliatives, en s'appuyant sur les capacités préservées et des aides externes. La rééducation pourra combiner des supports papier/crayon et des supports informatiques, en veillant à respecter les principes d'une rééducation efficace : *intensité, répétition, complémentarité des approches et fonctionnalité*. En effet, l'objectif sera toujours d'être **au plus proche de la réalité du patient et de sa plainte**. L'enjeu principal sera de parvenir à transférer les acquis dans la vie quotidienne, en progressant vers des objectifs parlants et concrets.

Nous nous appuierons sur les éléments mis en avant dans le bilan neuropsychologique afin de prendre en compte les difficultés du patient dans son ensemble, et bien garder en tête la nature et l'intensité des troubles cognitifs qui ont un impact sur le langage.

14

DANS LA LITTÉRATURE



15

Une revue systématique de la littérature a étudié les résultats de **18 études** ayant mis en place une rééducation orthophonique à un total de **326 patients** porteurs de schizophrénie (Joyal et al., 2016). Sur les **12 études** qui ont ciblé la pragmatique et les compétences discursives chez ces patients, **11** d'entre elles ont montré une amélioration de ces capacités. *Les études qui ont effectué un entretien de suivi dans le temps ont montré que les gains se maintenaient entre 2 mois à 2 ans après la thérapie.*

L'article conclut ainsi :

« Le domaine de l'orthophonie peut contribuer à décrire de manière détaillée les troubles de la parole et du langage chez les patients schizophréniques tout au long de leur vie, ainsi qu'à identifier et à développer des approches efficaces pour traiter les troubles de la parole et du langage en s'appuyant sur des données factuelles. Les services multidisciplinaires existants offerts à ces patients pourraient envisager d'inclure la spécialité d'orthophonie dans la structure et des incitations fortes dans le domaine de l'orthophonie devraient être mises en avant afin de développer des tests standardisés pour évaluer les capacités de parole et de langage des patients atteints de schizophrénie. »

16

En un mot :

Les troubles du langage et de la communication sont **fréquents** chez les patients porteurs de schizophrénie, et ces difficultés nécessitent une prise en soin spécifique et adaptée.

Bien qu'actuellement **peu nombreux**, se dans les structures de psychiatrie adulte, les orthophonistes sont habilités à prendre en soin ces patients.

L'intégration de l'orthophonie dans les parcours de soin en psychiatrie adulte est un réel **enjeu** dans la **réhabilitation psycho-sociale** des personnes concernées par ces difficultés.

17

➔ **Je suis un professionnel de santé travaillant dans une structure de psychiatrie adulte, que faire si je constate des difficultés du langage et de la communication chez un patient ?**

Vous êtes médecin/psychiatre :

- Vous pouvez **prescrire** au patient concerné un bilan orthophonique du langage et de la communication avec rééducation si nécessaire.
- Vous pouvez **échanger** avec une collègue orthophoniste à ce sujet, en vous adressant à une orthophoniste de votre structure ou exerçant en libéral.

Vous êtes un autre professionnel de santé, vous pouvez :

- **Noter la nature des difficultés** que vous constatez chez le patient.
- **Échanger avec vos collègues** en équipe pour savoir s'ils ont constaté les mêmes difficultés.
- **Questionner le patient** : À-t-il l'impression de rencontrer des difficultés dans son langage ? À-t-il parfois des difficultés à exprimer sa pensée ? À se faire comprendre ? À comprendre les autres ?
- **Suggérer à un médecin de rencontrer le patient** afin d'évaluer la nécessité ou non de prescrire un bilan orthophonique.

18



Bibliographie :

- Andreasen, N. C. (1986). Scale for the Assessment of Thought, Language, and Communication (TLC). *Schizophrenia Bulletin*, 12(3), 473-482.
<https://doi.org/10.1093/SCHBUL/12.3.473>
- Bazin, N., Lefrere, F., Passerieux, C., Sarfati, Y., & Hardy-Baylé, M.-C. (2002). Troubles formels 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) [Formal thought disorders: French translation of the Thought, Language and Communication assessment scale]. *L'Encéphale : Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 28(2), 109-119.
- Corcoran, C. M., Carrillo, F., Fernández-Slezak, D., Bedi, G., Klim, C., Javitt, D. C., Bearden, C. E., & Cecchi, G. A. (2018). Prediction of psychosis across protocols and risk cohorts using automated language analysis. *World Psychiatry*, 17(1), 67-75.
<https://doi.org/10.1002/WPS.20491>
- 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.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.010>
- Walsh, I., Regan, J., Sowman, R., Parsons, B., & McKay, A. P. (2007). A needs analysis for the provision of a speech and language therapy service to adults with mental health disorders. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 24(3), 89-93.
<https://doi.org/10.1017/S0790966700010375>

19

Pour aller plus loin :

Les troubles du langage dans le dépistage, le diagnostic et le pronostic fonctionnel de la maladie :

- Iter, D., Yoon, J. H., & Jurafsky, D. (2018). *Automatic Detection of Incoherent Speech for Diagnosing Schizophrenia*, 136-146.
- Roche, E., Lyne, J., O'Donoghue, B., Segurado, R., Behan, C., Renwick, L., Fanning, F., Madigan, K., & Clarke, M. (2016). The prognostic value of formal thought disorder following first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 178(1-3), 29-34.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.09.017>
- Tan, E. J., Thomas, N., & Rossell, S. L. (2014). Speech disturbances and quality of life in schizophrenia : Differential impacts on functioning and life satisfaction. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 693-698.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2013.10.016>
- Zhang, J., Pan, Z., Gui, C., Zhu, J., & Cui, D. (2016). Clinical investigation of speech signal features among patients with schizophrenia. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 28(2), 95.
<https://doi.org/10.11919/J.ISSN.1002-0829.216025>

■ ■ ■

20

Liens entre la dyslexie et la schizophrénie :

- Whitford, V., O'Driscoll, G. A., & Titone, D. (2018). Reading deficits in schizophrenia and their relationship to developmental dyslexia: A review. *Schizophrenia Research*, 193, 11-22.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.06.049>

L'évaluation orthophonique dans la schizophrénie :

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

La prise en soin orthophonique dans la schizophrénie :

- 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.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.010>

Santé mentale et orthophonie :

- Le Bar, M., & Mahouet, C. (2011). *Schizophrénie et orthophonie : Évaluation des compétences pragmatiques, par le protocole MEC, de patients adultes schizophréniques. Comparaison avec des patients présentant d'autres pathologies psychiatriques.*

- Mollon, C. (2020). *SANTÉ MENTALE ET ORTHOPHONIE : Etat des lieux de la pratique orthophonique.* Université de Montpellier.

21

Rédaction : Jeanne Hémerly
Étudiante en Master 2
au Centre de Formation Universitaire Orthophonique de Nantes
jeanne.hemery@etu.univ-nantes.fr

Remerciements :

Graphisme et mise en page :

Léa Petit-Dangeon
LinkedIn : [linkedin.com/in/le%C3%A0-petit-dangeon](https://www.linkedin.com/in/le%C3%A0-petit-dangeon)
Portfolio : [instagram.com/nylae_art/](https://www.instagram.com/nylae_art/)
petit.dangeon.lea@gmail.com

Supervision et soutien du projet :

Caroline Boucard – Orthophoniste
cboucard@ch-daumezon45.fr

Jérôme Le Guen – Neuropsychologue
jleguen@ch-daumezon45.fr

EPSM Georges Daumézon – Pôle de soins spécifiques : filière de réhabilitation psycho-sociale

■ ■ ■

22

Annexe 5

Charte graphique de l'Etablissement Public de Santé Mentale du Loiret Georges Daumézon.

LA TYPOGRAPHIE

Le logotype

Pour les supports de communication, les outils édités et le web (site internet, applications...), les polices **Overlock** et **Avenir Next Condensed** seront utilisées.

Overlock = limité aux titres (en majuscules) et à la mise en valeur de textes courts (police gratuite disponible sur google font)

Avenir Next Condensed = texte courant (police payante)

Lorsque ces polices ne peuvent être utilisées, les polices **Roboto**, **Lucida Grande** ou **Lucida Console** et **Arial** seront choisies comme polices de remplacement : pour l'utilisation web et bureautique (rédaction de courriers, création d'un Powerpoint etc.).

	TITRE	Texte courant
Police d'édition	Overlock Regular Overlock Bold Overlock Balck	Avenir Next Condensed Regular Avenir Next Condensed Bold Avenir Next Condensed Italic Avenir Next Condensed Bold Italic
Police de remplacement gratuite et web disponible sur google font	Overlock Regular Overlock Bold Overlock Balck	Roboto Condensed Regular Roboto Condensed Bold Roboto Condensed Italic Roboto Condensed Bold Italic
Police de remplacement disponible sur tous les ordinateurs Mac et PC	Lucida Grande Regular Lucida Grande Bold	Arial Regular Arial Bold Arial Italic Arial Bold Italic

Pour être efficace, la charte graphique s'applique à tous les documents
Nous vous invitons à respecter OBLIGATOIREMENT toutes les règles d'utilisation du logo ainsi que les typographies sélectionnées.

9

LES COULEURS INSTITUTIONNELLES

Le logotype

Les couleurs institutionnelles correspondent aux couleurs du logotype.
Il y a les couleurs principales qui sont enrichies par les couleurs secondaires.

Les références couleur ci-contre sont données :

- en quadrichromie : impression quadrichromie
- en tons directs Pantone : édition en monochromie, bichromie ou trichromie
- en couleur RVB et hexadécimale (#) : web, application écran

Couleurs principales



CMJN : 71 / 0 / 27 / 0
Pantone : 3115C
RVB : 37 / 182 / 193
#25b6c1



CMJN : 67 / 41 / 38 / 22
Pantone : 7475C
RVB : 86 / 114 / 125
#56727d



CMJN : 0 / 33 / 93 / 0
Pantone : 1235C
RVB : 250 / 181 / 18
#fab512



CMJN : 6 / 6 / 91 / 0
Pantone : 102C
RVB : 249 / 224 / 16
#f9e010



CMJN : 32 / 10 / 94 / 0
Pantone : 382C
RVB : 192 / 195 / 39
#c0c327

Couleurs secondaires



CMJN : 74 / 7 / 30 / 0
Pantone : 7467C
RVB : 21 / 171 / 181
#15abb5



CMJN : 86 / 20 / 96 / 6
Pantone : 348C
RVB : 0 / 136 / 62
#00883d



CMJN : 28 / 45 / 94 / 21
Pantone : 132C
RVB : 166 / 123 / 33
#a67b20

Annexe 6

Questionnaire.

26/04/2022 12:05

Questionnaires - La prise en soin orthophonique des patients porteurs de schizophrénie : Information aux professionnels exe...

La prise en soin orthophonique des patients porteurs de schizophrénie : information aux professionnels exerçant en structure de psychiatrie adulte

Ce questionnaire s'inscrit dans le cadre d'un mémoire de Master 2 en orthophonie portant sur la prise en soin orthophonique auprès de patients adultes porteurs de schizophrénie.

Dans ce cadre, un livret d'information à destination des équipes soignantes des lieux d'accueil en psychiatrie a été élaboré.

Ce questionnaire a pour but :

- d'évaluer de quelles informations disposent les professionnels travaillant en structure de psychiatrie adulte quant au rôle que peut avoir l'orthophonie auprès des patients schizophrènes
- de partager ce livret d'information aux professionnels
- d'évaluer l'intérêt éventuel de ce livret pour ses lecteurs, ainsi que sa qualité sur le fond et la forme

Ce questionnaire est donc constitué en 3 étapes :

1. Questions avant lecture du livret
2. Lecture du livret d'information
3. Questions après lecture du livret

Durée moyenne : 15 minutes

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez me contacter par mail :

jeanne.hemery@etu.univ-nantes.fr

En cliquant sur "suivant", vous donnez votre consentement libre et éclairé.

Vous êtes libres d'arrêter le questionnaire à tout moment si vous le souhaitez.

Ce questionnaire est anonyme afin de respecter la confidentialité des données.

Merci pour votre participation, celle-ci est précieuse !

Il y a 36 questions dans ce questionnaire.

Identification du professionnel

Quel est votre métier ?

*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Psychiatre
- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Psychologue
- ☐ Psychologue spécialisé en neuropsychologie (~neuropsychologue)
- ☐ Infirmier.ère
- ☐ Aide-soignant.e
- ☐ Psychomotricien.ne
- ☐ Ergothérapeute
- ☐ Autre

Dans quelle structure travaillez-vous ? *

● Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ CHS: centre hospitalier spécialisé en psychiatrie / santé mentale
- ☐ Service de psychiatrie au sein d'un CHU ou CH
- ☐ Hôpital psychiatrique privé, clinique
- ☐ CMP: centre médico-psychologique
- ☐ Hôpital de jour
- ☐ CATTP: Centre d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel
- ☐ Centre de réhabilitation psycho-sociale
- ☐ Unité d'hospitalisation à temps complet

☐ Autre:

A quelle fréquence êtes-vous en contact avec des patients porteurs de schizophrénie ? *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Jamais
- ☐ Rarement (moins d'une fois par semaine)
- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Plusieurs fois par semaine
- ☐ Tous les jours

Avez-vous constaté une ou plusieurs des difficultés suivantes chez les patients schizophrènes concernant leur parole, langage et/ou communication ? *

● Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Troubles de la prosodie (difficultés à modifier sa voix de façon appropriée pour transmettre des émotions, ton monotone...)
- ☐ Troubles lexico-sémantiques (emplois de mots qui n'existent pas ou qui sont mal employés, difficulté à trouver ses mots, utilisation de mots en fonction de leurs sons plus que du sens...)
- ☐ Troubles du discours (discours réduit et peu informatif, pauses inadaptées, persévérance d'idées, difficultés à tenir un fil conducteur, déraillement du sujet...)
- ☐ Troubles de la pragmatique (difficultés à prendre en compte son interlocuteur, le contexte, adoption d'une posture adaptée, respect des tours de rôle, tendance à ramener le sujet à soi...)
- ☐ Difficultés de compréhension du discours (à l'oral ou à l'écrit)
- ☐ Difficultés à comprendre des inférences (métaphores, langage indirect, sous-entendus, ironie, humour...)
- ☐ Difficultés de compréhension de la prosodie (difficultés à comprendre l'émotion et le ton employé par un interlocuteur)
- ☐ Troubles de la fluence (bégaiement, débit de parole anormal...)
- ☐ Non, je n'ai constaté aucune de ces difficultés
- ☐ Je ne sais pas

☐ Autre:

Si oui, cela concerne-t-il ?

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tous les patients
- ☐ Une majorité de patients
- ☐ Quelques patients
- ☐ Très peu de patients seulement

Avez-vous déjà entendu parler d'intervention de l'orthophonie dans le cadre de la psychiatrie adulte ? *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

Est-ce qu'un ou une orthophoniste intervient dans votre service ? *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

Evaluation des connaissances préalables

Vous trouverez ci-dessus plusieurs affirmations. Veuillez indiquer si vous êtes tout à fait d'accord, d'accord, neutre, pas d'accord ou pas du tout d'accord avec l'affirmation correspondante.

L'orthophonie est une prise en soin qui peut être pertinente pour certains patients porteurs de schizophrénie *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Indifférent / Neutre
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

L'orthophonie a des outils à sa disposition pour évaluer les troubles du langage et de la communication chez ces patients *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Indifférent / Neutre
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

Le langage, la parole et la communication peuvent être sensibles à une rééducation chez ces patients

*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Indifférent / Neutre
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

L'orthophoniste est le professionnel le plus adapté pour prendre en soin les aspects langagiers et communicationnels des patients porteurs de schizophrénie

*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Indifférent / Neutre
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

L'orthophonie a sa place dans le cadre de prises en soin pluridisciplinaires des patients schizophréniques

*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Indifférent / Neutre
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

Les difficultés de langage, de parole et de communication disparaissent entièrement si le patient prend un traitement médicamenteux adapté à sa pathologie *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
☐ D'accord
☐ Indifférent / Neutre
☐ Pas d'accord
☐ Pas du tout d'accord

Les difficultés de langage, de parole et de communication ne sont présentes que lorsque le patient vit un épisode sévère de décompensation *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
☐ D'accord
☐ Indifférent / Neutre
☐ Pas d'accord
☐ Pas du tout d'accord

Evaluation des connaissances après lecture du livret

LECTURE DU LIVRET D'INFORMATION

lien du livret

⇒ </upload/surveys/725787/files/La%20prise%20en%20soin%20orthophonique%20des%20patients%20por>
 (/upload/surveys/725787/files/La%20prise%20en%20soin%20orthophonique%20des%20patients%20por

APRES lecture de ce livret, répondez aux questions suivantes.

Certaines questions sont identiques à celles auxquelles vous venez de répondre, cela permet de mesurer la prise d'information.

L'orthophonie a des outils à sa disposition pour évaluer les troubles du langage et de la communication chez ces patients *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
☐ D'accord
☐ Indifférent / Neutre
☐ Pas d'accord
☐ Pas du tout d'accord

L'orthophonie est une prise en soin qui peut être pertinente pour certains patients porteurs de schizophrénie ***● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous**

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Indifférent / Neutre
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

Le langage, la parole et la communication peuvent être sensibles à une rééducation chez ces patients

*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Indifférent / Neutre
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

L'orthophoniste est le professionnel le plus adapté pour prendre en soin les aspects langagiers et communicationnels des patients porteurs de schizophrénie

*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Indifférent / Neutre
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

L'orthophonie a sa place dans le cadre de prises en soin pluridisciplinaires des patients schizophréniques

*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Indifférent / Neutre
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

Les difficultés de langage, de parole et de communication disparaissent entièrement si le patient prend un traitement médicamenteux adapté à sa pathologie *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Indifférent / Neutre
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

Les difficultés de langage, de parole et de communication ne sont présentes que lorsque le patient vit un épisode sévère de décompensation *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Indifférent / Neutre
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

Evaluation de la qualité et de l'intérêt du livret

Ce livret est facilement compréhensible *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Indifférent / Neutre
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

Ce livret est agréable à consulter *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Indifférent / Neutre
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

L'organisation des différentes sections est claire *

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Indifférent / Neutre
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

Je pourrais recommander la lecture de ce livret à des collègues

*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Indifférent / Neutre
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

Je suis satisfait.e de la quantité d'informations présentes dans ce livret

*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Indifférent / Neutre
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

Je suis satisfait.e de la qualité des informations présentes dans ce livret

*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Indifférent / Neutre
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

Ce livret d'information est adapté au public qu'il vise (professionnels de soin exerçant en psychiatrie)

★

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Indifférent / Neutre
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

Le rôle de l'orthophoniste auprès de ces patients me paraît clair

★

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Indifférent / Neutre
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

Les troubles de la parole, du langage et de la communication sont présentés de façon claire et compréhensible

★

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Indifférent / Neutre
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

Ce livret m'a appris de nouvelles informations

★

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Indifférent / Neutre
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

J'ai appris des informations sur l'orthophonie de manière générale

*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Indifférent / Neutre
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

J'ai appris des informations sur les troubles du langage et de la communication présents dans la schizophrénie

*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Indifférent / Neutre
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

J'ai appris des informations sur le rôle spécifique des orthophonistes dans la prise en soin de patients porteurs de schizophrénie

*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Indifférent / Neutre
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

Il serait pertinent qu'un orthophoniste soit présent.e dans le service où je travaille

*

● Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Indifférent / Neutre
- ☐ Pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

Commentaires et retours sur le livret

Veuillez écrire votre réponse ici :

Avez-vous des suggestions ou des remarques ?

Des commentaires sur les points positifs et/ou les points à améliorer pour ce livret ?

Merci pour votre participation !

Celle-ci est précieuse pour participer à la transmission d'informations sur le rôle de l'orthophonie auprès des patients schizophréniques.

Pour toute autre question, vous pouvez me contacter par mail :

jeanne.hemery@etu.univ-nantes.fr

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

Annexe 7

Réponses de la section « Identification du professionnel ».

Quel est votre métier ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Psychiatre (A1)	6	6.82%
Médecin généraliste (A2)	1	1.14%
Psychologue (A3)	4	4.55%
Psychologue spécialisé en neuropsychologie (=neuropsychologue) (A4)	8	9.09%
Infirmier.ère (A5)	47	53.41%
Aide-soignant.e (A6)	3	3.41%
Psychomotricien.ne (A7)	2	2.27%
Ergothérapeute (A8)	2	2.27%
Autre	15	17.05%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Identifiant (ID)	Réponse
5	Cadre de santé
8	Cadre supérieur de santé
15	educatrice spécialisée
31	Cadre de santé
43	IPA
100	Educatrice spécialisée
123	Enseignant en Activité Physique Adaptée et Santé
134	cadre de santé
168	Assistante sociale
170	SECRETAIRE MEDICALE
174	assistante sociale
179	Infirmière étudiante en pratiques avancées santé mentale et psychiatrie
183	A.M.A. Documentaliste
185	cadre de santé
205	PREPARATRICE EN PHARMACIE

Dans quelle structure travaillez-vous ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
CHS: centre hospitalier spécialisé en psychiatrie / santé mentale (SQ001)	27	30.68%
Service de psychiatrie au sein d'un CHU ou CH (SQ002)	13	14.77%
Hôpital psychiatrique privé, clinique (SQ87006)	0	0.00%
CMP: centre médico-psychologique (SQ003)	23	26.14%
Hôpital de jour (SQ004)	12	13.64%
CATTP: Centre d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel (SQ005)	4	4.55%
Centre de réhabilitation psycho-sociale (SQ007)	25	28.41%
Unité d'hospitalisation à temps complet (SQ87007)	7	7.95%
Autre	6	6.82%

Identifiant (ID)	Réponse
6	Atelier thérapeutique
15	atelier thérapeutique
31	Cadre de santé
51	Équipe mobile réhabilitation
59	USPID
112	Prise en charge des familles

A quelle fréquence êtes-vous en contact avec des patients porteurs de schizophrénie ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Jamais (A1)	1	1.14%
Rarement (moins d'une fois par semaine) (A2)	4	4.55%
Une fois par semaine (A3)	0	0.00%
Plusieurs fois par semaine (A4)	33	37.50%
Tous les jours (A5)	50	56.82%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Avez-vous constaté une ou plusieurs des difficultés suivantes chez les patients schizophrènes concernant leur parole, langage et/ou communication ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Troubles de la prosodie (difficultés à modifier sa voix de façon appropriée pour transmettre des émotions, ton monotone...) (SQ001)	70	79.55%
Troubles lexico-sémantiques (emplois de mots qui n'existent pas ou qui sont mal employés, difficulté à trouver ses mots, utilisation de mots en fonction de leurs sons plus que du sens...) (SQ002)	61	69.32%
Troubles du discours (discours réduit et peu informatif, pauses inadaptées, persévération d'idées, difficultés à tenir un fil conducteur, déraillement du sujet...) (SQ003)	81	92.05%
Troubles de la pragmatique (difficultés à prendre en compte son interlocuteur, le contexte, adoption d'une posture adaptée, respect des tours de rôle, tendance à ramener le sujet à soi...) (SQ004)	68	77.27%
Difficultés de compréhension du discours (à l'oral ou à l'écrit) (SQ005)	62	70.45%
Difficultés à comprendre des inférences (métaphores, langage indirect, sous-entendus, ironie, humour...) (SQ006)	73	82.95%
Difficultés de compréhension de la prosodie (difficultés à comprendre l'émotion et le ton employé par un interlocuteur) (SQ007)	58	65.91%
Troubles de la fluence (bégaiement, débit de parole anormal...) (SQ008)	57	64.77%
Non, je n'ai constaté aucune de ces difficultés (SQ009)	0	0.00%
Je ne sais pas (SQ010)	1	1.14%
Autre	5	5.68%

Identifiant (ID)	Réponse
47	Dysarthrie
51	Néologisme
53	soliloque et écholalie
124	temps de latence
183	délires

Si oui, cela concerne-t-il ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tous les patients (A1)	1	1.14%
Une majorité de patients (A2)	45	51.14%
Quelques patients (A3)	41	46.59%
Très peu de patients seulement (A4)	0	0.00%
Sans réponse	1	1.14%
Non affiché	0	0.00%

Avez-vous déjà entendu parler d'intervention de l'orthophonie dans le cadre de la psychiatrie adulte ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui (A1)	38	43.18%
Non (A2)	50	56.82%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Est-ce qu'un ou une orthophoniste intervient dans votre service ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui (A1)	5	5.68%
Non (A2)	81	92.05%
Je ne sais pas (A3)	2	2.27%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Annexe 8

Réponses des sections « Evaluation des connaissances pré et post-lecture ».

Pré-lecture :

L'orthophonie est une prise en soin qui peut être pertinente pour certains patients porteurs de schizophrénie

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (A)	49	55.68%
D'accord (A1)	33	37.50%
Indifférent / Neutre (A2)	5	5.68%
Pas d'accord (A3)	1	1.14%
Pas du tout d'accord (A4)	0	0.00%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Post-lecture :

L'orthophonie est une prise en soin qui peut être pertinente pour certains patients porteurs de schizophrénie

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (A)	57	64.77%
D'accord (A1)	27	30.68%
Indifférent / Neutre (A2)	4	4.55%
Pas d'accord (A3)	0	0.00%
Pas du tout d'accord (A4)	0	0.00%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Pré-lecture :

L'orthophonie a des outils à sa disposition pour évaluer les troubles du langage et de la communication chez ces patients

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (A)	43	48.86%
D'accord (A1)	37	42.05%
Indifférent / Neutre (A2)	8	9.09%
Pas d'accord (A3)	0	0.00%
Pas du tout d'accord (A4)	0	0.00%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Post-lecture :

L'orthophonie a des outils à sa disposition pour évaluer les troubles du langage et de la communication chez ces patients

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (A)	59	67.05%
D'accord (A1)	27	30.68%
Indifférent / Neutre (A2)	2	2.27%
Pas d'accord (A3)	0	0.00%
Pas du tout d'accord (A4)	0	0.00%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Pré-lecture :

Le langage, la parole et la communication peuvent être sensibles à une rééducation chez ces patients

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (A)	38	43.18%
D'accord (A1)	40	45.45%
Indifférent / Neutre (A2)	8	9.09%
Pas d'accord (A3)	2	2.27%
Pas du tout d'accord (A4)	0	0.00%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Post-lecture :

Le langage, la parole et la communication peuvent être sensibles à une rééducation chez ces patients

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (A)	51	57.95%
D'accord (A1)	28	31.82%
Indifférent / Neutre (A2)	8	9.09%
Pas d'accord (A3)	1	1.14%
Pas du tout d'accord (A4)	0	0.00%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Pré-lecture :

L'orthophoniste est le professionnel le plus adapté pour prendre en soin les aspects langagiers et communicationnels des patients porteurs de schizophrénie

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (A)	20	22.73%
D'accord (A1)	41	46.59%
Indifférent / Neutre (A2)	21	23.86%
Pas d'accord (A3)	5	5.68%
Pas du tout d'accord (A4)	1	1.14%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Post-lecture :

L'orthophoniste est le professionnel le plus adapté pour prendre en soin les aspects langagiers et communicationnels des patients porteurs de schizophrénie

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (A)	30	34.09%
D'accord (A1)	38	43.18%
Indifférent / Neutre (A2)	15	17.05%
Pas d'accord (A3)	4	4.55%
Pas du tout d'accord (A4)	1	1.14%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Pré-lecture :

L'orthophonie a sa place dans le cadre de prises en soin pluridisciplinaires des patients schizophrènes

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (A)	48	54.55%
D'accord (A1)	35	39.77%
Indifférent / Neutre (A2)	4	4.55%
Pas d'accord (A3)	0	0.00%
Pas du tout d'accord (A4)	1	1.14%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Post-lecture :

L'orthophonie a sa place dans le cadre de prises en soin pluridisciplinaires des patients schizophrènes

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (A)	53	60.23%
D'accord (A1)	30	34.09%
Indifférent / Neutre (A2)	5	5.68%
Pas d'accord (A3)	0	0.00%
Pas du tout d'accord (A4)	0	0.00%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Pré-lecture :

Les difficultés de langage, de parole et de communication disparaissent entièrement si le patient prend un traitement médicamenteux adapté à sa pathologie

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (A)	1	1.14%
D'accord (A1)	3	3.41%
Indifférent / Neutre (A2)	12	13.64%
Pas d'accord (A3)	53	60.23%
Pas du tout d'accord (A4)	19	21.59%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Post-lecture :

Les difficultés de langage, de parole et de communication disparaissent entièrement si le patient prend un traitement médicamenteux adapté à sa pathologie

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (A)	4	4.55%
D'accord (A1)	2	2.27%
Indifférent / Neutre (A2)	8	9.09%
Pas d'accord (A3)	47	53.41%
Pas du tout d'accord (A4)	27	30.68%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Pré-lecture :

Les difficultés de langage, de parole et de communication ne sont présentes que lorsque le patient vit un épisode sévère de décompensation

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (A)	2	2.27%
D'accord (A1)	0	0.00%
Indifférent / Neutre (A2)	6	6.82%
Pas d'accord (A3)	60	68.18%
Pas du tout d'accord (A4)	20	22.73%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Post-lecture :

Les difficultés de langage, de parole et de communication ne sont présentes que lorsque le patient vit un épisode sévère de décompensation

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (A)	2	2.27%
D'accord (A1)	3	3.41%
Indifférent / Neutre (A2)	7	7.95%
Pas d'accord (A3)	49	55.68%
Pas du tout d'accord (A4)	27	30.68%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Annexe 9

Réponses de la section « Evaluation de la qualité et de l'intérêt du livret ».

Ce livret est facilement compréhensible

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (A1)	41	46.59%
D'accord (A2)	44	50.00%
Indifférent / Neutre (A3)	3	3.41%
Pas d'accord (A4)	0	0.00%
Pas du tout d'accord (A5)	0	0.00%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Ce livret est agréable à consulter

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (A1)	39	44.32%
D'accord (A2)	41	46.59%
Indifférent / Neutre (A3)	7	7.95%
Pas d'accord (A4)	1	1.14%
Pas du tout d'accord (A5)	0	0.00%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

L'organisation des différentes sections est claire

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (A1)	32	36.36%
D'accord (A2)	52	59.09%
Indifférent / Neutre (A3)	4	4.55%
Pas d'accord (A4)	0	0.00%
Pas du tout d'accord (A5)	0	0.00%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Je pourrais recommander la lecture de ce livret à des collègues

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (A1)	46	52.27%
D'accord (A2)	36	40.91%
Indifférent / Neutre (A3)	6	6.82%
Pas d'accord (A4)	0	0.00%
Pas du tout d'accord (A5)	0	0.00%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Je suis satisfait.e de la quantité d'informations présentes dans ce livret

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (A1)	35	39.77%
D'accord (A2)	46	52.27%
Indifférent / Neutre (A3)	5	5.68%
Pas d'accord (A4)	2	2.27%
Pas du tout d'accord (A5)	0	0.00%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Je suis satisfait.e de la qualité des informations présentes dans ce livret

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (A1)	37	42.05%
D'accord (A2)	44	50.00%
Indifférent / Neutre (A3)	7	7.95%
Pas d'accord (A4)	0	0.00%
Pas du tout d'accord (A5)	0	0.00%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Ce livret d'information est adapté au public qu'il vise (professionnels de soin exerçant en psychiatrie)

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (A1)	40	45.45%
D'accord (A2)	42	47.73%
Indifférent / Neutre (A3)	5	5.68%
Pas d'accord (A4)	1	1.14%
Pas du tout d'accord (A5)	0	0.00%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Le rôle de l'orthophoniste auprès de ces patients me paraît clair

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (A1)	38	43.18%
D'accord (A2)	44	50.00%
Indifférent / Neutre (A3)	4	4.55%
Pas d'accord (A4)	2	2.27%
Pas du tout d'accord (A5)	0	0.00%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Les troubles de la parole, du langage et de la communication sont présentés de façon claire et compréhensible

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (A1)	47	53.41%
D'accord (A2)	35	39.77%
Indifférent / Neutre (A3)	5	5.68%
Pas d'accord (A4)	1	1.14%
Pas du tout d'accord (A5)	0	0.00%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Ce livret m'a appris de nouvelles informations

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (A1)	29	32.95%
D'accord (A2)	39	44.32%
Indifférent / Neutre (A3)	11	12.50%
Pas d'accord (A4)	8	9.09%
Pas du tout d'accord (A5)	1	1.14%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

J'ai appris des informations sur l'orthophonie de manière générale

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (A1)	27	30.68%
D'accord (A2)	43	48.86%
Indifférent / Neutre (A3)	12	13.64%
Pas d'accord (A4)	5	5.68%
Pas du tout d'accord (A5)	1	1.14%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

J'ai appris des informations sur les troubles du langage et de la communication présents dans la schizophrénie

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (A1)	23	26.14%
D'accord (A2)	35	39.77%
Indifférent / Neutre (A3)	17	19.32%
Pas d'accord (A4)	11	12.50%
Pas du tout d'accord (A5)	2	2.27%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

J'ai appris des informations sur le rôle spécifique des orthophonistes dans la prise en soin de patients porteurs de schizophrénie

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (A1)	30	34.09%
D'accord (A2)	41	46.59%
Indifférent / Neutre (A3)	13	14.77%
Pas d'accord (A4)	3	3.41%
Pas du tout d'accord (A5)	1	1.14%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Il serait pertinent qu'un.orthophoniste soit présent.e dans le service où je travaille

Réponse	Décompte	Pourcentage
Tout à fait d'accord (A1)	33	37.50%
D'accord (A2)	40	45.45%
Indifférent / Neutre (A3)	10	11.36%
Pas d'accord (A4)	4	4.55%
Pas du tout d'accord (A5)	1	1.14%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Annexe 10

Test de normalité de Shapiro.

Test of Normality (Shapiro-Wilk)

			W	p
1A	-	1B	0.663	< .001
2A	-	2B	0.757	< .001
3A	-	3B	0.702	< .001
4A	-	4B	0.809	< .001
5A	-	5B	0.672	< .001
6A	-	6B	0.693	< .001
7A	-	7B	0.663	< .001

Note. Significant results suggest a deviation from normality.

Légendes :

1 = L'orthophonie est une prise en soin qui peut être pertinente pour certains patients porteurs de schizophrénie

2 = Le langage, la parole et la communication peuvent être sensibles à une rééducation chez ces patients

3= L'orthophonie a des outils à sa disposition pour évaluer les troubles du langage et de la communication chez ces patients

4 = L'orthophoniste est le professionnel le plus adapté pour prendre en soin les aspects langagiers et communicationnels des patients porteurs de schizophrénie

5 = L'orthophonie a sa place dans le cadre de prises en soin pluridisciplinaires des patients schizophrènes

6 = Les difficultés de langage, de parole et de communication disparaissent entièrement si le patient prend un traitement médicamenteux adapté à sa pathologie

7 = Les difficultés de langage, de parole et de communication ne sont présentes que lorsque le patient vit un épisode sévère de décompensation

A =Avant lecture

B = Après lecture

Annexe 11

Test de Wilcoxon.

Mesure 1 (réponses après lecture)	Mesure 2 (réponses avant lecture)	W	Z	P
1B	- 1A	170.500	1.912	0.037
2B	- 2A	408.000	3.135	< .001
3B	- 3A	294.000	2.523	0.004
4B	- 4A	464.000	2.440	0.007
5B	- 5A	158.500	1.039	0.260
6B	- 6A	212.500	0.940	0.304
7B	- 7A	103.500	-0,056	0.968

Annexe 12

Réponses de la section « Commentaires et retours ».

Statistiques rapides

Questionnaire 725787 'La prise en soin orthophonique des patients porteurs de schizophrénie : information aux professionnels exerçant en structure de psychiatrie adulte'

Résumé pour q15

Réponse	Décompte	Pourcentage
Réponse	24	27.27%
Sans réponse	64	72.73%
Non affiché	0	0.00%

Identifiant (ID)	Réponse
10	L'altération du langage et de la communication est un des symptômes le plus visible chez le patient souffrant de schizophrénie, il me semble primordial que les orthophonistes soient plus représentés dans les structures de soins psychiatriques. Par ailleurs, en tant que psychomotricienne travaillant en HDJ accueillant exclusivement des patients schizophréniques, je constate tous les jours l'impact de cette altération et la souffrance que celle-ci peut engendrer notamment dans la sphère sociale. Je me suis déjà retrouvée démunie face à des patients dont les besoins langagiers dépassent mes compétences. L'orientation vers le libéral est une alternative difficile compte tenu du délai d'attente et la complexité de ces suivis (multiples problématiques qu'un travail d'équipe peut soutenir davantage qu'un professionnel seul dans son cabinet). Je diffuserai ce livret à mes collègues soignants.
23	Très beau travail ! BRAVO !!! Je me permettrais juste d'ajouter que de mon point de vue la prise en soin orthophonique s'appuie sur le bilan neuropsychologique mais doit également s'appuyer sur le bilan clinique de la personne. La schizophrénie est une pathologie à la symptomatologie riche et complexe. Ne tenir compte qu'uniquement du bilan neuropsychologie, même s'il est d'une aide précieuse serait trop réducteur pour une prise en soin globale.
40	Peut être serait il intéressant de présenter de quelles façons les différentes professions peuvent travailler en complémentarité. Ex: un groupe de théâtre en ergo avec l'ortho et la psychomotricienne. Enfin des exemples de complémentarités entrés les différents professionnels.
51	Super initiative ! Quelques patients ont pu bénéficier d'une prise en soins d'orthophonie. Malheureusement pas assez de personnes atteintes de troubles psychotiques bénéficient de ce type de soins à ce jour. Une collaboration plus étroites avec les orthophonistes serait souhaitable.
53	Le volet "Prise en soins" est très succinct et pour moi manque d'étayage argumentaire et d'exemples contrairement au volet descriptif des troubles du langage qui lui est exhaustif. Votre travail est intéressant et le résumé sur un livret n'a pas dû être chose aisée. Je crains que le temps de lecture qu'il nécessite face que certains professionnels ne s'y arrêteront pas faute de temps sur leur lieu de travail et ceux-là même ne l'emporteront pas plus chez eux pour le lire. Je crains que cela est pour effet de ne pas réussir à capter l'attention voulue des personnes de terrain que vous visez dans votre démarche. Dans un esprit de développement durable et pour mon expérience de "communicante" car je suis hygiéniste en plus de ma fonction infirmière, les médias vidéos, réseaux sociaux... sont de meilleurs vecteurs de communication. Stratégiquement, je pense également que se rapprocher des directions de soins paramédicaux dans les hôpitaux est le meilleur atout pour votre projet si vous souhaitez le mener au delà du master. Dernière remarque (je suis bavarde): si la pratique orthophonique devait être présente en centre hospitalier spécialisés, les accompagnements ne pourraient être concevables pour moi que sur les patients hospitalisés au long cours au vu de votre descriptif de la prise en soins. Si vous voyez un axe de travail possible pour les états de "crise aigüe" il serait bon de la faire apparaître sur votre support.
75	Félicitation, votre travail est très intéressant et je me permets de conserver une copie de votre livret en version numérique à titre personnel car je ne sais pas si vous permettez une diffusion de celui-ci. Super référentiel des troubles du langage, permettant un enrichissement professionnel au niveau du vocabulaire à employer et à adapter en fonction de chaque situation. Je garde ce livret précieusement
83	Excellente idée que ce livret, au regret de ne pas avoir d'orthophoniste sur notre structure. J'oriente les patients nécessitant une prise en charge vers le libéral avec ordonnance du médecin, ce qui reste dommage dans l'optique d'une centralité des soins.

Statistiques rapides

Questionnaire 725787 "La prise en soin orthophonique des patients porteurs de schizophrénie : information aux professionnels exerçant en structure de psychiatrie adulte"

	En tout cas, je ne manquerai pas de partager votre livret !
85	Travail en individuel certes mais les groupes thérapeutiques en orthophonie, ça existe? et si oui quel intérêt?
87	Livret clair, les questions sont précises et concises les informations compréhensibles.
94	Livret très intéressant, notamment grâce aux nombreux exemples qui permettent de comprendre clairement la difficulté exposée et peut venir faire écho à notre pratique. Seul petit point peut être à revoir (et c'est seulement de la mise en page) : la justification du texte, pour que cela donne un rendu encore plus "propre" et "net", pour un contenu déjà très clair et accessible.
	Bonne continuation !
101	Excellent. Manque cependant d'expérience spécifique de patients atteints de schizophrénie.
108	La présentation est intéressante, mais le détail de la prise en soin m'a paru un peu courte. En effet, au sein de notre centre nous ne disposons pas d'orthophoniste, nos neuropsychologues et ergothérapeute travaillent les questions en lien avec les désorganisations psychiques, les troubles cognitifs mais aussi et surtout la question de l'attention, la génération d'hypothèses alternatives et globalement vise à la stimulation des capacités métacognitives qui sont au premier plan de nombre de troubles évoqués dans ce livret.
112	J'ai suivi un patient atteints de troubles schizophréniques + avec des séquelles d'un AVC ancien. Il était suivi "au long court" par une orthophoniste et m'en faisait des retours très positifs. Elle travaillait avec lui les troubles du langage mais aussi l'aidait à s'organiser pour réviser (il était étudiant). Cette expérience a contribué à ouvrir mon esprit sur le travail de l'orthophoniste auprès de personnes atteintes de troubles psychiques.
124	expliquer plus clairement l'articulation orthophoniste / neuropsych et tbles du langage/tbles cognitifs
129	Domage que le lien pour lire le livret ne fonctionne pas. Je n'ai pas pu répondre aux questions sur le livret.
137	Excellent !
140	très bon travail.
156	merci ! des outils pour aller plus loin me semblent intéressants. je garde la bibliographie pour aller dans ce sens.
	bonne continuation
153	Plus qu'un orthophoniste au sein de notre centre de soins de réhab, nous souhaiterions établir un partenariat avec un orthophoniste externe à notre service afin de privilégier les sorties des patients en dehors des centres psychiatriques et favoriser l'inclusion sociale.
167	le livret est intéressant mais un peu long à lire...
170	Détail du lien et de l'articulation avec les autres professionnels de santé à développer un peu plus. Un exemple de bilan sur papier aurait été appréciable.
179	Quantité d'informations trop dense dans le livret
183	Précisions sur le service où je travaille: documentation n'a pas vocation aux soins. Je voulais simplement donner mon avis en tant qu'ancienne secrétaire médicale et nouvelle "Documentaliste". Il serait peut-être judicieux d'ajouter un lien hypertexte avec les coordonnées de tous les orthophonistes du Loiret susceptibles d'aider à la prise en charge de patients schizophréniques hospitalisés à tps plein et sortant. Ou à tps partiel...
215	le livret est agréable à lire, les descriptions des différentes manifestations des troubles me semblent bien détaillées, les exemples sont parlants. L'intérêt du bilan et de la prise en soin est bien décrit. Peut être il aurait été intéressant de mettre un ou deux exemples de prise en soin (type de rééduc / fonction déficitaire) histoire de se faire une petite idée de ce qui peut être proposé aux patients... En résumé livret très instructif et démontrant bien l'intérêt d'un travail pluridisciplinaire en psychiatrie !

**Prise en soin orthophonique auprès de patients adultes atteints de schizophrénie :
Elaboration d'un livret d'information à destination des équipes soignantes des lieux
d'accueil en psychiatrie**

RESUME

Les troubles du langage et de la communication des patients atteints de schizophrénie sont décrits depuis de nombreuses années. Ces symptômes persistent généralement malgré la prise d'un traitement adapté et ils constituent un handicap important à l'insertion sociale et professionnelle des patients, tout en contribuant à réduire leur qualité de vie. L'orthophonie offre des possibilités quant à l'évaluation spécifique de ces troubles et leur accompagnement. Or, l'intérêt et le rôle que peuvent jouer les orthophonistes dans le parcours de soin des patients avec schizophrénie semblent méconnus dans les structures de psychiatrie adulte. Cette étude a pour but l'élaboration d'un livret d'information à destination des équipes soignantes des structures de psychiatrie adulte, pour les informer à ce sujet. Un questionnaire est élaboré et envoyé à cette population de professionnels afin de mesurer l'efficacité du livret par l'évaluation de leurs connaissances avant et après lecture de l'outil. Les résultats montrent une différence significative des deux mesures, mettant en avant une évolution positive de l'apprentissage concernant la pertinence et les moyens de l'orthophonie dans ces prises en soin suite à la lecture du livret. Cet outil d'information semble efficace dans les objectifs qu'il s'est fixés.

MOTS-CLES

Livret d'information ; Orthophonie ; Psychiatrie adulte ; Schizophrénie ; Troubles du langage et de la communication

ABSTRACT

Language and communication disorders in patients with schizophrenia have been described for many years. These symptoms generally persist despite adapted treatment and represent a major handicap to the social and professional integration of patients while leading to a reduced quality of life. Speech therapy offers possibilities for the specific evaluation of these disorders and their support. However, the interest and the role that speech therapists can play in the care of patients with schizophrenia seems to be unknown in adult psychiatry structures. The aim of this study is to develop an information booklet for care teams in adult psychiatric facilities, to inform them on this subject. A survey was developed and sent to this population of professionals in order to measure the effectiveness of the booklet by evaluating their knowledge before and after reading the tool. The results show a significant difference between the two measures, highlighting a positive evolution of learning concerning the relevance and means of speech therapy in these care situations following the reading of the booklet. This information tool appears to be effective in its intended objectives.

KEY WORDS

Adult psychiatry ; Information booklet ; Schizophrenia ; Speech and language disorders ; Speech therapy