



HAL
open science

**Apport de la prise en charge des troubles de la
communication verbale chez les patients atteints de
Schizophrénie dans un cadre de remédiation cognitive :
revue de littérature**

Anne Vrignaud

► **To cite this version:**

Anne Vrignaud. Apport de la prise en charge des troubles de la communication verbale chez les patients atteints de Schizophrénie dans un cadre de remédiation cognitive : revue de littérature. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02903130

HAL Id: dumas-02903130

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02903130v1>

Submitted on 20 Jul 2020

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

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



Normandie Université

MEMOIRE

Pour l'obtention du Certificat de Capacité en Orthophonie

Préparée au sein du Département d'Orthophonie,
UFR Santé, Université de Rouen Normandie

Apport de la prise en charge des troubles de la communication verbale chez les patients atteints de Schizophrénie dans un cadre de remédiation cognitive : revue de littérature

Présenté et soutenu par
Anne VRIGNAUD

« Revue de littérature »

Mémoire soutenu publiquement le jeudi 25 juin 2020
devant le jury composé de

| | | |
|---------------------------------|--|-----------------------|
| Monsieur Marc-Antoine Podlipski | Pédopsychiatre, praticien hospitalier au Centre Hospitalier du Rouvray | Président du jury |
| Madame Ingrid Banovic | Professeur en Psychopathologie de l'adulte, CRFDP (EA 7475), Université de Rouen | Directrice de mémoire |
| Madame Chloé Meslin | Psychologue à l'hôpital Saint-Julien | Membre du jury |

Mémoire dirigé par Ingrid BANOVIC



UFR Santé



Département
d'orthophonie

Remerciements

Merci à ma directrice de mémoire, Ingrid Banovic, pour son soutien, ses apports professionnels, scientifiques et sa bienveillance.

Merci à Nicole Bessière et Hélène Palfray-Sauvage, maîtres de stage en cinquième année, pour leur bienveillance et leur soutien.

Merci à ma famille et mes proches, pour leur soutien et leurs encouragements durant ces cinq années d'études.

Merci à toutes les personnes rencontrées au cours de ces cinq années de formation, pour avoir transmis leurs connaissances, présenté leurs expériences, avec beaucoup de rigueur et de bienveillance.

Table des matières

| | | |
|---------|--|----|
| 1 | Introduction | 1 |
| 2 | La Schizophrénie | 4 |
| 2.1 | Définition : | 4 |
| 2.2 | Les causes : | 5 |
| 2.3 | Les différentes symptomatologies : | 6 |
| 2.4 | Les phases : | 7 |
| 2.5 | Le diagnostic : | 8 |
| 2.6 | Fonctions cognitives : | 9 |
| 2.6.1 | Langage : | 9 |
| 2.6.2 | Théorie de l'esprit : | 11 |
| 2.6.3 | Fonctions exécutives : | 11 |
| 2.7 | Prises en charge : | 11 |
| 2.7.1 | Prises en charge médicamenteuses : | 12 |
| 2.7.2 | Thérapies : | 12 |
| 2.7.2.1 | Réhabilitation psychosociale : | 12 |
| 2.7.2.2 | Thérapie cognitive : | 13 |
| 3 | La Communication | 13 |
| 3.1 | Définitions linguistiques : | 13 |
| 3.1.1 | Communication : | 13 |
| 3.1.2 | Communication verbale : | 14 |
| 3.1.3 | Communication non-verbale : | 14 |
| 3.1.4 | Le para-verbal : | 15 |
| 3.1.5 | Les habiletés pragmatiques : | 15 |
| 3.2 | Modèles théoriques : | 16 |
| 3.2.1 | Modèle de Jakobson en 1960 (schéma Annexe C) : | 16 |
| 3.2.2 | Actes de langage d'Austin, 1962 : | 16 |
| 3.2.3 | Concept d'intentionnalité de Searle, 1969 : | 17 |
| 3.2.4 | Principe de coopération ; les maximes de Grice, 1975 : | 18 |
| 3.2.5 | Modèle interactionniste de la communication, Dominique Picard 1992 : | 19 |
| 3.3 | Communication et Schizophrénie : | 19 |
| 3.3.1 | Expressif : | 20 |
| 3.3.2 | Réceptif : | 20 |

| | | |
|-------|--|----|
| 3.4 | Communication et orthophonie : | 21 |
| 3.4.1 | Définition : | 21 |
| 3.4.2 | Evaluation : | 21 |
| 3.4.3 | Prise en charge : | 22 |
| 4 | Problématiques et Objectifs : | 24 |
| 4.1 | Problématique : | 24 |
| 4.2 | Objectifs de la revue de littérature : | 24 |
| 5 | Méthode | 25 |
| 5.1 | Sélection des ressources : | 25 |
| 5.2 | Qualité des études : | 27 |
| 5.3 | Caractéristiques des études : | 27 |
| 6 | Résultats | 28 |
| 6.1 | Impact des remédiations cognitives et réhabilitation psychosociale : | 28 |
| 6.1.1 | Remédiations cognitives : | 28 |
| 6.1.2 | Réhabilitations sociales : | 30 |
| 6.2 | Evaluations et tests : pré et post thérapies | 31 |
| 6.3 | Evolution de la communication verbale : | 32 |
| 6.4 | Autres remédiations recensées : | 33 |
| 7 | Discussion | 35 |
| 7.1 | Recontextualisation : | 35 |
| 7.2 | Remédiation dans le cadre de la Schizophrénie : | 36 |
| 7.2.1 | Remédiations cognitives : | 36 |
| 7.2.2 | Réhabilitation sociale : | 38 |
| 7.2.3 | Remédiation orthophonique : | 39 |
| 7.3 | Limites de cette revue de littérature : | 40 |
| 7.4 | Perspectives d'avenir et proposition de prise en charge : | 47 |
| 8 | Conclusion..... | 51 |
| 9 | Bibliographie | 53 |
| 10 | Annexes..... | 60 |

Liste des abréviations

- ASHA : American Speech-Language Hearing Association
- BPRS : Brief Psychiatric Rating Scale
- DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- EBSCO : acronyme de « Elton B. Stephens Co », qui apporte des ressources bibliothécaires
- INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- IPT : Integrated Psychological Therapy
- MMSE : Mini-Mental Examination
- MEC : Protocole Montréal d'Évaluation de la Communication
- PANSS : Positive And Negative Syndrome Scale
- PUMED : Public / Publisher Medline
- SANS : Scale for the Assessment of Negative Symptoms
- SAPS : Scale for the Assessment of Positive Symptoms
- TLC : Test Lillois de Communication
- TLE : Test de Langage Elaboré pour l'adulte

1 Introduction

Actuellement, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la Schizophrénie fait partie des dix pathologies les plus préoccupantes du 21^{ème} siècle au niveau mondial. En effet, elle affecte le cerveau (et de ce fait la pensée, les sentiments mais aussi les émotions). Elle se manifeste par des perturbations de certaines fonctions mentales et cognitives.

La Schizophrénie est un trouble découvert au début du XX^{ème} par le psychiatre suisse Eugen Bleuler. Le terme a été forgé à partir du grec afin de faire ressortir la notion de "division de l'esprit" (σχίζω-ρήν), sous-tendant les symptômes de la maladie. Les personnes atteintes de Schizophrénie étaient perçues comme ayant un fonctionnement psychologique marqué par la désorganisation / la dissociation : l'existence simultanée des mouvements opposés tant du point de vue cognitif, émotionnel que comportemental. L'évolution du trouble était considérée comme une mort psychique précoce *dementia praecox* par une perte du cours de la pensée, de l'enchaînement des processus de la pensée et d'une inadaptation croissante aux exigences de la vie quotidienne. A ce tableau d'allure démentiel, le pronostic était et demeure sombre en raison des décès par suicide dans cette population de patients. Ce tableau clinique négatif a été remis en cause dans les années 1960-1970 avec l'apparition des neuroleptiques et des prises en charge en ambulatoire. Ces traitements ont permis de constater l'amélioration des symptômes, les effets de la réinsertion sociale des patients et surtout la possibilité d'améliorer des symptômes handicapants grâce à des prises en charge et d'envisager de nouvelles prises en charge multifactorielles et pluridisciplinaires (psychothérapie, remédiation cognitive et réhabilitation sociale). Enfin, des travaux de recherche ont montré que le diagnostic n'était pas systématiquement significatif de la mort psychique précoce. Si un patient, atteint d'une Schizophrénie ne recouvre pas son état antérieur à l'apparition du trouble, les patients présentent une évolution favorable et une insertion sociale « satisfaisante » dès lors que le trouble est pris en charge tôt, que le patient reconnaît son trouble et la nécessité d'une prise en charge, et enfin qu'il ait confiance en l'équipe pluridisciplinaire qui assure sa prise en charge.

A l'heure actuelle, les prises en charge sont multifocales avec une préconisation de l'Académie nationale de médecine de 2011 de proposer des prises en charge de remédiation cognitive afin de stimuler les fonctions cognitives qui constituent des troubles à des degrés de sévérité différents selon les patients dans les domaines attentionnels, mnésiques ou exécutifs. La remédiation cognitive permet notamment l'apprentissage de stratégies cognitives pour résoudre des problèmes exposés dans des exercices formels semblables à ceux

rencontrés dans leur vie quotidienne. Elle est écologique et permet donc une amélioration de la qualité de vie du patient car il est plus en capacité de répondre aux exigences de la vie quotidienne.

Il a été montré que des déficits mnésiques importants peuvent être remarqués chez des personnes atteintes de Schizophrénie. Or, la mémoire verbale et la mémoire de travail sont importantes tant pour les interactions que pour la communication.

Il faudrait donc chercher à associer une remédiation cognitive et une remédiation veillant à améliorer la communication verbale du patient d'un point de vue interactionnel et langagier. L'Homme parle pour communiquer, il semble donc logique que pour s'intégrer socialement, l'être humain possède une communication fonctionnelle.

Cette revue de littérature va tenter d'exposer les différentes remédiations cognitives, ainsi que leurs effets sur les fonctions cognitives et, par répercussion, sur les capacités communicationnelles. Ces remédiations seront comparées aux réhabilitations psychosociales, ainsi qu'aux remédiations de la communication verbale que peuvent proposer des professionnel(le)s tel(le)s que les orthophonistes dans diverses pathologies.

Les objectifs de cette revue de littérature seront d'analyser, au regard des différents méta-analyses et articles scientifiques, les impacts de ces remédiations sur la communication des personnes atteintes de Schizophrénies, et plus précisément sur l'amélioration de leur capacité de communication verbale. En particulier, elle cherchera à démontrer si la remédiation orthophonique pourrait amener un apport supplémentaire dans la prise en charge de ces patients en axant sur une prise en charge de la communication verbale.

Le premier questionnement émergeant de cette revue de littérature serait donc de savoir si la prise en charge de patients atteints de Schizophrénie pourrait faire partie du champ de l'orthophonie ; pour ensuite proposer une remédiation de la communication verbale en parallèle ou conjointement aux remédiations cognitives proposées et validées. Les remédiations orthophoniques proposées s'intéresseraient à la communication verbale sur un versant langagier tout en ne négligeant pas l'aspect interactionnel. Ce point de vue pourrait être complémentaire aux remédiations proposées.

Pourquoi me semble-t-il pertinent d'axer une remédiation de la communication verbale sur un plan plutôt langagier ?

Le langage selon Saussure, dans le cours de linguistique générale de 1916, est une capacité propre à l'homme qui peut être véhiculée par la parole. Chaque culture, et donc chaque population, peut s'exprimer dans sa

langue. Cette langue est composée de signes arbitraires. Ce signe linguistique est constitué de signifiant et de signifié, dont la compréhension est importante pour produire un message. Le mot est l'enveloppe phonétique (signifiant) et pour le comprendre il faut avoir accès au concept (signifié) pour répondre de manière appropriée. La maîtrise langagière est donc importante pour faciliter l'expression mais aussi la compréhension de ce langage. La remédiation visera donc à travailler sur ces deux versants qui peuvent être déficitaires : désorganisation du discours (expression) et mauvaise interprétation du concept (réception). Elle prendra en compte également les aspects pragmatique et interactionnel.

Bien sûr cette remédiation est envisagée en lien avec les remédiations cognitives et sociales, venant s'ajouter à la prise en charge biopsychosociale. Ces prises en charge biopsychosociales ont pour but notamment de stimuler les fonctions déficitaires chez les patients atteints de Schizophrénies telles que les fonctions cognitives, communicationnelles et langagières mais aussi de les compenser.

En partant de ce fait, mon deuxième questionnement serait de savoir si leur stimulation permettrait une meilleure intégration et réinsertion sociale du patient, et ainsi d'améliorer leur qualité de vie.

Cet état des lieux va permettre une vision quantitative et qualitative de l'avancée des recherches scientifiques dans ce domaine, et ainsi veiller à répondre le plus objectivement possible aux interrogations exposées précédemment.

2 La Schizophrénie

2.1 Définition :

La Schizophrénie est une maladie psychiatrique « complexe », du fait de la variabilité des symptômes et de leur gravité. Nous parlons d'ailleurs dorénavant de spectre de la Schizophrénie. Ces symptômes, qui sont répertoriés dans le DSM V, sont les suivants :

Deux (ou plus) des symptômes suivants doivent avoir été présents une partie significative du temps, pendant une période d'un mois (ou moins si traités avec succès). Au moins l'un d'entre eux doit être (1), (2) ou (3) :

- A. Des idées délirantes: (1) des hallucinations ; (2) un discours désorganisé (par exemple, fréquents déraillements ou incohérences) ; (3) un comportement excessivement désorganisé ou catatonique ; (4) des symptômes négatifs (c'est-à-dire une expression émotionnelle diminuée ou avolition).
- B. Pour une partie significative du temps depuis le début de la perturbation, le niveau de fonctionnement doit perdurer dans un ou plusieurs domaines importants : le travail, les relations interpersonnelles etc, et être nettement en dessous du niveau atteint avant le début (ou en cas de survenue dans l'enfance ou l'adolescence : échec à atteindre le niveau attendu dans le fonctionnement interpersonnel, scolaire ou occupationnel) (2).
- C. Des signes continus de la perturbation doivent persister pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit inclure au moins un mois de symptômes (ou moins si traités avec succès) qui remplissent le critère A (c'est-à-dire, les symptômes de la phase active), et peuvent inclure des périodes de symptômes prodromiques (avant-coureurs, précurseurs) ou résiduels. Pendant ces périodes, les signes de la perturbation peuvent se manifester par des symptômes négatifs uniquement, ou par deux ou plus des symptômes présents, énumérés dans le critère A, présents (des croyances bizarres, des perceptions inhabituelles).(2)
- D. Le trouble schizo-affectif et le trouble dépressif ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques (idées délirantes, hallucinations ou trouble de la pensée formelle) ont été écartés parce que soit 1) aucun épisode dépressif majeur ou maniaque n'a eu lieu en même temps que les symptômes de la phase active, ou 2) si des épisodes de trouble de l'humeur ont eu lieu pendant les symptômes d'une phase active, ils ont été présents pour une minorité de la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie.
- E. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, une drogue d'abus, un médicament) ou à une autre condition médicale.

F. S'il y a des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou d'un trouble de la communication apparus dans l'enfance, le diagnostic supplémentaire de schizophrénie est posé uniquement si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées, en plus des autres symptômes requis de la schizophrénie, sont également présentes pendant au moins un mois (ou moins si traitées avec succès).

Si nous comparons les critères du DSM V par rapport à ceux du DSM IV, nous pouvons remarquer que deux changements significatifs ont été apportés au critère A.

Tout d'abord, l'élimination du critère de la bizarrerie, des idées délirantes et de la nature des hallucinations, puis l'ajout de la condition qu'un symptôme du critère A puisse être des idées délirantes, des hallucinations ou un discours désorganisé.

Les sous-types de Schizophrénie du DSM-IV (paranoïde, désorganisé, catatonique, indifférencié et résiduel) ont été éliminés. Ils sont remplacés par une approche dimensionnelle, décrivant la sévérité des symptômes du critère A, afin de capturer l'hétérogénéité importante dans les types et la sévérité des symptômes.

Selon l'INSERM, en 2014, les personnes atteintes de Schizophrénie représentent environ 0,7 % de la population mondiale, parmi celles-ci il y en a 600 000 en France.

La Schizophrénie se déclare le plus souvent à l'adolescence, entre 15 et 25 ans. Dans 35% à 40% des cas, elle se manifeste par des débuts aigus, accompagnés de bouffées délirantes. Une hospitalisation est souvent nécessaire lors de la première manifestation.

La maladie touche aussi bien les femmes que les hommes et sévit dans toutes les régions du monde. Elle semble cependant plus fréquente en milieu urbain.

2.2 Les causes :

Selon la Société Québécoise de la Schizophrénie et des psychoses apparentées, des chercheurs n'ont pas trouvé de causes spécifiques à la Schizophrénie, son origine est plurifactorielle.

Autrement dit, la recherche reconnaît aujourd'hui que la maladie ne peut s'expliquer par une cause simple et unique, mais qu'il existe plutôt plusieurs facteurs d'importance variable qui, interagissant les uns avec les autres, provoquent l'apparition et les éventuelles rechutes de cette maladie complexe.

Des études ont montré que les symptômes de la Schizophrénie sont liés à une production anormalement élevée de la substance blanche dans certaines zones du cerveau. Les recherches cherchent à montrer que d'autres neurotransmetteurs pourraient être impliqués dans cette pathologie, plus particulièrement la dopamine.

Comme toutes les pathologies ayant des causes génétiques, le risque de souffrir de la Schizophrénie est plus élevé dans le cas où un ou plusieurs membres de la famille de la personne en est atteinte. Le fait d'avoir une prédisposition génétique ne signifie pas que la maladie va obligatoirement se développer.

Les chercheurs ont prouvé que certaines perturbations survenant lors de la période périnatale (lors de la gestation et juste après la naissance) pourraient entraîner un dysfonctionnement dans la maturation du cerveau de l'enfant et une altération des connexions entre les neurones.

Sur le plan socio-environnemental, des facteurs seraient susceptibles d'augmenter le risque de développer la maladie : les bouleversements dans la vie affective, la pression de la performance au travail ou dans les études, le soutien social insuffisant, certaines émotions exprimées de la part de l'entourage (hostilité, attitude envahissante, agressivité), les problématiques liées à la consommation d'alcool et de drogue.

La consommation de drogue ne cause pas la schizophrénie, mais peut être un facteur prédisposant à la maladie. En effet, les effets hallucinogènes des drogues peuvent agir comme éléments déclencheurs de l'apparition d'un premier épisode psychotique ou d'une rechute chez une personne prédisposée à la Schizophrénie.

La compréhension contemporaine visant à unifier ces éléments disparates est fondée sur le modèle vulnérabilité-stress (schéma Annexe B) qui permet de réunir les diverses facettes interreliées de cette maladie mentale.

Il existe chez certains individus une vulnérabilité sur le plan neuro-psychologique, découlant d'une prédisposition génétique ou d'une constitution mentale qui les rend plus sensibles aux stress socio-environnementaux. A cela s'ajoute certains types de stress, par exemple, un stress toxique comme les drogues, un stress social comme l'expression d'émotions (hostilité, attitudes envahissantes) de la part de l'entourage, ou encore des pressions de performance, qui peuvent avoir un effet déclencheur de la Schizophrénie quand le cerveau est déjà constitutionnellement fragile. Il est vrai cependant que bon nombre d'individus subissent, de façon quotidienne, de tels stress ; or, ils ne développeront pas pour autant de Schizophrénie en l'absence de facteurs biologiques les prédisposant à cette maladie (Guy Deleu, 1998).

Ces facteurs biologiques font partie des facteurs internes au sujet (génétique, épigénétique, fonctionnement cérébral), c'est ce qu'on appelle la vulnérabilité biologique.

On considère que 1% de la population en générale est touché.

Le risque d'être atteint de la Schizophrénie lorsqu'un des membres de notre famille l'est varie selon le nombre de personnes atteintes sur l'arbre phylogénétique et selon le degré de parenté.

2.3 Les différentes symptomatologies :

Dans la littérature, deux grands types de symptomatologie sont exposés.

D'une part les symptômes positifs, ce sont des « éléments » qui s'ajoutent par rapport au fonctionnement dit normal de la personne. On y trouve notamment les hallucinations et les délires de persécution. Sur le plan affectif, on y trouve plutôt un comportement de type paranoïde et oppositionnel.

Dans la relation à l'autre, ces patients ont un comportement décrit comme bizarre, tangentiel voire suspicieux.

A ces comportements bizarres, il faut ajouter les troubles de la pensée désorganisés qui peuvent être considérés comme un type de symptôme positif.

La pensée désorganisée est associée à un discours diffluent, passant d'un thème à l'autre. Cette altération peut aller d'une désorganisation légère jusqu'à l'incohérence.

Les prises en charge appropriées pour les personnes ayant ces symptômes, sont des prises en charge cognitives et comportementales.

D'autre part, il existe des symptômes négatifs qui regroupent notamment les difficultés d'abstraction.

Les symptômes négatifs sont décrits comme des éléments en moins par rapport au fonctionnement dit « normal » de la personne. Le fonctionnement neurocognitif global est altéré dans cette symptomatologie.

Sur le plan affectif, on retrouve un épanouissement des affects ou alexithymie. Lors des interactions sociales, ces personnes sont plutôt en retrait.

La prise en charge recommandée pour cette symptomatologie est une prise en charge comportementale (Nicolas Franck, 2016).

Les symptômes varient d'une personne à l'autre en termes de gravité et d'apparition. Un patient peut montrer un ou plusieurs de ces symptômes.

2.4 Les phases :

Selon la Société Québécoise de la Schizophrénie, c'est une pathologie psychiatrique comportant différentes phases. Ces différentes phases sont marquées par des caractéristiques spécifiques. Selon cette société, il y aurait quatre à cinq phases.

Tout d'abord nous observons la phase prodromique ou Prodrome. C'est ainsi que l'on appelle le premier épisode qui survient généralement de manière inattendue. Les premiers signes sont généralement trop vagues pour que l'entourage ou le médecin pense à la présence d'un trouble psychiatrique, d'une psychose. Cette phase représente la période au cours de laquelle se déclarent les signes identifiés comme annonciateurs de la maladie.

Ces signes sont fréquemment décrits par l'entourage comme un comportement inhabituel, une tendance à l'isolement, des tendances dépressives. Ils sont évocateurs de perturbations psychiques qui s'installent

insidieusement. Ce changement peut s'accompagner d'autres symptômes, comme une plus grande difficulté à se concentrer sur un travail ou une tâche précise, une fatigabilité, des pertes de mémoire. Mais aussi une nervosité qui s'installe lorsque la personne est en société ou lorsqu'elle doit affronter une situation imprévue, un sentiment de crainte ou d'angoisse que rien ne justifie, et l'impression que son esprit est submergé d'éléments, d'informations dénués de sens.

Lors de seconde phase, que l'on appelle phase active de la maladie, une hospitalisation est souvent indispensable.

Dans cette phase, les symptômes positifs de la maladie se manifestent de façon aiguë : délires, hallucinations, sentiment d'étrangeté, comportements bizarres, etc. Lors de cette période, on dit que la personne est en crise car ses symptômes peuvent devenir importants, elle a besoin d'être prise en charge par une équipe spécialisée.

La phase résiduelle est la période qui suit un épisode aigu de la maladie, elle est possible grâce à la prise d'un traitement adéquat. On constate également que les personnes ont encore des difficultés pour s'insérer socialement, même durant cette phase.

Enfin, le patient atteint la phase de rétablissement lorsque son état se stabilise. Cette période de stabilisation est propice à l'élaboration d'un plan global de réinsertion sociale et d'aménagement des relations familiales du fait du contrôle des symptômes. Durant cette phase dite de rétablissement se mettent en place les remédiations : remédiations cognitives, réhabilitations sociales, etc.

Le rythme de rétablissement varie selon les individus. Cependant, il ne faut pas oublier que la prise de médicaments reste nécessaire au maintien de la stabilité, dans cette phase, même en l'absence de symptômes.

Toutefois, il est noté que malgré une prise en charge adaptée, il est possible que les personnes atteintes de Schizophrénie fassent une rechute.

Cette maladie épisodique et récurrente connaît une évolution variable selon les individus. Une prise en charge adaptée et individualisée sur le plan des traitements médicamenteux et sur le plan des traitements psychosociaux est importante pour prévenir les rechutes.

2.5 Le diagnostic :

Le diagnostic est effectué par un médecin psychiatre en s'appuyant sur les critères cliniques du DSM V ainsi que sur l'association de l'anamnèse et la symptomatologie.

Un diagnostic le plus précoce possible est intéressant car cela permet de proposer un traitement plus vite, permettant ainsi une efficacité plus importante des traitements.

Deux échelles existent également pour déterminer la symptomatologie des patients. Il y a l'échelle Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS) créée par Nancy Andreasen en 1982 qui évalue les symptômes positifs en 34 items. Pour évaluer les symptômes négatifs, on utilise l'échelle Scale for Assessment of Negative Symptoms (SANS), créée par le même auteur que l'échelle précédente, qui comporte 35 items.

Cependant, il n'existe aucun test de diagnostic certain pour la Schizophrénie. Le diagnostic ne peut être posé qu'à partir d'une évaluation globale du patient prenant en compte les données de l'anamnèse, les tests et les évaluations effectuées par d'autres professionnels.

Le diagnostic peut se faire par exclusion en procédant par un diagnostic différentiel. Ce processus est important pour différencier la Schizophrénie d'autres troubles mentaux (trouble psychotique bref, trouble schizoaffectif) comprenant plusieurs symptômes similaires.

Par exemple, la psychose, due à un trouble organique, à une toxicomanie, doit être exclue par l'anamnèse et par l'examen clinique, qui comprend les examens de laboratoire et les études de neuro-imagerie. Les patients qui souffrent de Schizophrénie peuvent avoir des anomalies structurales du cerveau sur imagerie, les anomalies étant insuffisamment spécifiques pour avoir une valeur de diagnostic

Certaines études de neuroimagerie comme celle de Cavelti et al., 2018, évoquent quelques anomalies structurales du cerveau. Dans cette étude, ils observent chez certains patients diagnostiqués schizophrène, une déconnexion dans la région fronto-temporal du cortex cérébral. Cette déconnexion entrave le réseau langagier et sous-tendrait l'apparition des troubles de la pensée formelle ; elle serait due à une altération de la substance blanche. La localisation nous amène à penser aux liens entre fonctions exécutives et fonctions langagières dans cette pathologie. Ceci pourrait en partie expliquer les difficultés communicationnelles qui sont présentes dès les stades légers et modérés. Le niveau de sévérité est déterminé à l'aide d'échelles comme Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) créée par Kay, Fiszbein et Opleret en 1987 et traduite en français par Lépine , qui regroupe des items pour les symptômes positifs et négatifs ainsi que des items de psychopathologie générale. Il existe également l'échelle de cotation psychiatrique brève qui se nomme Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) créée par Lukoff et al., en 1990.

2.6 Fonctions cognitives :

2.6.1 Langage :

Une étude de Tan en 2018 suggère qu'une altération de la fonction syntaxique spécifique au système langagier co-apparaît avec les déficits neurocognitifs dans les mécanismes de certains symptômes. La

mauvaise compréhension des règles de grammaire transformationnelle peut contribuer à certains schémas aberrants du langage dans la schizophrénie.

Il est donc intéressant d'effectuer également une évaluation langagière fine sur le versant réceptif (compréhension orale des phrases) chez ces patients.

Une deuxième étude de Lecardeur en 2008 démontre que dans la schizophrénie, il y a une diffusion exagérée de l'activation des réseaux sémantiques ce qui entraîne notamment une mauvaise compréhension des énoncés verbaux et l'apparition d'aberrations dans le discours oral.

Cette étude prouve un impact de la mémoire sémantique sur le plan des représentations (concepts) et de l'activation des réseaux lors de la récupération des concepts (termes).

Au regard de ces deux études, il semble pertinent de travailler la compréhension lexicale et syntaxique pour pallier les difficultés de communication.

La Schizophrénie entraîne des troubles au niveau interactif (sous-syntaxique, lexical, phrase et discours) et au niveau des composants (phonologie, sémantique et syntaxe). De plus, une étude de Massoud et al., en 2014 a montré qu'il y avait aussi une altération de la dynamique entre ces différents niveaux et entre les éléments d'un même niveau (interactif ou composant). Ainsi, les auteurs remarquent une réduction du flux d'information linguistique qui altère la relation entre la phonologie et la sémantique.

On retrouve également des difficultés d'interprétation dans les énoncés contextuels du fait d'une inhibition des éléments non pertinents au vu du contexte. Les patients ont une mauvaise interprétation des énoncés à cause d'une mauvaise analyse syntaxique, d'autant plus marquée lors de l'utilisation de subordonnées (Titone et al., 2000).

Les difficultés de désorganisation du discours ainsi que celles d'interprétation des énoncés verbaux sont associées aux difficultés de cognition sociale. Ces dernières se manifestent par un problème de pragmatique (Bambini et al., 2016).

Les dysfonctionnements extralinguistiques et paralinguistiques sont présents et suggèrent une atteinte des traitements cognitifs de l'hémisphère droit. Cette atteinte est l'une des causes du problème de communication sociale des patients atteints de Schizophrénie (Pawelczyk et al., 2017).

Selon l'équipe de Versailles de Sarfati en 2006, une atteinte des fonctions cognitives dans la Schizophrénie pourrait se caractériser par un déficit du traitement du contexte sémantique, mis en difficulté lors de certaines ambiguïtés conversationnelles. Le trouble du langage occupe donc une place cruciale dans cette pathologie.

2.6.2 **Théorie de l'esprit :**

La théorie de l'esprit se définit généralement comme un accès à la vie mentale d'autrui, c'est-à-dire la capacité de comprendre et de prédire les intentions d'autrui. Nous pouvons observer un dysfonctionnement de la théorie de l'esprit, notamment dans l'autisme schizophrénique et les troubles de la communication.

Georgieff en 2004 affirme qu'un défaut d'empathie ou de théorie de l'esprit peut rendre compte des troubles de l'ajustement relationnel de ces patients, qu'il définit comme des troubles de la pragmatique et de la communication. D'autres études ont montré que la relation entre troubles pragmatiques et théorie de l'esprit serait présente également chez les patients ayant eu une lésion de l'hémisphère droit (Champagne-Lavau M., et al., 2009). D'où les similitudes de symptômes entre les patients « schizophrènes » et les patients cérébrolésés droits.

2.6.3 **Fonctions exécutives :**

Des troubles des fonctions exécutives sont observables chez les patients atteints de Schizophrénie.

Selon Johnson-Selfridge et Zalewski en 2001, les difficultés rencontrées chez les patients schizophrènes sont de l'ordre de la planification, de l'inhibition et des processus attentionnels.

Ces difficultés coexistent et impactent les autres fonctions cognitives, comme le langage et la communication. Pour pouvoir communiquer avec autrui, il faut pouvoir planifier son discours et être attentif au discours d'autrui. C'est notamment pour cette incidence sur la communication qu'il est recommandé des prises en charge telles que les remédiations cognitives.

Ces dernières sont essentiellement utilisées pour la rééducation des fonctions exécutives.

2.7 **Prises en charge :**

En France, il y a peu, voire pas, de prise en charge orthophonique en ce qui concerne ce type de patients. Selon le professeur Nicolas Franck en 2014, les principaux axes de prise en charge sont : des psychothérapies pour le niveau clinique et émotionnel, une remédiation cognitive pour le niveau cognitif, et des traitements médicamenteux (neuroleptiques) pour le niveau cérébral. Bien sûr, agir sur un des niveaux va impacter les autres ; les effets seront d'autant plus positifs si les différents professionnels peuvent agir sur ces trois niveaux.

Le traitement de la Schizophrénie repose sur l'association de plusieurs techniques complémentaires nécessitant la coordination de plusieurs professionnels mais également une coordination entre plusieurs structures (service hospitalier, foyer médicalisé et structure de réinsertion professionnelle, etc.).

Pour ce travail, les prises en charge ciblées seront celles qui permettent des améliorations dans le domaine de la communication.

2.7.1 **Prises en charge médicamenteuses :**

Dans le cadre du traitement des symptômes de la Schizophrénie, les traitements médicamenteux sont nécessaires. Ce sont des neuroleptiques dits antipsychotiques qui sont prescrits à ces patients comme les phénothiazines agissant sur les psychoses aiguës et les troubles du comportement (Tercian, etc.). Lorsque les symptômes résistent, notamment les symptômes négatifs, des neuroleptiques atypiques sont prescrits (Léponex, etc.).

Parfois, lorsque les symptômes positifs persistent comme les hallucinations, ils peuvent être diminués par l'emploi de stimulation transcrânienne répétitive (rTMS).

Elle implique le passage d'un courant électrique puissant au sein d'une sonde de stimulation placée sur le crâne du patient, au niveau d'une zone cérébrale que l'on veut modifier, ou du moins pour modifier son fonctionnement. Le plus souvent c'est le lobe temporal qui est stimulé. Cette méthode n'est encore que peu usitée.

Les traitements médicamenteux, une fois instaurés, permettent aux patients d'accéder à des réhabilitations sociales et à des remédiations cognitives leur permettant d'avoir une meilleure insertion sociale, et de continuer à traiter en parallèle d'autres symptômes de façon non médicamenteuse.

Néanmoins, les traitements médicamenteux ont des effets secondaires sur les fonctions cognitives du patient atteint de Schizophrénie.

2.7.2 **Thérapies :**

2.7.2.1 *Réhabilitation psychosociale :*

En 1998 à Angers, les réhabilitations psychosociales apparaissent. Ces interventions doivent être écologiques, précoces, individuelles et soutenues dans le temps selon le processus de rétablissement. Dans le cadre d'une réinsertion sociale, il existe des réhabilitations psychosociales avec des modules comprenant un nombre limité de séances (10 à 15 séances). D'autres programmes associent directement les réhabilitations sociales avec les programmes de remédiation cognitive, comme le programme IPT (Integrated Psychological Treatment) développé par Brenner et son équipe de Bern.

2.7.2.2 *Thérapie cognitive :*

La thérapie cognitive vient en complément de la réhabilitation psychosociale. Cette remédiation a pour but de travailler les fonctions cognitives déficitaires qui sous-tendent des compétences importantes pour une intégration sociale, une autonomisation du patient. Elle va donc intervenir sur les troubles mnésiques et attentionnels qui compromettent, tout comme les symptômes positifs, l'insertion sociale des patients atteints de Schizophrénie.

La remédiation cognitive n'agit pas directement sur les symptômes, mais plutôt sur les processus. Par exemple, cela n'agira pas sur les pensées des patients mais sur les processus élémentaires qui permettent à la pensée d'exister.

Cette méthode est mise en œuvre soit sur ordinateur au moyen de logiciels spécialisés, soit au cours d'exercices réalisés avec un psychologue et pouvant reposer sur différents supports.

3 La Communication

3.1 Définitions linguistiques :

3.1.1 Communication :

En sociologie et en linguistique, la communication consiste en l'ensemble des phénomènes qui peuvent intervenir lorsqu'un individu transmet une information à un ou plusieurs autres individus à l'aide du langage articulé ou d'autres codes comme le ton, la voix, la gestuelle, le regard, la respiration, etc. (Ecole de Palo Alto, 1970).

Selon un autre auteur Gustave-Nicolas Fischer, « la communication constitue l'une des modalités fondamentales de la conduite humaine : les individus ne sont pas seulement influencés par des contextes sociaux auxquels ils réagissent, mais ils interagissent en permanence avec d'autres personnes qui se caractérisent comme des interlocuteurs (partenaires ou adversaires) ».

Selon les recherches de Sperber et Wilson, deux processus pourraient permettre de conceptualiser la communication.

Le premier processus est celui de décodage, il consiste à comprendre le sens littéral des phrases.

Le deuxième processus est l'inférence, qui complète le sens de la phrase en y ajoutant les éléments du contexte.

3.1.2 **Communication verbale :**

La communication verbale, c'est ce qui est dit, véhiculé par le mot (la parole, l'écrit, le langage). Les principaux vecteurs en sont la parole et l'écrit.

Le support est le mot, il est donc important de comprendre ce code pour interagir. En d'autres termes, il faut avoir été capable d'associer le signifiant et le signifié, comme le décrit le linguiste Ferdinand de Saussure. La communication verbale ne véhicule pas uniquement des informations intentionnelles ou conscientes, elle peut également traduire les émotions.

Nous constatons ainsi une valeur suggestive de la parole. Quand nous prononçons un mot, nous créons dans nos esprits et dans ceux de nos interlocuteurs l'image de son signifiant.

L'inconscient recherche le sens des mots plutôt que la structure grammaticale, cela se remarque dans nos expressions. Nous parlons bien de mots positifs ou négatifs, de poids des mots.

3.1.3 **Communication non-verbale :**

Selon l'école de Palo Alto, la communication non-verbale fait appel aux canaux sensoriels : visuel, kinesthésique, olfactif et auditif. C'est notre inconscient qui transmet des signaux autres que le langage pour transmettre une information. Pour le destinataire, les informations véhiculées par le non-verbal lui permettent d'accéder au sens du message.

On différencie plusieurs types de communication non-verbale.

Les actes volontaires (conscients), où l'émetteur utilise cette action à but communicatif pour, par exemple, appuyer son discours. Ils sont différenciés des actes involontaires (inconscients), qui sont des réactions échappant au contrôle conscient.

Les actes de la communication non-verbale impliquent parfois un contact physique. Ces gestes peuvent être discrets ou ostentatoires. Certains gestes peuvent être compris facilement, appartenant à une culture partagée. Cette dernière pouvant poser souci, car elle est plus ou moins explicite.

Les actes de communication agissent sur la distance interpersonnelle, la proxémie par exemple : se rapprocher très près de son interlocuteur et réduire sa zone de sécurité permet à une personne d'imposer une pression à sa cible par sa présence seulement, sans devoir utiliser les mots.

3.1.4 **Le para-verbal :**

Le para-verbal est constitué du rythme de la parole, de son intensité, du timbre de notre voix et de sa mélodie. L'intensité va donner à l'interlocuteur des informations supplémentaires sur le message que le locuteur veut nous transmettre.

3.1.5 **Les habiletés pragmatiques :**

Les habiletés pragmatiques sous-tendent les habiletés conversationnelles, et leur maîtrise est indispensable pour être autonome dans la communication. Un travail sur ce champ est donc nécessaire quelle que soit la pathologie du sujet. De plus, les approches rééducatives fonctionnelles s'inscrivent dans une perspective qui les met au cœur de l'intervention. Pour les sujets présentant des troubles pragmatiques du langage, l'intervention se situe avant tout au sein de ce champ.

La compétence pragmatique est une compétence communicative à différencier de la compétence linguistique, considérée comme la maîtrise du code de la langue.

La pragmatique concerne la dépendance essentielle de la communication dans le langage naturel, du locuteur et de l'auditeur, du contexte linguistique et du contexte extralinguistique, de la disponibilité de la connaissance de fond, de la rapidité à obtenir cette connaissance de fond et de la bonne volonté des participants à l'acte communicatif (Bar Hillel, 1970 cité par Bracops 2010).

La compétence pragmatique, que l'on peut définir comme la capacité d'un individu à effectuer des choix contextuellement appropriés de contenu (= de quoi il parle), de forme (= comment il parle) et de fonction (= pourquoi il en parle), implique à la fois la maîtrise d'habiletés spécifiques (gérer l'alternance des rôles, initier un thème ou négocier un changement de thème, établir un référent commun, procéder à des réparations conversationnelles par des demandes de clarification ou de confirmation) et la maîtrise des habiletés cognitives générales (habiletés relatives au traitement de l'information en général, et au calcul d'inférences en particulier, la capacité à intégrer plusieurs sources d'information, la capacité à adopter la perspective d'autrui) (Hupet, 1996 ; 2006).

Françoise Coquet, en 2004, considère comme nécessaire la prise en compte de la dimension pragmatique qui s'articule autour de l'idée de l'utilisation du langage pour communiquer. Elle suppose une situation d'interaction et demande une analyse en termes de comportements. Pour cette auteure, cette analyse peut être menée selon les quatre axes suivants : l'intentionnalité, la régie de l'échange, l'adaptation et l'organisation de l'information.

3.2 Modèles théoriques :

3.2.1 Modèle de Jakobson en 1960 (schéma Annexe C) :

Pour comprendre la communication de manière générale, il faut tout d'abord revenir sur le modèle de la communication décrit par Jakobson en 1960. Le linguiste y exprime les différentes fonctions nécessaires pour la communication. La fonction expressive est celle qui permet au destinataire de transmettre son message. Pour cela, le destinataire doit être en mesure de formuler ces idées. La fonction conative est celle utilisée par le destinataire pour comprendre la volonté et le message d'autrui. Le destinataire doit donc être en capacité de comprendre l'énoncé. La fonction référentielle permet de recontextualiser le message ce qui permet de préciser le sens du message. La fonction poétique, quant à elle, sert à analyser la forme du message. La fonction phatique c'est la fonction que le destinataire et le destinataire emploient pour rentrer en contact: cela comprend également des éléments non-verbaux. Pour finir, la fonction méta-linguistique analyse le code employé dans le message, autrement dit les termes utilisés et leur représentation. Ce modèle constitue le socle de la réflexion sur la communication, l'échange langagier entre plusieurs personnes.

3.2.2 Actes de langage d'Austin, 1962 :

Austin va plus loin et introduit un nouveau concept : celui d'acte de langage. L'auteur considère cet acte comme une unité de base. L'acte de langage est un principe clé de la linguistique pragmatique (Bracops, 2010).

Cet acte est défini par l'acte social posé intentionnellement par le locuteur lors de la production d'un énoncé. Austin établit le concept de « performatif » ou énonciations performatives, qu'il veut distinguer des énonciations qui sont des « affirmations » ayant pour critères d'être vraies ou fausses. Ce sont des énonciations visant à faire quelque chose d'accompli (à parier, se marier). Autrement dit, en même temps que l'énoncé est produit, un acte est réalisé.

Cependant il ne suffit pas de produire les mots pour que l'acte s'accomplisse. Ils doivent être associés au contexte approprié. Si le contexte est absent, l'acte sera inabouti. Certains énoncés sont mi-performatifs, mi-constatifs.

Austin a donc élaboré une théorie générale de la parole comme action. Dans cette théorie, tous les énoncés, sont investis d'une fonction pragmatique. Toute parole induit un acte comme :

- faire un acte phonétique : produire du son

- faire un acte phatique : produire des mots appartenant à un vocabulaire construit selon une certaine grammaire avec une certaine intonation.

- faire un acte rhétique : employer un phème dans un sens plus ou moins déterminé et avec une référence (sens et référence réunis constituant la signification).

Ces trois actes correspondent à l'action de dire quelque chose, ce que Austin appelle l'acte locutoire.

Il différencie l'acte locutoire des deux autres actes que sont l'acte illocutoire et l'acte perlocutoire.

Les actes que nous produisons en disant quelque chose ont une valeur conventionnelle. Les actes illocutoires se définissent donc à partir de la valeur (en se rapportant à la convention) de ce qui est dit. Austin dénombre 5 actes illocutoires :

- les "verdictifs" : le terme vient du mot verdict. On retrouve donc dans ces actes les verbes suivants : acquitter, considérer, calculer, décrire, caractériser, estimer, etc.
- les "exercitifs" qui permettent de formuler une décision en faveur ou à l'encontre d'une suite d'actions. On observe les expressions suivantes pour ces actes : ordonner, commander, plaider pour, supplier, conseiller, déclarer, avertir, proclamer etc.
- les "commissifs", ces actes engagent le locuteur à une suite d'actions déterminées : promettre, faire le voeu de , s'engager par contrat, etc.
- les "expositifs" sont utiles pour exposer des conceptions, conduire une argumentation : affirmer, objecter, nier, etc.
- les "comportementaux" expriment une réaction par rapport aux comportements d'autrui ou d'un événement qui les concernent : s'excuser, féliciter, souhaiter la bienvenue, défier etc.

Pour ce qui est de l'acte perlocutoire, il faut comprendre que l'acte produit un effet sur les sentiments, les pensées de l'auditoire, et même sur celui qui parle. Un acte est produit par le fait de parler.

3.2.3 **Concept d'intentionnalité de Searle, 1969 :**

Searle reprend l'idée que produire un énoncé est en soi un acte, plus précisément un acte de langage. Searle en 1969 considère qu'il y a un nombre très restreint de façons fondamentales d'utiliser le langage pour lier des propositions au monde lors de l'accomplissement d'actes de discours (Bracops, 2010).

Les énonciations peuvent avoir seulement cinq buts illocutoires :

- Le but illocutoire assertif : les locuteurs expriment des propositions dans le but de représenter comment les choses sont dans le monde.

- Le but illocutoire engageant : les locuteurs expriment des propositions dans le but de s'engager eux-mêmes à accomplir des actions futures dans le monde.
- Le but illocutoire directif : les locuteurs expriment des propositions dans le but de faire une tentative linguistique, afin que l'allocutaire accomplisse une action future dans le monde.
- Le but illocutoire déclaratif : les locuteurs expriment des propositions avec l'intention d'accomplir certaines actions dans le monde dans un moment de renonciation, en vertu de leur acte de discours.
- Le but illocutoire expressif : les locuteurs expriment des propositions dans le but de manifester leur état mental à propos d'états de choses, dont ils présupposent en général l'existence dans le monde.

Cette typologie des buts illocutoires possibles de Searle a permis d'améliorer la classification d'Austin des verbes performatifs, et de procéder ainsi à une classification raisonnée qui soit moins dépendante du langage que celle d'Austin.

Ce philosophe introduit également le concept d'intentionnalité du discours. Lorsque le sujet exprime quelque chose, il utilise des intentions reflétant un état mental conscient. Il y a donc une dimension sémantique et subjective lorsque nous nous exprimons. L'intentionnalité concerne à la fois celui qui énonce et celui qui reçoit le message. Cette intentionnalité permet de s'interroger sur le but de la prise de parole, et donc sur l'intention du locuteur.

D'où l'importance de l'interprétation des propos du locuteur par l'interlocuteur. L'interprétation est facilitée lorsque l'énoncé est clair et qu'il respecte des maximes conversationnelles.

3.2.4 **Principe de coopération ; les maximes de Grice, 1975 :**

Pour qu'un échange conversationnel soit facilement interprétable, les participants doivent contribuer de manière rationnelle et coopérative. Bien sûr, le principe de coopération évolue selon les interlocuteurs et le contexte (Bracops, 2010).

Pour développer un peu plus en détail, l'auteur propose quatre maximes :

- maxime de qualité : elle suppose la sincérité du locuteur. Ce dernier ne doit pas mentir et doit avoir une bonne raison d'exposer ses affirmations.
- maxime de quantité : elle impose que le locuteur n'introduise que les informations nécessaires, ni plus ni moins, dans le cadre de la situation.
- maxime de pertinence ou de relation : elle impose une cohérence dans le discours, c'est-à-dire que l'énoncé doit être pertinent avec les énoncés précédents.
- maxime de manière : elle propose que l'on s'exprime clairement, sans ambiguïtés. Pour cela, il faut respecter un ordre et une cohérence des informations données dans le discours.

Dans les conversations que l'on a quotidiennement, ces maximes sont implicites. En tant que locuteur, nous ne cherchons pas à savoir si nous avons bien respecté toutes les maximes. Mais les interlocuteurs repèrent lorsqu'il y a une violation d'une de ces maximes, et demandent généralement des informations supplémentaires sur ce qui a été dit, ou demande une reformulation de l'énoncé en cas d'incompréhension.

3.2.5 **Modèle interactionniste de la communication, Dominique Picard 1992 :**

Les modèles de communication changent au fil des découvertes, et on passe de modèles linéaires à des modèles interactionnistes. Les travaux de Norbert Wiener introduisent une notion centrale « le feedback », désignant la réaction du récepteur au message émis et son retour vers l'émetteur (Dominique Picard, 1992). La communication est maintenant perçue comme un processus circulaire.

L'auteur reprend les modèles psychologiques et conversationnels qui, pour lui, rendent bien compte de l'informativité du discours et non de l'interaction. Il lui semble donc important d'introduire dans ces précédents modèles une troisième dimension appelée interactionnelle, qui souligne les aspects dynamiques de la communication. Cette dynamique implique les notions d'enjeu (objectif) ; de contrat tacite entre les participants appelé maximes ; de stratégie (moyen mis en place ; choix de l'acte du langage).

Ces différents paramètres de la communication et de la pragmatique sont essentiels pour comprendre l'interaction avec autrui.

Ce sont certains des paramètres décrits précédemment qui dysfonctionnent, voire sont absents chez les patients « schizophrènes ». Ce qui entraîne donc des troubles de la communication chez ces patients.

3.3 **Communication et Schizophrénie :**

Pour démontrer les troubles du langage chez les patients atteints de Schizophrénie, Andreasen en 1979 a établi une échelle d'évaluation des troubles de la pensée, du langage et de la communication, appelée TLC (Thought Language and Communication.)

La communication chez les patients atteints de Schizophrénie est altérée, notamment par des difficultés de « performance » langagière. Ils ont la compétence, mais dès qu'il s'agit de l'utiliser pour interagir, on observe une incohérence du discours.

Ces personnes auraient des difficultés dans « l'intention » au sein du discours d'une part, car ils ne perçoivent pas leur propre intention, mais aussi car ils n'initient pas l'action.

D'ailleurs on remarque qu'il y a une diminution de la présence de verbes d'action ainsi que des difficultés dans les formes syntaxiques complètes chez ces patients (Daria Smirnovaa et al., 2017).

3.3.1 **Expressif :**

Dans le discours de ces personnes, on remarque des transgressions des maximes conversationnelles sur le plan expressif. Il y a tout d'abord la pauvreté du discours, qui entraîne une réduction de l'informativité dans le discours spontané (maxime de quantité). Il y a également une pauvreté dans la qualité du discours, donc au sein du contenu du discours (maxime de qualité). On observe également une logorrhée, donc une accélération anormale du rythme de discours inadapté au contexte et aux interlocuteurs. La tangentialité c'est le fait de répondre de façon inadaptée ou indirecte (maxime de pertinence).

Le déraillement, ou fuite des idées, c'est le non suivi de l'idée précédente : cela peut donner un discours complètement décousu. L'incohérence ou schizophasie consiste en un ensemble de phrases incohérentes au milieu de bribes de phrases cohérentes. La juxtaposition syntaxique en est compliquée.

Le discours autoréférentiel, où le patient ne prend pas en compte autrui et revient toujours à lui-même. Le discours circonlocutoire, où il y a des phrases indirectes, trop longues pour venir au but du message. Le discours emphatique ou pompeux, avec l'utilisation de mots plurisyllabiques (Andreasen, 1979).

Nous remarquons aussi au niveau de la communication verbale une amimie et une aprosodie lors de l'expression, ce qui induit une dissociation entre les émotions de la personne et ce qu'il exprime.

3.3.2 **Réceptif :**

Au niveau réceptif, le patient atteint de Schizophrénie a des difficultés à entendre et à analyser les changements de prosodies non-verbales.

Selon Frith, ces patients n'arrivent pas toujours à analyser le contexte, qu'il soit textuel ou situationnel, ce qui entraîne des difficultés à comprendre le sens du discours quand celui-ci n'est pas à interpréter de façon littérale (Roy et al., 2008).

Le code linguistique peut les mettre aussi en difficulté à cause de la complexité syntaxique ou de l'utilisation de certains termes évoquant des concepts sémantiques complexes.

Les difficultés de théorie de l'esprit, vues dans une partie précédente, entraînent des difficultés pour comprendre l'intentionnalité du locuteur dans la conversation.

Les troubles de la communication sont objectivés chez ces patients, et ils constituent l'un des symptômes permettant de diagnostiquer la Schizophrénie. Ces difficultés de communication et de pragmatique,

notamment, peuvent empêcher ces personnes de s'insérer socialement. Il est donc important de traiter ces symptômes.

Pour traiter ces symptômes, il me semble intéressant de se souvenir du dysfonctionnement cérébral, observé lors des études concernant le fonctionnement cérébral. Dans la Schizophrénie, il y a plusieurs fonctions cognitives touchées, pour améliorer la qualité de vie de ces patients il faut proposer des remédiations veillant à travailler ces différentes fonctions cognitives, que ce soient des fonctions langagières, communicationnelles ou exécutives.

3.4 Communication et orthophonie :

3.4.1 Définition :

La communication, et notamment la rééducation des troubles de cette compétence, fait partie du champ d'action de l'orthophonie. Selon le bulletin officiel des actes orthophoniques, les orthophonistes sont aptes à rééduquer les difficultés, les troubles de la communication auprès de patients enfants et adultes.

L'orthophoniste peut intervenir dans la rééducation des troubles de la communication, chez des enfants atteints du Trouble du Spectre Autistique (TSA), ainsi que chez des adultes cérébrolésés par exemple.

3.4.2 Evaluation :

Selon un article publié en 2008 dans la revue « L'Encéphale » par Boucard C. et Laffy-Beaufils B., les orthophonistes pourraient déterminer les difficultés de communication des personnes atteintes de Schizophrénie grâce aux tests orthophoniques tels que le TLC (test lillois de communication), le test de gestion de l'implicite, l'épreuve de narration orale du petit chaperon rouge et l'examen des fluences (normes de Cardébat). Le test lillois de communication (Rousseaux et al., 2001) permet d'évaluer la communication verbale et non-verbale du patient et sa motivation, et s'assure avant toute prise en charge des aspects communicationnels. Les auteurs de l'article (Boucard C. et Laffy-Beaufils B.) suggèrent aussi l'utilisation du protocole MEC, qui est décrit dans l'article de 2004, de Joannet et al.

Ce protocole est destiné à évaluer les troubles de la communication chez les patients cérébrolésés droits en premier lieu, mais peut être étendu à tout patient cérébrolésé. Le but est d'évaluer ses compétences pragmatiques, prosodiques, discursives ou lexico-sémantiques. Même s'il n'est pas étalonné pour des patients atteints de Schizophrénie, il peut être néanmoins intéressant du fait des symptômes communs avec des patients cérébrolésés droits.

3.4.3 Prise en charge :

Dans le livre « Les approches thérapeutiques en orthophonie 1 : prise en charge des troubles du langage oral » ,édition 2013, Rousseau T. et Gatignol P. exposent des études sur la rééducation des troubles de la communication.

Selon Françoise Coquet (2004), la rééducation doit se baser sur quatre axes thérapeutiques.

- Le premier axe thérapeutique cherche à rééduquer l'intentionnalité et les fonctions langagières.

Pour ce premier axe, les objectifs reprennent les fonctions langagières, décrites par le linguiste Jakobson, qui ont été évoquées dans la précédente sous-partie.

Si on commence avec la fonction référentielle c'est-à-dire la capacité de réfléchir à ce qu'il a à dire sur quelque chose de spécifique, on peut demander au patient de nommer, de raconter, de décrire, voire d'expliquer.

Lorsque l'on passe à la fonction expressive, on va demander à la personne ce qu'elle ressent, ce qui peut être un objectif particulièrement difficile pour un patient schizophrène.

Pour la fonction conative, on invitera la personne à donner des consignes, ou encore à essayer de nous convaincre sur un sujet donné. Cela lui demande d'organiser son discours et d'être claire dans l'expression des propos.

La fonction phatique est celle qui nous permet notamment de garder le contact. Il est de règle ici de travailler sur les règles de politesse et de convention sociale, comme saluer.

Quant à la fonction poétique, il s'agit de faire jouer un rôle au patient , de jouer avec les mots. Cela demande un bon niveau d'abstraction et de connaissance du vocabulaire.

Pour finir, dans le cadre de la fonction méta-linguistique (réfléchir sur la langue), on demande au patient de s'autocorriger, de reformuler et d'analyser les mots et les phrases. Le patient doit adopter un regard critique ce qu'il produit, analyser quand il doit reformuler ses propos.

- Le deuxième axe thérapeutique consiste à travailler sur la régie de l'échange.

Cet axe thérapeutique travaille sur les habiletés conversationnelles.

Premièrement, il faut travailler sur la prise du tour de parole (initiation dans la conversation), puis sur le respect des tours de parole (prendre en compte autrui). Développer des habiletés conversationnelles telles que le non verbal et la prosodie permettent de préciser l'intention d'autrui lors de l'émission du message.

Une fois ce travail effectué, on implémente des routines conversationnelles, comme l'initiation de l'échange, le maintien et la clôture.

- Le troisième axe thérapeutique a pour objet l'adaptation, notamment l'adaptation à l'interlocuteur.

Pour s'adapter à son interlocuteur, il faut savoir prendre en compte le statut d'autrui par rapport au nôtre, pour adopter par exemple un niveau de langage approprié. Pour converser avec autrui, il faut prendre en compte les savoirs partagés : si l'interlocuteur ne connaît pas certaines informations il lui sera difficile de comprendre. Il faudra accepter et prendre en compte les points de vue d'autrui.

- Pour finir, le quatrième axe thérapeutique consiste à travailler sur l'organisation de l'information.

Cet axe a pour objectif que le patient soit en capacité de maîtriser son discours. Pour que le patient ait un discours clair, il faut travailler sur la cohésion du discours afin de permettre une cohérence dans les propos.

Pour que l'interlocuteur puisse comprendre le propos, le locuteur doit veiller à être informatif pour que ce premier ait les informations nécessaires à la compréhension. Bien sûr, il y aura un travail sur la pertinence du discours en amont.

Monfort et al. (2005) proposent quant à eux de cibler plus particulièrement sur des compétences comme l'attention conjointe, la théorie de l'esprit, le jeu de faire semblant, la compréhension linguistique verbale, les normes sociales, les habiletés conversationnelles, le récit, l'argumentation et l'humour/ l'ironie.

La prise en charge peut concerner une compétence particulière (la communication référentielle, l'habileté conversationnelle, etc.) à travers des exercices et des activités ciblées, en s'appuyant sur du modelage et une discussion en cas d'échec.

La planification du traitement exige une évaluation précise s'appuyant sur un relevé d'indicateurs (Bernicot, 2010 ; Huper, 2006, Monfort et al. 2005) pour chacun des objectifs travaillés : le pourcentage des tours de parole de chacun des interlocuteurs, le taux d'initiation de la conversation de l'un et de l'autre, les utilisations de la modalité non-verbale, la formulation et la compréhension des requêtes de clarification, la proportion des bris et des échecs de communication, la proportion d'informations pertinentes, l'utilisation de références communes et l'emploi des routines sociales.

Les orthophonistes auraient-ils leur place dans le traitement de ces symptômes ?

En France, les rééducations de la pragmatique et de la théorie de l'esprit sont menées essentiellement par des psychologues et des psychiatres. Les orthophonistes ne sont actuellement peu ou pas présent(e)s dans les services de psychiatrie adulte.

4 Problématiques et Objectifs :

4.1 Problématique :

Au regard de la partie théorique, nous pouvons remarquer que la prise en charge des symptômes de la Schizophrénie se fait au sein des services hospitaliers, avec l'encadrement d'équipes pluridisciplinaires.

La Schizophrénie est une pathologie regroupant un spectre de symptômes avec des niveaux d'expression de gravité différents. En France, les prises en charge facilitant la réinsertion sociale telles que les réhabilitations sociales et les remédiations cognitives, sont préconisées une fois qu'un traitement médicamenteux stable est installé, et que le trouble se situe plutôt à un stade modéré.

L'orthophonie est une profession récente qui traite des pathologies du langage et de la communication dans différents domaines, par exemple des pathologies neurodéveloppementales comme le trouble spécifique du langage oral ; neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer etc. Si elle présente un intérêt pour des maladies sévères avec des conséquences mentales majeures comme la maladie d'Alzheimer, ne serait-elle pas en mesure de proposer, conjointement avec les autres professionnels, une intervention visant une remédiation de la communication des patients atteints de Schizophrénie ?

Autrement dit, quel pourrait être l'apport d'une remédiation orthophonique, dans une prise en charge pluridisciplinaire des troubles de la communication verbale du patient atteint de Schizophrénie, au stade modéré et le plus précocement possible, dans un cadre de réhabilitation sociale et de remédiation cognitive ?

4.2 Objectifs de la revue de littérature :

Cette revue de littérature essaiera de répondre à la problématique énoncée précédemment. Nous verrons si la lecture et l'analyse des différentes méta-analyses permettent de déterminer dans quelle mesure il y a un consensus sur les effets :

- 1) des remédiations cognitives et les réhabilitations sociales sur la communication.
- 2) le bénéfice possible à proposer une remédiation orthophonique de la communication verbale, conjointement aux remédiations déjà existantes, pour des patients atteints de Schizophrénie.

5 Méthode

5.1 Sélection des ressources :

La recherche bibliographique a été basée sur plusieurs bases de données : sur EBSCO qui est considéré comme le principal fournisseur de bases de données, de recherches scientifiques, de revues électroniques et d'abonnements à des magazines, ainsi que sur PUBMED, la principale base de données de littérature scientifique dans le domaine médical.

A cela s'ajoutent des recherches sur un site spécialisé dans le domaine de l'orthophonie l' ASHA (American Speech Therapist Hearing Association). Ce dernier site est d'autant plus intéressant qu'il propose pour certains articles une grille attestant de la fiabilité des sources de l'article.

Ces recherches, et plus particulièrement sur le site spécialisé en orthophonie, m'ont permis de réaliser que la problématique développée précédemment est pleinement d'actualité. Ainsi, j'ai trouvé une méta-analyse datant de 2016 de Joyal et al., analysant différents articles, qui évoque les différentes remédiations proposées aux personnes atteintes de Schizophrénie. Dans ces remédiations nous retrouvons la remédiation orthophonique.

Des mémoires en orthophonie ont également été trouvés, notamment un mémoire datant de 2014 soutenu par Nadia Calvet intitulé : "Mémoire sémantique : fluence verbale et organisation du réseau lexico-sémantique dans la Schizophrénie". Cela m'a conforté dans ma problématique, tout en me faisant prendre conscience que ces interrogations dans le domaine orthophonique restaient encore récentes et peu fréquentes.

Ces différentes lectures m'ont incitée dans le choix de la revue de littérature comme méthode de mémoire, dans la perspective d'affiner l'état des lieux de la recherche scientifique sur les différentes remédiations existantes ou envisagées pour améliorer la communication verbale chez des patients « schizophrènes ».

Je me suis donc interrogée sur les objectifs d'une revue de littérature mais également sur la sélection de ressources documentaires fiables et pertinentes, ainsi que sur l'élaboration de critères de sélection des articles qui composeront la revue de littérature.

J'ai donc réfléchi à l'intérêt des méta-analyses dans la recherche scientifique.

Selon T. Lang, le principe d'une méta-analyse est d'évaluer l'effet d'un traitement utilisé sur des populations comparables, en analysant et en combinant les résultats des différentes études qui la constituent.

En s'appuyant sur des méta-analyses, la revue de littérature se basera sur des résultats fiables en comparant la validité des traitements : la remédiation cognitive, les réhabilitations psychosociales,

les remédiations orthophoniques dans le but d'améliorer une composante, à savoir la communication verbale, sur une population atteinte de Schizophrénie.

Critères retenus pour la recherche bibliographique : la population schizophrène, les troubles de la communication, la réhabilitation sociale et la rééducation orthophonique.

Le type de publications recherchées en priorité est constitué de méta-analyses regroupant : des études de cas (narratives et expérimentales) et des études de groupe (expérimentales).

Ceci a permis de sélectionner des ressources en utilisant les mots clés suivants : Schizophrenia ; cognitive remediation ; meta - analysis ; dans les deux bases de données EBSCO et PUBMED.

Lors de la recherche effectuée sur la base de données PUBMED, le filtre Review a permis d'affiner les résultats en conservant préférentiellement les revues de littérature.

En ce qui concerne la base de donnée EBSCO, il a fallu sélectionner les bases de données à interroger avant d'entrer les mots clés. Les bases sélectionnées sont : Academic search premier ; Psychology and Behavioral Sciences Collection ; Open Dissertation et APA PsycARTICLES.

On obtient 23 résultats pour la base de données PUBMED et 50 pour les bases de données sélectionnées dans EBSCO. C'est le nombre de résultats obtenu sans sélection supplémentaire, avec des critères précis, et sans analyser s'il y avait des doublons.

Le mot-clé utilisé pour la recherche sur le site ASHA est : Schizophrenia, en incluant des résultats datant de 2015 - 2020.

On obtient pour cette recherche 50 résultats sans exclure les articles ne traitant pas de cette pathologie.

Des critères d'exclusion pour réduire le nombre d'article à inclure sont les suivants :

- Peu récent : avant 2000 pour les bases de données EBSCO et PUBMED
- Articles évoquant d'autres pathologies : 22q11, aphasie et bipolarité
- Articles traitant d'autres prises en charge : médicamenteuse
- Articles évoquant l'effet de la remédiation sur l'emploi et non sur les capacités.

Dans l'Annexe D, un tableau récapitulatif reprend le nombre de résultats trouvés pour chaque base de données en indiquant les mots clés utilisés ainsi que les filtres sélectionnés. On y trouve également le nombre d'articles sélectionnés dans chaque base de données. Finalement, 3 articles ont été sélectionnés sur le site de l'ASHA, 7 proviennent de la base de données PUBMED et 12 des bases de données sélectionnées par EBSCO, (Annexe F).

5.2 Qualité des études :

Chaque étude a fait l'objet d'une lecture critique. Pour établir cette lecture critique, il a fallu respecter une grille de lecture en y incluant des critères précis. Les critères établis sont ceux décrits par Salmi dans le livre "Lecture critique et communication médicale scientifique : comment lire, présenter, rédiger et publier une étude clinique ou épidémiologique" écrit en collaboration avec Salamon en 2012. On peut voir le détail de la fiche lecture dans l'Annexe E.

L'auteur, Salmi, propose les prérequis et les objectifs à la lecture suivants :

- Les prérequis sont d'avoir en tête tous les critères les plus importants à considérer pour juger de la qualité et de la pertinence potentielle d'un article.

Il faut aussi établir que des algorithmes, qui sont définis comme des suites finies de questions élémentaires permettant la résolution d'un problème, sont des outils organisant les critères dans un ordre logique, optimisant ainsi le processus de décision de rejeter l'article ou de continuer sa lecture.

- Les objectifs pour vérifier la qualité des études sont d'utiliser en premier lieu des listes de contrôle permettant de vérifier l'exhaustivité des items nécessaires à la rédaction, ainsi que des grilles de lecture critique pour analyser le plus finement possible les méthodes utilisées dans les études.

Je me suis également appuyée sur les critères de qualité d'une étude décrite dans l'article de T. Lang. Ces critères se définissent en s'interrogeant sur différents paramètres.

L'étude présente-t-elle une méthode de traitement qui garantit une absence de biais ? Le nombre de participants à l'étude ainsi que le nombre de ceux perdus de vue est-il spécifié ? La description des critères d'inclusion et d'exclusion sur les participants est-elle spécifiée ?

La description des modalités de suivi des patients est-elle spécifiée et mise en lien avec les résultats ? Quelles informations sont apportées sur l'évaluation de la procédure ?

Les articles sélectionnés étant en grande majorité des méta-analyses, les critères vont porter sur la méthode de la revue de littérature et sur la méthode des articles scientifiques sélectionnés. Ces méta-analyses reprennent les critères d'inclusion dans les cohortes, les tests utilisés pour évaluer la progression des participants, la qualité de l'analyse statistique et la validité de la remédiation proposée.

5.3 Caractéristiques des études :

Selon l'auteur T. Lang, il y a quatre principales caractéristiques à respecter, qui sont : le trouble ou symptôme concerné, la population concernée, le critère de jugement et enfin le traitement étudié.

Les principales caractéristiques retenues pour cette étude sont : le trouble de la communication verbale, patient atteint de Schizophrénie, amélioration des capacités communicationnelles, remédiation cognitive et/ou remédiation orthophonique et/ou réhabilitation sociale.

Le critère du nombre de participants n'est pas retenu, car la pratique de la rééducation orthophonique de la communication verbale auprès d'adultes atteints de Schizophrénie est peu documentée. De plus, dans les études exposées dans les différentes méta-analyses un effet de taille est souvent évoqué du fait de petites cohortes de patients, même dans le cas de remédiations non orthophoniques.

6 Résultats

Cette revue de littérature porte sur 22 articles, dont des revues de littérature et des méta-analyses. Ces articles ont été obtenus sur deux bases de données et un site spécialisé.

Dans cette partie résultats, nous exposerons une synthèse des résultats des 22 articles retenus : 7 articles de la base de données PUBMED, 12 articles des bases de données EBSCO et 3 articles du site de l'ASHA.

Ces résultats vont être décrits dans différentes parties : la première partie décrira l'impact des remédiations cognitives en comparant les impacts des réhabilitations sociales ; la deuxième partie évoquera quant à elle les évaluations pré-post thérapies décrites dans les différentes études recensées dans les méta-analyses ; la troisième partie abordera l'évolution de la communication verbale chez les patients atteints de Schizophrénie après les différentes remédiations. Enfin, la dernière partie fera état des différentes remédiations moins courantes proposées comme la remédiation orthophonique.

6.1 Impact des remédiations cognitives et réhabilitation psychosociale :

6.1.1 Remédiations cognitives :

Depuis plus d'une dizaine d'année, de nombreuses méta-analyses abordent et analysent les études ayant pour objet les remédiations cognitives en direction des patients schizophrènes.

Dans la présente revue de littérature, dix articles ont été sélectionnés pour décrire les impacts de la remédiation cognitive sur les symptômes de ces patients.

Selon la revue de littérature, de Kurtz et al. datant de 2001, les apports des remédiations cognitives seraient multiples. En premier lieu, les auteurs relèvent que dans différentes études, on constate une amélioration des fonctions exécutives ainsi que des compétences communicationnelles et sociales. Toutefois, ces résultats sont à observer avec prudence car cette méta-analyse recense des articles sur les débuts de la remédiation cognitive pour cette population. Or, ces études manquent de puissance quant au nombre de patients et aux mesures d'évaluation. Deux méta-analyses plus récentes, celle de Bryce et al. datant de 2015 et celle de Radhakrishnan et al de la même année, parlent des effets prometteurs des remédiations mais déplorent la qualité des études. La plupart des études ne permettent pas de dégager de résultats significatifs dans les différentes mesures car il faudrait procéder à des essais randomisés aux échantillons plus vastes.

Une méta-analyse de 2007 de MCGurk et al. qui analyse des études plus récentes par rapport aux articles précédents, confirme l'amélioration de différents domaines cognitifs après cette remédiation. Les auteurs restent cependant prudents quant à l'observation de ces améliorations qui ne sont que modérées pour le moment et peu généralisables. Selon ces résultats, l'amélioration est plus conséquente semble-t-il lorsque la remédiation cognitive est associée aux réadaptations psychiatriques, menant ainsi à des améliorations plus fonctionnelles.

Concernant l'article de Wykes et al. de 2011, dans leur analyse des résultats des différentes études, les auteurs constatent également une amélioration plus marquée si la remédiation cognitive est couplée avec une réadaptation psychiatrique. En effet, la mise en place d'un traitement médicamenteux stable favorise l'adhésion et permet ces améliorations. Comme pour les articles précédents, les améliorations concernent surtout des fonctions exécutives telle l'attention, et des différentes mémoires : mémoire de travail et mémoire à court terme (verbale et visuelle). La revue de littérature de Barlati et al. de 2013, reprend l'idée que la remédiation cognitive améliore le fonctionnement cognitif, mais aussi par répercussion le fonctionnement social. Même si ce dernier point ne montre qu'une amélioration modérée, ces deux compétences étant primordiales, une amélioration même modérée est essentielle pour le quotidien de ces patients. Et ce d'autant plus lorsque ceux-ci sont travaillés, mobilisés le plus précocement possible.

De ce fait, l'amélioration des fonctions exécutives et des compétences mnésiques pourrait avoir plus d'impact dans les actions de la vie quotidienne des patients atteints de Schizophrénie si, en parallèle, un travail sur la théorie de l'esprit était effectué. D'après la conclusion de la méta-analyse de Fett et al. de 2010, il serait intéressant de coupler plusieurs approches : les remédiations cognitives et les réhabilitations sociales, dans le but d'acquérir des compétences généralisables et fonctionnelles.

L'article de Revell et al., de 2015 évoque également les améliorations dans le domaine cognitif. Les auteurs ont observé les résultats de différentes études, notamment les résultats des 7 domaines cognitifs de la batterie de testing MATRICS que sont : la vitesse de traitement ; la mémoire de travail ; l'apprentissage visuel et la mémoire ; l'apprentissage verbal et la mémoire ; attention et vigilance ; raisonnement et résolution de problème ; cognition sociale. Ces 7 domaines ont été améliorés dans les différentes études grâce aux remédiations cognitives mais il n'y a pas d'effet significatif sur le score de cognition globale. Les effets seraient plus importants en associant ces remédiations aux réadaptations psychiatriques, mais aussi en ciblant davantage sur la cognition sociale.

L'amélioration dans différents domaines cognitifs pourraient permettre l'atténuation des symptômes positifs et négatifs chez les patients « schizophrènes ». Néanmoins, selon l'article de Cella et al. de 2016, les remédiations cognitives auraient des effets bénéfiques faibles sur les symptômes négatifs. D'autres études sont nécessaires pour vérifier si des effets, des améliorations sont plus marqués, s'il y a association de différentes remédiations.

L'article le plus récent sélectionné, celui de Kambeitz-Illankovic et al., publié en 2019, reprend les mêmes constatations que les articles précédents, c'est-à-dire l'amélioration de différents domaines cognitifs. Cette méta-analyse a également déduit au regard des différentes études que les remédiations cognitives informatisées avaient des effets d'autant plus bénéfiques si elles étaient accompagnées de conseils humains connaissant le programme de remédiation et faisant partie des professionnels de santé. Cet effet bénéfique permettrait un gain cognitif participant à la restauration du fonctionnement psychosocial.

6.1.2 ***Réhabilitations sociales :***

Les réhabilitations sociales sont préconisées dans le traitement des symptômes de la Schizophrénie. Ces dernières peuvent également être associées aux remédiations cognitives comme nous avons pu le voir dans le paragraphe précédent. Les 5 méta-analyses qui vont être exposées dans cette partie décrivent les effets des réhabilitations sociales sur ces symptômes.

Les réhabilitations sociales constituent des perspectives intéressantes puisque selon la méta-analyse d'Almerie et al. de 2015, l'amélioration des compétences sociales réduirait le taux de rechute des patients schizophrènes. Toutefois, des études futures avec essais randomisés devront être menées pour prouver de façon significative ces constatations.

Ce type de prise en charge dans la Schizophrénie fait partie des recommandations canadiennes pour la prise en charge précoce de cette pathologie, d'après l'article de Lecomte et al. datant de 2017. Les différentes études ont montré que ces réhabilitations, ainsi que les interventions familiales et les thérapies cognitivo-

comportementales, permettent de travailler sur l'adaptation sociale précoce, les fonctions cognitives et langagières. Cela permet de faciliter les apprentissages et le développement des compétences communicationnelles, notamment interactionnelles.

La revue de littérature de Hajdúk et al. de 2018, reprend l'idée que cette remédiation est nécessaire car elle améliore différents domaines de la cognition sociale. La méta-analyse de Tan et al. de 2018, aborde, elle, les mêmes améliorations mais de façon plus nuancée. Les auteurs de cette méta-analyse ont constaté qu'il était difficile de comparer les résultats du fait de l'utilisation de différentes batteries. Il faudrait donc établir des mesures communes pour une meilleure comparaison entre les interventions.

Un article plus récent de Fernandez-Sotos et al., publié en 2019, met en exergue un intérêt croissant pour les interventions de cognition sociale car les résultats de cette dernière montrent une meilleure intégration sociale. Cette intégration sociale est à nouveau possible grâce à l'amélioration des capacités communicationnelles, ainsi que de la cognition sociale.

Les apports des programmes de réhabilitation sociale et de remédiation cognitive sont multiples et mis en avant dans les diverses études. Bien que les présentes études restent perfectibles et comprennent des biais (mesure, taille des échantillons), il semblerait intéressant d'allier la stimulation cognitive et les techniques de réhabilitation sociale dans différents programmes. La stimulation cognitive, le travail dans les domaines de la cognition sociale, pourraient réduire les symptômes (positifs, négatifs) et réduire les taux de rechute.

Le programme IPT est un programme de groupe couplant certaines stratégies clés des deux remédiations cognitives dans la Schizophrénie. La méta-analyse de Roder et al. publiée en 2011 a ciblé son analyse sur les études utilisant ce programme de remédiation. Les auteurs, en comparant les études, observent des améliorations dans les deux domaines. Un programme couplant ces deux remédiations semble bénéfique. Le programme IPT est utilisé en France dans différentes structures psychiatriques.

6.2 Evaluations et tests : pré et post thérapies

Les méta-analyses sélectionnées pour la présente revue de littérature ont comparé les résultats des études sur la Schizophrénie mais également les méthodes d'évaluation permettant de définir les effets des remédiations. Les études utilisent différentes batteries, ce qui ne facilite pas la comparaison des résultats, et par conséquent l'établissement de façon significative des effets des remédiations.

Dans la méta-analyse de Mandella et al. en 2015, qui s'interroge les études pilotes évaluant un programme cognitif de compensation (CCT), les effets ont été observés à l'aide d'une batterie (Matrices Consens Cognitive

Battery) retrouvée dans différentes études testant les domaines cognitifs et une batterie qui examine les compétences fonctionnelles. Dans ces études, on observe l'utilisation d'une ligne de base thérapeutique qui se révèle utile pour collecter les données individuelles sur les effets de la remédiation, apportant ainsi des informations complémentaires aux tests.

Dans plusieurs études, des batteries évaluant les symptômes (négatifs et positifs) ainsi que les compétences cognitives et sociales en pré et post thérapie sont utilisées comme le décrit l'article de Ventura et al. de 2017. Les tests observés sont les suivants : Test SANS et BPRS (symptômes) et (fonctionnement social). C'est grâce à ces mesures, qui ont été comparées dans les études, que les auteurs ont pu conclure à une amélioration sur 12 mois des symptômes expressifs et expérientiels (SANS) et du fonctionnement social (UCLA) grâce à une remédiation cognitive. Ces rééducations ont également à un impact sur la réduction des facteurs de risque de la chronicité des troubles, des symptômes, ce qui permet de favoriser un meilleur rétablissement.

La remédiation cognitive a des effets positifs sur la réduction des symptômes, qui est déterminée par des mesures. Qu'en est-il de l'évolution de la communication verbale de ces patients atteints de Schizophrénie participant à des remédiations cognitives ?

6.3 Evolution de la communication verbale :

La plupart des méta-analyses exposent une amélioration des fonctions exécutives et des fonctions cognitives en général. La communication verbale n'est pas évoquée comme telle dans les différentes études.

Cependant, il semble qu'il y ait eu des améliorations de cette compétence de façon indirecte, même sans évaluation ciblant cette dernière. Si nous nous référons à la partie théorique, la communication verbale comprend la réception et l'élaboration du message par le code verbal. Pour ce fait, l'accès au stock lexical et une fluence verbale opérante sont nécessaires pour transmettre un message à son interlocuteur. La mémoire verbale doit être également opérante pour traiter le message d'autrui.

D'après l'article de Kurtz et al. de 2001, les remédiations cognitives ont permis l'acquisition, le développement de stratégies d'encodage sémantique et affective relativement simples, augmentant ainsi les capacités mnésiques verbales. Cela entraîne ainsi la reconnaissance des indices sociaux. Ces compétences développées grâce aux remédiations cognitives ont impacté positivement les capacités communicationnelles, du moins supposées, même si les scores ne les objectivent pas. Une méta-analyse de Szöke et al. de 2008, comprenant des études longitudinales, évoque une amélioration significative des tâches cognitives des patients schizophrènes. Cependant, le score de fluence verbale reste stable. La maîtrise sémantique dépend du niveau de départ du sujet. La maîtrise verbale sémantique peut être le meilleur endophénotype cognitif.

L'article de Roder et al. paru en 2011, met également en avant les mêmes améliorations que les articles précédents. Les auteurs, en analysant les études, vont même jusqu'à conclure qu'il y a maintien des effets positifs après la thérapie dans les domaines suivants : mnésique, cognition sociale et capacité verbale. Cella et al. en 2016 analysent les résultats des études concernant également l'amélioration des symptômes négatifs, notamment ceux concernant la communication et les interactions. Cependant, ces derniers sont à interpréter avec prudence du fait de la puissance statistique faible des études qui constituent cette méta-analyse.

Au fil des années, les remédiations cognitives informatisées se sont multipliées et ont fait l'objet d'études plus récentes. Une revue littérature de 2019, de Prikken et al., analyse et reprend ces études. Les auteurs ont ainsi analysé 24 études totalisant 1262 patients atteints de Schizophrénie. Ces programmes informatiques entraînent des améliorations des fonctions cognitives, mais également de la mémoire verbale et de la fluence verbale. Ces deux dernières étant importantes puisqu'elles permettent une évolution positive de la communication verbale. En effet, pour traiter ou élaborer un message, cette dernière est fortement sollicitée. La fluence verbale quant à elle est en lien avec les fonctions exécutives, mais également avec l'accès lexical en prenant en compte un critère sémantique. Toutefois, ces études ne montrent pas d'effets significatifs sur la cognition sociale. Les auteurs se posent donc comme question si ces améliorations sont généralisables aux activités du quotidien.

Les remédiations ont des effets positifs sur la communication verbale ainsi que sur la réduction de certains symptômes négatifs, allant de paire avec la communication verbale.

Néanmoins, les résultats sont exposés ici avec prudence car les effets positifs de la remédiation cognitive sur la communication verbale ne sont pas explicitement exprimées, d'où la comparaison intéressante dans certaines méta-analyses sélectionnées de la remédiation cognitive avec d'autres types de remédiation.

6.4 Autres remédiations recensées :

La remédiation cognitive et la réhabilitation sociale sont des remédiations préconisées et souvent utilisées dans le traitement des symptômes de la Schizophrénie. Néanmoins, d'autres remédiations y sont comparées pour continuer le développement de nouvelles méthodes.

Selon la méta-analyse de Larøj et al. de 2013, différentes études montrent que la remédiation cognitive est efficace. Cependant, cette dernière est souvent groupale. Pourtant des approches individualisées et

intégratives seraient préférables. De plus, les difficultés de la vie quotidienne devraient faire l'objet de programmes plus écologiques (adaptés aux quotidiens, plus fonctionnels) reposant sur les difficultés communicationnelles rencontrées dans un contexte particulier, dans une situation ou sur des types d'interactions sociales, ainsi que sur des stratégies exécutives devant être mises en place dans des situations données.

Une méta-analyse provenant du site de l'ASHA de Joyal et al., datant de 2016, inclut des prises en charge individualisées autres que des remédiations cognitives et sociales. Les auteurs, en s'appuyant sur les différents résultats, concluent que de nombreuses remédiations pourraient compléter celles existantes. Dans cette méta-analyse, les auteurs ont établi que 14 études sur 18 conduisaient à des améliorations des capacités langagières, mais aussi des compétences pragmatiques et discursives. Ces améliorations entraînent une réduction des symptômes, qu'il s'agisse de symptômes positifs ou négatifs.

Un extrait d'un des tableaux de cette méta-analyse recense quelques-unes de ces remédiations.

Table 1
Summaries of the studies investigating the effects of therapy or training on speech and language abilities in adults with schizophrenia. *mo/mos, month/months; wks, weeks; yr/yrs, year/years.

| Therapeutic approach | Speech and language abilities assessed | Therapy setting | N of subjects | Male sex ratio | Follow-up measure | Results | Effect size (Glass's delta) |
|---|--|-----------------|------------------------------------|----------------|-------------------|--|--|
| Man et al. (2012) Cognitive training for Hong Kong Chinese with schizophrenia in vocational rehabilitation. Cognitive remediation (errorless training) | Sentence comprehension, repetition, naming | Individual | 80 (including 30 control patients) | N/A | 3 mos | Negative | 0.40 |
| Ojeda et al. (2012) Efficiency of cognitive rehabilitation with REHACOP in chronic treatment resistant Hispanic patients. Cognitive remediation | Semantic, phonological fluency | Group | 93 (including 46 control patients) | 78% | no | Improved phonological fluency | Phonological fluency: 0.9 semantic fluency: 0.48 |
| Blaity et al. (2008) Improvements in autobiographical memory in schizophrenia patients after a cognitive intervention Cognitive remediation combined with principles of cognitive behavioral therapy (autobiographical memory intervention) | Verbal fluency | Group | 27 (including 12 control patients) | 53% | 3 mos | Negative | -0.05 |
| Clegg et al. (2007) Speech and language therapy intervention in schizophrenia- a case study. Combination of cognitive behavioral therapy (desensitisation) and functional approach (less structured conversations) | Repetition, naming, word association, reading comprehension, discourse comprehension, discourse production (self-description, use of emotional words), pragmatics (eye contact, facial expression) | Individual | 1 | 100% | No | Improved discourse production and pragmatics (negative attitude to communication remained unchanged) | N/A |
| Kawakubo et al. (2007) Phonetic mismatch negativity predicts social skills acquisition in schizophrenia. Psychiatric rehabilitation (medication self-management module of a social skills training program) | Pragmatic skills (eye contact, facial expression, voice loudness, voice tone, maintaining conversation, fluency of conversation, clarity of message, social validity of the interaction and goal attainment) | Individual | 13 | 69% | No | Negative | 0.07 |
| Kondel et al. (2006) Name relearning in elderly patients with schizophrenia: episodic and temporary, not semantic and permanent Name relearning (naming with repetition of good answers) | Naming | Individual | 10 | N/A | 1 mo | Improved naming but not maintained at follow-up | 0.53 |
| Ryu et al. (2006) Deinstitutionalization of long-stay patients with schizophrenia- the 2-year social and clinical outcome of a comprehensive intervention program in Japan. Metacomprehension (explicit training on communication skills) | Pragmatic skills/discourse production (speech skills: amount and initiation of speech, disturbed speech: speech sense and clarity) | Group | 60 | 63% | 2 yrs | Improved speech skills and disturbed speech scores | N/A |
| Lewis et al. (2003) Cognitive rehabilitation with patients having persistent, severe psychiatric disabilities. Integrated Psychological Therapy | Phonological fluency, verbal comprehension | Individual | 38 | N/A | 3 mos | Negative | N/A |
| Kramer et al. (2001) Mental illness and communication Metalearning (self monitoring and self learning) | Discourse production (macrostructure of narrative discourse: inclusion of essential frames) | Individual | 2 | 100% | No | Improved discourse production (more essential frames, no more irrelevant frames) | N/A |

M. Joyal et al. / *Psychiatry Research* 240 (2016) 88–95

Extrait tableau 1 de l'article de Joyal et al., 2016

Néanmoins, des biais sont constatés car les études sont difficilement comparables à cause des diagnostics de Schizophrénie établis avec différentes versions du DSM. Il n'y a pas d'utilisation des mêmes batteries dans les différentes études sélectionnées. De plus, on peut remarquer de petits échantillons (étude de cas) induisant une puissance statistique faible. Certains résultats sont donc peu significatifs. Les auteurs indiquent bien que les études comprenant une remédiation orthophonique seraient prometteuses, puisque ce type de remédiation précise (langage et communication) leur semble intéressant en complément des remédiations

cognitives. Ces résultats devront être démontrés dans des recherches futures. En effet, peu d'études existent encore sur le sujet car l'orthophonie est un domaine de recherche récent.

Une dernière méta-analyse de Tan et al., publiée en 2018, compare différentes remédiations notamment sociale et cognitive mais également des techniques novatrices : 9 sur l'ocytocine et 1 sur la stimulation transcrânienne. Ces dernières ne sont qu'à l'état de prémices, les résultats bien que prometteurs ne sont pas significatifs statistiquement. De plus, les effets bénéfiques sur la réduction des symptômes, et notamment sur les symptômes négatifs, peinent à se maintenir.

Les remédiations les plus courantes et validées par les résultats sont la réhabilitation sociale et la remédiation cognitive. Il semblerait même que les programmes les plus efficaces pour améliorer les habiletés communicationnelles, cognitives et sociales associeraient ces dernières en parallèle d'une remédiation individualisée, ciblée avec un professionnel (psychiatre, psychologue, orthophoniste etc.).

7 Discussion

7.1 Recontextualisation :

Le présent travail expose le questionnement qui émerge selon la partie théorique sur l'efficacité des interventions telles que les remédiations cognitives et les réhabilitations psychosociales sur les symptômes de la Schizophrénie , et notamment sur les capacités de communication.

Ces remédiations pourraient-elles être complétées par d'autres remédiations telles que les remédiations orthophoniques ? Au regard des données de la partie théorique et des questionnements ci-dessus, la revue de littérature avait pour objectif de valider les hypothèses suivantes.

- La première était : les remédiations cognitives ainsi que les réhabilitations sociales améliorent la communication.
- La seconde était : une remédiation orthophonique de la communication verbale, conjointement aux remédiations déjà existantes, chez les patients atteints de Schizophrénie, pourrait être bénéfique.

L'analyse et la mise en lien des résultats avec les données de la partie théorique permettent de réfléchir à la validation de ces hypothèses. Pour conclure si ces hypothèses sont validées, la réflexion s'effectuera en

plusieurs parties. La première partie analysera les effets et les limites des différentes remédiations (remédiations cognitives, sociales et orthophoniques) unilatéralement. La deuxième partie évoquera les limites de la présente revue de littérature, pour ainsi établir si les hypothèses ont pu être validées. La dernière partie, en prenant compte des limites de ce travail, proposera les modalités d'une éventuelle remédiation orthophonique en parallèle de la prise en charge IPT. Elle répondrait ainsi à l'objectif premier de la revue de littérature, lequel était de faire un état des lieux des remédiations (effets/ limites) pour envisager une possible prise en charge orthophonique.

7.2 Remédiation dans le cadre de la Schizophrénie :

Les remédiations pluridisciplinaires et multimodales ont comme objectif d'améliorer la qualité de vie des patients schizophrènes en réduisant les symptômes et les risques de rechute. Elles leur permettraient ainsi une meilleure insertion sociale : travail, relations et échanges avec autrui.

Dans le DSM V, comme évoqué dans la partie théorique, les symptômes sont répertoriés en deux catégories. Les symptomatologies positives et les symptomatologies négatives. Les remédiations permettant la réduction de ces dernières sont mises en place lors des phases actives de la maladie, intervenant sur le plan des interactions et de la communication.

Dans le présent travail, c'est la communication verbale qui est ciblée dans les résultats des différentes études. Pour que la communication verbale soit opérante, il faut notamment une mémoire sémantique efficiente et un accès au lexique efficace (fluence verbale). Ce sont des compétences travaillées et évaluées dans les remédiations cognitives. L'interaction sera facilitée si cette compétence sollicitée est couplée avec la communication non-verbale et para-verbale. Ce sont sur ces derniers points que les remédiations (cognitives et sociales) vont permettre une amélioration de cette compétence.

L'analyse des résultats de la partie précédente permet d'établir la présence d'effets positifs sur la communication verbale dans les remédiations cognitives, les réhabilitations sociales et les remédiations orthophoniques.

7.2.1 Remédiations cognitives :

Les remédiations cognitives permettent une stimulation des fonctions cognitives de haut niveau nécessaires à la communication et à l'élaboration de tâches de la vie quotidienne comme : les fonctions exécutives, la cognition sociale, les capacités mnésiques et attentionnelles.

Pour rappel, selon Johnson-Selfridge & Zalewski (2001), les patients atteints de Schizophrénie ont des déficits dans les fonctions exécutives suivantes : la planification, l'inhibition, etc. Ces difficultés coexistent et impactent les autres fonctions cognitives, comme le langage et la communication. Pour pouvoir communiquer avec autrui, il faut pouvoir planifier son discours et être attentif au discours d'autrui. Or les systèmes mnésiques ont un impact important sur le système langagier comme le montre l'étude de Lecardeur (2008), qui illustre l'effet de la mémoire sémantique sur le plan des représentations (concepts) et de l'activation des réseaux lors de la récupération des concepts (termes). Il semble pertinent de travailler la compréhension lexicale et syntaxique pour pallier les difficultés de communication puisque la Schizophrénie entraîne des troubles au niveau interactif (sous-syntaxique, lexical, phrase et discours) et au niveau des composants (phonologie, sémantique et syntaxe).

Les données des études de la neuroimagerie décrites dans la partie théorique permettent déjà de penser que les remédiations cognitives, par leur amélioration des fonctions exécutives, impactent positivement les capacités de communication comme la communication verbale (Maria Luisa Cavelti et al., 2018).

Cette hypothèse est vérifiée par les études de la revue de littérature. Les résultats des différentes méta-analyses composant cette revue de littérature évoquent des effets positifs sur les fonctions exécutives, et ainsi sur les compétences qui participent à l'amélioration de la communication verbale.

La méta-analyse de Kambeitz-Illankovic de 2019, par exemple, confirme ces résultats. Les auteurs ajoutent même que les remédiations cognitives informatisées avaient des effets positifs plus marqués si ces dernières étaient accompagnées de conseils de professionnels. De plus, ce gain participerait à la restauration du fonctionnement psychosocial.

L'article de Kurt et al. de 2001, sélectionné pour la revue de littérature, va aussi de ce sens. Les auteurs concluent que les remédiations cognitives permettent notamment le développement de stratégies d'encodage sémantique relativement simples, augmentant ainsi les capacités mnésiques verbales en parallèle d'une meilleure reconnaissance des indices sociaux. Une amélioration des capacités communicationnelles est observée.

Des limites subsistent face aux remédiations cognitives, la première étant que des symptômes négatifs persistent à la fin du traitement. Certains effets positifs de cette remédiation ne seraient pas généralisables aux tâches de la vie quotidienne des patients atteints de Schizophrénie (Prikket et al., 2019). C'est ainsi que les auteurs ont pu conclure qu'une combinaison de remédiations pourrait compenser et améliorer les effets de ces dernières.

Néanmoins, des biais sont observables dans les différentes études comme des outils de mesure variables, une taille d'échantillon trop petite et des diagnostics de Schizophrénie établis avec différentes versions du DSM.

7.2.2 Réhabilitation sociale :

La deuxième remédiation recommandée dans le traitement des symptômes de la Schizophrénie est la réhabilitation sociale. Cette remédiation permet le travail sur les interactions sociales et visent à une meilleure intégration des patients dans la société. Elle permet de travailler les habiletés communicationnelles telle que la communication non-verbale et verbale mais aussi de travailler les habiletés pragmatiques et la théorie de l'esprit.

Pour rappel, selon l'école de Palo Alto, les informations véhiculées par le non-verbal permettent de compléter le message verbal.

Le destinataire du message, pour analyser ces informations correctement, doit comprendre l'intention du locuteur, ce qui nécessite de bonnes aptitudes en théorie de l'esprit. La théorie de l'esprit se définit comme la capacité de comprendre et de prédire les intentions. Selon Georgieff en 2004, cette aptitude est déficitaire chez les patients schizophrènes. C'est pourquoi cette aptitude est stimulée dans les programmes de réhabilitation sociale.

Toutefois une autre compétence est nécessaire pour comprendre pleinement le message, surtout quand ce dernier suggère des informations et utilisent de l'implicite, c'est la compétence pragmatique, considérée comme la maîtrise du code de la langue.

Selon Bar Hillel et al. en 1970, la pragmatique concerne la dépendance essentielle de la communication, dans le langage naturel du locuteur et de l'auditeur, du contexte linguistique et du contexte extralinguistique, de la disponibilité de la connaissance de fond, de la rapidité à obtenir cette connaissance de fond et de la bonne volonté des participants à l'acte communicatif.

La revue de littérature confirme l'intérêt de la réhabilitation sociale qui permet une amélioration des symptômes et de la qualité de vie des patients.

Dans leur article publié en 2019, Fernandez et ses collaborateurs mettent en exergue un intérêt croissant pour les interventions de cognition sociale qui travaillent les habiletés citées ci-dessus (pragmatique, communication non-verbale, théorie de l'esprit), entraînant une meilleure intégration sociale des patients. Cette intégration sociale est à nouveau possible grâce à l'amélioration des capacités communicationnelles. Les

résultats sont concluants puisqu'ils montrent des effets positifs généralisables permettant une réduction du risque des rechutes. Néanmoins, le maintien des effets est à relativiser à cause des résultats peu significatifs sur le plan statistique.

Comme évoqué précédemment, les améliorations sont d'autant plus marquées si le programme de remédiation allie remédiation cognitive et réhabilitation sociale. Un programme de remédiation existe, c'est le programme Integrated Psychological Therapy (IPT), utilisé en France, associant ces deux remédiations. Ce programme a fait l'objet d'une méta-analyse de Roder et ses collaborateurs en 2011. Cet article a permis d'objectiver significativement les résultats de ce programme. Ce programme est administré après la mise en place d'un traitement médicamenteux stable. Les effets de ce programme concernent les fonctions exécutives, les capacités mnésiques, la cognition sociale et les interactions sociales.

Cependant, les symptômes négatifs peuvent persister malgré ce programme.

7.2.3 **Remédiation orthophonique :**

L'un des objectifs de cette revue de littérature était de questionner si une remédiation de la communication verbale chez les patients atteints de Schizophrénie pourrait faire partie du champ de compétences des orthophonistes, et si cela pouvait contribuer à réduire les symptômes.

Dans la partie théorique, on a pu observer grâce à l'article de Boucard C. et Laffy-Beaufils B. que les tests orthophoniques pourraient apporter des précisions supplémentaires sur le testing des compétences, et notamment des compétences langagières et communicationnelles. Les auteurs suggèrent notamment l'utilisation du protocole MEC (Montréal d'Evaluation de la Communication) décrit dans l'article de Joannet et al. de 2004, destiné et étalonné au préalable pour les patients cérébrolésés.

Cependant les études dans ce domaine n'en sont qu'aux prémices. En effet, dans la présente revue de littérature, une méta-analyse de Joyal et al. (2016) provenant du site de l'ASHA, évoque des études sur différentes remédiations, dont la remédiation orthophonique faisait partie. Dans cette méta-analyse, les auteurs ont établi que 14 études sur 18 conduisaient à des améliorations des capacités langagières, mais aussi des compétences pragmatiques et discursives. Ces améliorations entraînent une réduction des symptômes, qu'ils soient positifs ou négatifs. La remédiation orthophonique serait prometteuse mais peu exploitée du fait que ce domaine d'étude n'est encore que trop récent. De plus, ces résultats sont à nuancer car les études sur les remédiations orthophoniques auprès de patients « schizophrènes » n'en sont qu'à l'étape de l'étude de cas, ce qui ne permet pas d'établir des généralités sur les résultats des protocoles. Des études

supplémentaires sont nécessaires pour savoir, objectivement, si une remédiation orthophonique est réellement envisageable.

Néanmoins, la comparaison avec les autres types de remédiations permettrait de proposer une remédiation orthophonique axée sur le côté langagier de la communication verbale.

7.3 Limites de cette revue de littérature :

Le présent travail a permis de faire un état des lieux sur les remédiations proposées dans la prise en charge des symptômes de la Schizophrénie, en analysant les effets bénéfiques des remédiations ainsi que leurs limites.

Cependant, la revue de littérature réalisée comporte quelques limites. Tout d'abord, le choix méthodologique de ne sélectionner que des méta-analyses, choix orienté par le fait qu'il s'agit de ressources fiables au point de vue méthodologique permettant un screening large et une vision de l'évolution des études, peut être discutable puisque certaines études recensées dans les méta-analyses sont en doublon.

Qui plus est, cette revue de littérature ne comprend que 22 méta-analyses, certes sélectionnées par les différents critères exposés dans la partie méthodologie. Cependant, ce petit nombre d'articles montre que ce travail n'est pas exhaustif.

De plus, l'analyse des résultats des différentes remédiations s'oriente sur les compétences cognitives (fonctions exécutives, mnésique et cognition sociale) et les aspects interactionnels de la communication. De ce fait, il y a peu de résultats directs sur les effets de la remédiation sur la communication verbale, avec des mesures peu précises sur cette compétence, ainsi que peu de données des remédiations orthophoniques. Cela nécessite donc des études plus ciblées avec des mesures adaptées.

Les résultats et l'analyse de ces résultats permettent donc en partie d'établir si les deux hypothèses sont validées.

Pour la première hypothèse, les résultats amènent à conclure qu'elle n'est que partiellement validée. Sur certains points, cette première hypothèse est validée car les méta-analyses mettent en avant des améliorations des scores de fluence verbale, de mémoire verbale, de cognition sociale, ainsi qu'une diminution des symptômes négatifs. Ces scores révèlent l'amélioration de la communication, notamment de la communication verbale.

Néanmoins, comme expliqué dans les parties précédentes, de nombreux biais sont présents dans les études sélectionnées dans les différentes méta-analyses. Parmi les biais observés, on retrouve des mesures imprécises et des études portant sur de petits échantillons, ce qui expliqueraient le manque de résultats.

En ce qui concerne la seconde hypothèse, elle ne semble aussi que partiellement validée. Les recherches en orthophonie dans ce domaine ne sont que trop peu nombreuses et peu fiables statistiquement (étude de cas). Cependant, bien que les différents articles ne valident que très peu cette hypothèse, ils évoquent toutefois la possibilité de combiner les remédiations et de continuer les recherches pour trouver la combinaison la plus adéquate réduisant au maximum les symptômes, en particulier les symptômes négatifs qui résistent aux remédiations. De plus, les études sur les prises en charge orthophoniques n'en sont qu'aux prémices, comme le montre l'article de Boucard C. et Laffy-Beaufils B. datant de 2007 et la méta-analyse de Joyal et al. parue en 2016.

Cependant, avec l'analyse des résultats, une délimitation du champ d'intervention de l'orthophonie se dessine.

Puisque les remédiations cognitives permettent l'amélioration globale des fonctions cognitives (mnésiques et attentionnelles) et que les réhabilitations psychosociales permettent l'amélioration des interactions de façon écologique, les remédiations orthophoniques pourraient en parallèle à celles-ci proposer une remédiation de la communication verbale axée sur un versant plutôt langagier. Pour cela, la remédiation proposée s'appuiera sur des remédiations orthophoniques existantes.

Le programme de remédiation proposé pour des patients atteints de Schizophrénie pourrait être apparenté à celui proposé dans le cadre de la Maladie Alzheimer.

Pourquoi effectuer une telle analogie entre ces deux pathologies ?

La maladie d'Alzheimer est une pathologie neurodégénérative. Selon la Société Alzheimer du Canada de Décembre 2016, la maladie d'Alzheimer fait partie d'un ensemble plus vaste de troubles cognitifs. Il s'agit d'une maladie du cerveau caractérisée par la détérioration de la mémoire et des facultés cognitives, causée par la dégénérescence progressive des cellules du cerveau. Les changements dans le cerveau peuvent affecter l'humeur et les émotions, le comportement et la capacité de s'acquitter de certaines activités quotidiennes.

Cette maladie comprend différents stades déterminés par le MMSE : mineur (15 à 21 points) ; modéré (5 à 15 points) et sévère (0 à 5 points).

Pour comparer, le programme à utiliser dans la Schizophrénie serait l'un de ceux utilisés aux stades légers et modérés de la Maladie d'Alzheimer. En effet, le stade sévère de cette pathologie nécessite des adaptations de la communication, surtout non-verbale, avec des cahiers de communication. Ces adaptations étant dues au fait d'une perte d'autonomie très marquée, ce qui, là, n'est plus adapté dans le cas de la Schizophrénie.

Au stade mineur / léger :

Il se peut que la personne ne trouve pas les mots justes, surtout ceux qui désignent des objets. Elle leur substitue alors un mot incorrect ou ne trouve aucun mot.

À ce stade, la personne peut :

- avoir de la difficulté à comprendre l'humour, les plaisanteries et les paroles prononcées rapidement,
- avoir de la difficulté à suivre des instructions à plusieurs étapes,
- avoir besoin de se concentrer davantage pour suivre les conversations,
- avoir de la difficulté à rester sur un sujet,
- nécessiter plus de temps pour répondre aux questions,
- se sentir de plus en plus frustrée,
- avoir de la difficulté à trouver le mot juste,
- perdre plus souvent le fil de ses pensées.

Au stade modéré :

La personne perd de plus en plus ses mots et doit penser plus longtemps avant d'exprimer sa pensée. Elle perd sa spontanéité, son vocabulaire se fait de plus en plus limité, et elle répète parfois le même mot plusieurs fois.

À ce stade, la personne peut :

- avoir de la difficulté à comprendre les conversations du quotidien,
- demander souvent à son interlocuteur de répéter des phrases toutes simples,
- avoir de la difficulté à suivre les longues conversations,
- avoir de la difficulté à comprendre des textes écrits,
- répéter plusieurs fois le même mot ou la même information,
- être incapable d'interpréter les expressions du visage (comme un clin d'œil ou un signe de la tête),
- avoir de la difficulté à expliquer ou à comprendre des concepts abstraits (comme « je suis déprimée »),
- se mettre à parler moins souvent et perdre la capacité de hausser ou de baisser le ton de la voix,
- avoir de la difficulté à terminer ses phrases,

- perdre le goût de parler,
- s'exprimer dans des phrases vagues ou incohérentes.

Dans ces deux stades, on observe des difficultés langagières et communicationnelles similaires à la Schizophrénie : difficulté sur l'humour ; difficulté de trouver les mots justes ; difficulté à suivre un thème ou le fil de leur pensée ; expression de phrases vagues ou incohérentes.

De plus, ces patients ont une anxiété importante du fait de l'apparition et de l'annonce de la maladie, qui peut créer des difficultés d'adhésion à la prise en charge parfois difficile, notamment avec l'anosognosie en phase légère. Or dans la Schizophrénie, les patients ont également une certaine anxiété et des difficultés d'adhésion à la prise en charge, autrement dit d'entrer dans une relation thérapeutique.

Au niveau des signes langagiers et communicationnels, on observe parfois un retrait social, une difficulté des interactions et de la communication au quotidien, un manque du mot, d'atteinte sémantique (légère puis plus marquée) et de pragmatique du langage.

Souvent il y a l'association d'une rééducation langagière/communicationnelle à une stimulation cognitive dans le traitement d'Alzheimer.

La communication constitue un élément d'importance critique dans notre vie ; elle nous permet d'exprimer qui nous sommes et d'entretenir des relations avec les autres. Lorsque nous communiquons, nous transmettons des messages ou échangeons des informations dans le but de faire connaître nos besoins, opinions, idées, croyances, sentiments, émotions, expériences et valeurs. Communiquer signifie bien plus que parler et écouter, comprendre et interpréter font aussi partie intégrante de la communication.

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées ont une incidence profonde sur les capacités linguistiques des personnes qui en sont atteintes, et, par conséquent, sur leur manière de communiquer. Cette dégénérescence du langage porte le nom d'aphasie.

L'une des différences qui marquent ces deux pathologies, c'est que la maladie d'Alzheimer est une maladie neurodégénérative. Cette caractéristique n'induit pas la même évolution, accompagnement /veille de l'amélioration de la qualité de vie aux différents stades.

Différentes approches de remédiation existent pour cette pathologie. Pour choisir le programme, une méta-analyse du site de l'American Speech Language Hearing a été sélectionnée pour l'approche de rééducation la plus probante.

La méta-analyse de Morello et al., (2017) analyse les différentes interventions non pharmaceutiques sur le langage et la communication chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer, pour montrer que les adaptations ou réadaptations les plus probantes sur la communication verbale étaient celles utilisant une rééducation lexico-sémantique.

Cette hypothèse semble pertinente puisqu'un article paru dans « Glossa » en 2010, de Gautron et al., évoque le fait qu'un trouble lexico-sémantique est fréquent dans la Maladie d'Alzheimer et entrave de façon conséquente la communication verbale. Pour cela, les différents programmes intègrent des méthodes : 3 sont répertoriées.

Il y a la récupération espacée qui a pour but de tester la récupération des informations par des intervalles de rétention de plus en plus grands. Il existe également la technique d'estompage qui est une technique d'apprentissage dans laquelle les indices fournis au patient concernant l'information-cible à récupérer sont progressivement estompés, jusqu'à ce que la réponse correcte soit produite en l'absence d'indices. De la même manière, la méthode d'apprentissage sans erreur limite la possibilité de commettre des erreurs en exposant de façon répétée les patients à la réponse correcte plutôt que de leur demander de la deviner ou de la récupérer explicitement.

Le programme choisi provient des deux articles de Jelcic et al., (2012 / 2014) issus de la méta-analyse de Morello de 2017.

C'est un protocole qui a été établi sur 3 mois, 2 fois par semaine, par petit groupe de 4 patients.

Dans l'article de 2012, il y a une description succincte des différents exercices :

- Vérification de la connaissance des items : dénomination / désignation.
- Intrus sémantique : le thérapeute montre et dénomme un certain nombre d'images sémantiquement liées entre elles et une image d'une autre catégorie sémantique qui a des traits distinctifs qui diffèrent des autres. La patiente doit alors retrouver l'intrus dans cette série.
- Relations syntagmatiques : le/les patients pose(nt) une carte sur celle qui est présente au centre de la table en la dénommant et en donnant le lien sémantique entre les deux images.
- Classification sémantique : ranger chaque image dans l'une des deux catégories sémantiquement prédéfinies.
- Phrases avec adjectifs corrects : choisir l'adjectif qui correspond au mieux au sens de la phrase (je voulais ajouter dans la planification).

- Relation en partie/tout : à partir d'une image qui correspond à une partie d'un objet/légume/fleur/paysage, la patiente devra retrouver l'image et le mot qui correspond au tout.
- Phrases absurdes → vrai / faux : le patient doit dire si cette phrase est sémantiquement correcte (vraie) ou sémantiquement incorrecte (fausse).
- Définition sémantique : présentation des définitions en modalité de jugement, le patient devant dire si la définition est adaptée au mot donné. On peut très bien proposer en production, et effectuer des devinettes en groupe.
- Contexte sémantique : discuter des thèmes en contexte, cet exercice fait partie des tâches fonctionnelles qui stimulent la communication verbale.
- Utiliser le mot dans une phrase : contextualisation du mot dans une phrase et dans un contexte plus général en imaginant une scène de la vie quotidienne.
- Autres tâches fonctionnelles selon les thèmes : à partir de journaux et des vidéos pour lancer une discussion sur un thème donné (dans le cas de la Schizophrénie, proposer en plusieurs temps, préparer les questions, axer sur des actes de langage plus difficiles).

Pour veiller à la généralisation, il faut peut-être proposer d'utiliser des mots dans des phrases en imaginant une scène de la vie quotidienne.

Ces tâches fonctionnelles reprennent les objectifs thérapeutiques pour maintenir la communication de Rousseau (Rousseau, 2009).

Le choix des thématiques doit se faire en fonction des centres d'intérêt du patient.

Le protocole explique que les items sont choisis selon les thèmes de prédilection des patients/ou selon des thèmes de la vie quotidienne. Ensuite pour choisir les items de chaque thème, il faut faire attention à la fréquence des mots. Il faut donc utiliser des bases de données telle que la base de données « Open Lexicon » pour vérifier la fréquence de ces items ainsi que la concrétude de ces derniers.

Une modélisation de ce protocole a été proposée dans le mémoire de Marine Coliaux. C'est une proposition sur 7 semaines soit 14 séances avec 50 items répartis sur les 5 thèmes.

Voici la planification des activités, des séances présentées dans l'annexe du mémoire :

Séances 1 (thèmes A-C), 2 (thèmes B-D), 3 (thème E) :

- dénominations et répétitions (5 minutes par thème) ;

- discussion autour des images en contexte (10 minutes par thème) ;
- classification sémantique (15 minutes) (sauf pour la séance 3).

Séance 3 (thèmes A-B-C-D) :

- classification sémantique (15 minutes) ;
- appariement mots écrits-images (15 minutes).

Séances 4 (thème A), 5 (thème B), 6 (thème C), 7 (thème D), 8 (thème E) :

- tâches fonctionnelles selon les thèmes (30 minutes) ;
- définitions en devinettes (10 minutes) ;
- intrus sémantiques (6 minutes).

Séances 9 (thèmes A-D), 10 (thèmes B-C), 11 (thème E) :

- définitions en production (10 minutes par thème) ;
- partie-tout (5 minutes par thème) ;
- tâches fonctionnelles selon les thèmes (15 minutes et 7 minutes pour séance 11).

Séances 11 (thème A), 12 (thèmes D-C), 13 (thèmes B-E) :

- utiliser le mot dans une phrase (10 minutes par thème) ;
- vrai/faux (5 minutes par thème) ;
- trouver les images (7 minutes par thème).

Séance 14 (thèmes A-B-C-D-E) :

- relations syntagmatiques (20 minutes) ;
- désignation (15 minutes) ;
- retour d'expérience (10 minutes).

Il faudra donc déterminer si un effet positif sur la communication verbale est également possible avec une remédiation lexico-sémantique pour des patients atteints de Schizophrénie. Cela vient objectiver des troubles langagiers comme des troubles lexicaux dans la Schizophrénie, en plus du trouble communicationnel.

Il faudra veiller à élever les difficultés par rapport aux items proposés lors de la maladie d'Alzheimer, où une atteinte pourra être plus marquée que dans la Schizophrénie.

Pour valider ces deux hypothèses, il faut envisager une étude randomisée plus spécifique avec des mesures plus fines et un échantillon important pour que les résultats puissent être interprétables de façon significative. La prochaine partie va exposer une proposition d'étude qui a été réfléchi au regard des résultats de la revue de la littérature, en prenant en compte les biais des études ainsi que les limites de la revue de littérature.

7.4 Perspectives d'avenir et proposition de prise en charge :

Cette partie propose une future étude qui pourrait compléter les résultats des études précédentes. Elle serait composée de deux groupes : un groupe ayant eu comme prise en charge un programme associant remédiation cognitive et réhabilitation sociale, autrement dit le programme Integrated Psychological Therapy (IPT), et un autre groupe ayant comme remédiation ce programme, avec l'ajout d'une remédiation orthophonique axée sur la communication verbale, c'est-à-dire un programme de remédiation lexicosémantique.

L'objectif serait de proposer une remédiation le plus précocement possible après le diagnostic et la mise en place d'un traitement médicamenteux pour une meilleure adhésion des patients à la prise en charge. Le programme utilisé en commun pour les deux groupes de l'étude serait le programme Integrated Psychological Therapy (IPT, Annexe L) développé en 1992 par Berne et Brenner en Suisse, qui est actuellement utilisé en France. Cette remédiation pourrait être proposée dès l'adolescence, bien qu'IPT soit un programme de long terme. Bien sûr, ces remédiations devront prendre en compte les différences inter-individuelles, notamment du fait que la Schizophrénie est un trouble faisant partie d'un spectre, ce qui signifie que l'intensité des symptômes et les différentes manifestations de ces derniers varient d'un individu à un autre. Bien que les prises en charge puissent être groupales, le thérapeute devrait avoir en tête des objectifs spécifiques et individualisés pour tous les patients.

Concernant le deuxième groupe (remédiation par le programme IPT conjointement à une remédiation orthophonique), l'intervention de l'orthophoniste pourrait se faire parallèlement à la prise en charge proposée par le psychologue au moment du module trois du programme IPT. Ce module trois est intitulé communication verbale. Selon l'explication à la page 597 du traité de réhabilitation psychosociale de Nicolas Frank, ce module vise principalement à développer les habiletés de communication à travers cinq types d'exercices aux objectifs cognitifs et comportementaux, allant de la répétition de phrases à la reformulation de pensée, jusqu'à la participation d'une conversation libre en respectant un tour de parole et en s'affirmant dans le respect des règles sociales. Les cinq exercices proposés dans le programme sont les suivants : la répétition littérale (répétition de phrases), la paraphrase (reproduire une phrase avec ses propres mots), questions-réponses (poser des questions avec des mots du thème choisi), questions thématiques (questions

préparées sur un thème) et la communication libre. Le choix de ce programme peut être discutable du fait qu'il s'agisse d'un programme sur le long terme, contrairement aux autres programmes proposés sous support informatisé. Cependant, je trouvais intéressant de partir d'un programme qui propose une remédiation de la communication verbale dans l'un de ces modules.

Pour la remédiation orthophonique, comme pour toute étude, des critères d'inclusion et d'exclusion doivent être définis :

- Critères d'inclusion : niveau de sévérité modéré, traitement stable, suivi dans le cadre d'une réhabilitation sociale.
- Critères d'exclusion : niveau de sévérité élevé, impact cognitif élevé, traitement pas encore régulé.

Il faudra également demander au préalable la date du diagnostic et sa classification : DSM IV ou DSM V. Pour chacun des individus, une observation clinique à l'aide des échelles de gravité de type PANSS, échelle évaluant les symptômes positifs et négatifs présents dans la Schizophrénie, est à observer. Le groupe proposé pourrait être constitué de 4 patients, comme présenté dans l'étude de Jelcic 2012, 2014, dirigés par une orthophoniste.

Une fois le choix du patient effectué, il faudra faire passer des batteries orthophoniques d'évaluation de la communication. Les batteries proposées sont celles recommandées par l'article de Boucard et al. de 2007. Tout d'abord, il faut assurer la passation de la grille "communication" et de la grille "attention et motivation de la communication", cette dernière étant issue du Test Lillois de communication (TLC). Le biais d'utilisation de ce test pourrait être qu'il n'est pas étalonné pour des patients ayant cette pathologie. Mais il me semble toutefois pertinent pour deux raisons :

- D'une part, il évalue des patients adultes, le test est donc étalonné au niveau de l'âge des patients.
- D'autre part, le test TLC est étalonné pour des patients cérébrolésés droits. Or, dans la littérature scientifique, on note des similitudes de symptômes chez les patients cérébrolésés droits et chez les patients schizophrènes. Cela signifie que l'évaluation des patients s'effectue de la façon la plus écologique possible.

Puis, l'utilisation du protocole MEC, qui est une batterie plus récente, évaluant plus finement les compétences communicationnelles du patient, semble être à préconiser. Cette batterie comprend 14 épreuves que voici : une grille d'observation du discours conversationnel, cinq tâches de perception et de production de la prosodie linguistique et émotionnelle, trois tâches d'évocation lexicale, une tâche de jugement

sémantique, une tâche d'interprétation de métaphores, une tâche d'interprétation d'actes de langage indirects, une tâche de rappel de discours narratif et un questionnaire sur la conscience des troubles.

L'évaluation pourrait ensuite être complétée par l'utilisation du test de langage élaboré (TLE) de l'adulte pour évaluer plus finement l'élaboration des phrases et du discours, ainsi que des compréhensions orales lexicales et syntaxiques avec quelques épreuves : définitions de mots, polysémie, phrases absurdes et discours argumentatif. L'évaluation des patients se ferait individuellement, sur deux voire trois séances au vu du nombre des épreuves.

A partir de l'analyse des résultats, il faudrait passer à la création des lignes de base sur les plans réceptif et expressif, notamment dans la compréhension et dans l'élaboration des énoncés sur un des thèmes travaillés en séance ; et prendre en compte des mesures sur le plan expressif de la longueur des énoncés, de la cohérence et de la structuration du discours. Pour le plan expressif, il s'agirait des questions sur l'écoute d'un texte court.

L'hypothèse initiale de cette étude serait que les patients présentent un désordre sur le plan du discours avec une atteinte sur la compréhension lexicale (du fait de leur mauvaise représentation sémantique), ainsi que de la compréhension syntaxique fine (analyse fine des morphèmes pour en extraire le sens).

Le but de l'intervention serait ainsi de réduire les désorganisations dans le discours et d'amener des améliorations de la compréhension orale fine et de l'évocation lexicale. Une prise en charge groupale serait proposée en axant les demandes, tout en étant fonctionnelle pour que la prise en charge soit écologique.

L'intervention orthophonique s'appuierait sur un programme de remédiation lexico-sémantique comme présenté par les articles de Jelcic et al., (2012, 2014) dans la remédiation de la communication verbale de la maladie d'Alzheimer.

Le protocole de réadaptation pourrait être établi sur 14 séances plus une séance de présentation au début. Chaque séance durerait 45 minutes. La séance de présentation exposerait les objectifs de la remédiation et expliquerait les différents termes, permettant ainsi un travail de métacognition.

Par la suite, les séances seraient établies par rapport à la progression établie dans la modélisation du protocole au sein du mémoire cité auparavant.

5 thèmes seraient proposés au cours de la remédiation, ces thèmes seraient choisis en fonction du quotidien des participants ainsi que leur centre d'intérêt. Les thèmes correspondent à des listes nommées de A à E. 50 items seront proposés et répertoriés dans les 5 thèmes.

Selon Rousseau en 2009, il est important de déterminer les situations qui favorisent la communication. Le choix des thèmes pourraient permettre une meilleure adhésion à la remédiation.

Le déroulé des séances reprendrait la modélisation de ce programme du mémoire de Marine Coliaux, en y incluant quelques modifications :

Ce protocole est construit sur 14 séances, réparties sur 7 semaines :

Séances 1 (thèmes A-C), 2 (thèmes B-D), 3 (thème E) :

- dénominations et répétitions ;
- discussion autour des images en contexte ;
- classification sémantique ;
- appariement mots écrits-images.

Séances 4 (thème A), 5 (thème B), 6 (thème C), 7 (thème D), 8 (thème E) :

- tâches fonctionnelles selon les thèmes
- définitions en devinettes ;
- intrus sémantiques.

Séances 9 (thèmes A-D), 10 (thèmes B-C), 11 (thème E) :

- définitions en production ;
- partie-tout ;
- tâches fonctionnelles selon les thèmes.

Séances 11 (thème A), 12 (thèmes D-C), 13 (thèmes B-E) :

- utiliser le mot dans une phrase ;
- vrai/faux ;
- trouver les images.

Séance 14 (thèmes A-B-C-D-E) :

- choisir un adjectif selon le sens de la phrase ;
- relations syntagmatiques ;
- désignation.

Les exercices seraient proposés en groupe, les participants pourraient donc échanger sur les réponses.

Les tâches fonctionnelles permettraient de développer de manière plus directe la communication verbale.

La dénomination, au début, et la désignation permettraient de se rendre compte si tous les items sont connus ou reconnus par les patients. Pour les tâches fonctionnelles, différents supports seraient envisagés : vidéos, journaux, magazines et d'autres supports plus concrets que le support imagé.

La remédiation impliquant un effet sur la communication verbale, il faudrait selon Bernicot en 2010, que pour chaque objectif, le thérapeute relève des indicateurs précis lors des séances pour analyser l'évolution au cours du traitement. La planification du traitement exige une évaluation précise, sur le relevé d'indicateurs comme : le pourcentage des tours de parole de chacun des interlocuteurs ; le taux d'initiation de la conversation de l'un et de l'autre ; les utilisations de la modalité non-verbale ; la formulation et la compréhension des requêtes de clarification ; la proportion des bris et des échecs de communication ; la proportion d'informations pertinentes ; l'utilisation de références communes et l'emploi de routines sociales.

A la fin du protocole, des tests vont être proposés pour observer l'évolution des patients. Les participants pourraient être questionnés sur le ressenti de leur évolution grâce au protocole. Un testing trois mois après la fin de la remédiation et du programme pourrait être proposé pour observer le maintien des effets.

8 Conclusion

Cette revue de littérature a exposé, certes de façon non exhaustive, les différentes remédiations cognitives, ainsi que leurs effets sur les fonctions cognitives et, par répercussion, sur les capacités communicationnelles.

En partant du postulat que les fonctions cognitives et communicationnelles, voire langagières, sont déficitaires chez ces patients, mon premier questionnement était de savoir si leur stimulation permettrait une meilleure intégration et réinsertion sociale du patient, et ainsi d'améliorer leur qualité de vie.

Le deuxième questionnement émergeant de cette revue de littérature tentait de savoir si la prise en charge de schizophrènes pourrait faire partie du champ de l'orthophonie ; pour ensuite proposer une remédiation de la communication verbale, en parallèle ou conjointement des remédiations cognitives proposées et validées.

Ces deux questionnements ont permis de faire émerger la problématique suivante : "Actuellement, quel pourrait être l'apport d'une remédiation orthophonique, dans une prise en charge pluridisciplinaire des

troubles de la communication verbale du patient atteint de Schizophrénie, au stade modéré et le plus précocement possible, dans un cadre de réhabilitation sociale et de remédiation cognitive ?

A partir de cette problématique, deux hypothèses ont été définies :

- La première hypothèse était : les remédiations cognitives ainsi que les réhabilitations sociales améliorent la communication.
- La seconde hypothèse était : une remédiation orthophonique de la communication verbale, conjointement aux remédiations déjà existantes, chez les patients atteints de Schizophrénie, pourrait être bénéfique.

En analysant les résultats, ces hypothèses se sont révélées n'être que partiellement validées. Les études ont peu évalué la communication verbale et ainsi que peu évalué les effets des remédiations orthophoniques. Les remédiations cognitives et les réhabilitations apportent toutefois des effets positifs, bien que des biais d'études (mesure, échantillon) amènent à nuancer ces résultats.

De plus, la présente revue de littérature comporte des limites, notamment du fait que ces hypothèses ne sont que partiellement validées, mais aussi car elle est loin d'être exhaustive puisqu'elle ne comptabilise que 22 articles. Le choix d'inclure essentiellement des méta-analyses, bien qu'étant des ressources fiables, peut être discutable car des études se retrouvent dans plusieurs d'entre elles. Néanmoins, ce qui semble intéressant, c'est que ces études sont analysées avec des regards différents, des questionnements différents permettant de réfléchir à l'évolution des diverses remédiations. Des études supplémentaires sont donc nécessaires pour savoir, objectivement, si une remédiation orthophonique est réellement envisageable.

Dans la dernière partie de la discussion, une proposition d'étude est proposée. Elle a été réfléchi au regard des résultats de la revue de la littérature, et en prenant en compte les biais des études ainsi que les limites de la revue de littérature. La proposition serait une remédiation orthophonique menée conjointement au protocole IPT.

Cette revue de littérature a toutefois permis de faire un état des lieux des prises en charge en remédiation cognitive et en réhabilitation sociale pour traiter les différents symptômes. Elle a permis d'observer les limites de ces dernières et quelles pourraient être les méthodes de remédiations émergentes, telles que les méthodes orthophoniques. Cela permet ainsi de visualiser, quels seraient les objectifs des prochaines études pour dépasser ces limites et proposer une éventuelle remédiation.

Dans le domaine de l'orthophonie, l'intérêt de cette étude, à mon avis, est d'avoir pu observer l'intérêt de la pluridisciplinarité pour avancer et proposer des protocoles de soin adaptés, en fonction de la pathologie du

patient mais aussi de ses spécificités. Je trouve tout à fait intéressant, après lecture et analyse des études, d'allier traitement des fonctions exécutives et langagières pour optimiser la prise en charge, tout en gardant les paradigmes de cognition sociale et d'échange.

Pour conclure, se questionner sur le champ de l'orthophonie et des possibilités en complémentarité avec les disciplines des autres professionnels permet, il me semble, d'enrichir les pratiques professionnelles de l'orthophonie, ainsi que sa place légitime au sein des recherches scientifiques.

9 Bibliographie

Les articles sélectionnés pour cette revue de littérature sont précédés d'une étoile (*).

- Amado, I., Krebs, M.-O., Gaillard, R., et al. (2011). Les principes de la remédiation cognitive dans la schizophrénie. *Bulletin Académique National de Médecine*, 195 (6), 1319 - 1333.

- Andreasen, N. 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.

*- Almerie, M.Q., Okba, A.M.M., Jawoosh, M. (2015). Social Skills Programmes for Schizophrenia. *Cochrane Library*, 6. doi: 10.1002/14651858.CD009006.pub2.

- Bambini, V., Arcara, G., Bechi, M., et al. (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. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.08.012>

*- Barlati, S., Deste, G., Galluzzo, A. et al. (2019). Factors Associated With Response and Resistance to Cognitive Remediation in Schizophrenia : Critical Review. *Frontiers in Pharmacology*, 1542 (9). doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/156084>

- Bracops, M. (2010). Introduction. *Introduction à la pragmatique: Les théories fondatrices : actes de langage, pragmatique cognitive, pragmatique intégrée* (p. 15-32). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.

- Bracops, M. (2010). Chapitre 1 : Les philosophes du langage. *Introduction à la pragmatique: Les théories fondatrices : actes de langage, pragmatique cognitive, pragmatique intégrée* (p. 33-103). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.

- Boucard,C., Laffy-Beaufils,B.(2007).Caractérisation des troubles du langage dans la schizophrénie grâce au bilan orthophonique. *L'Encéphale*, 34, 226-232. doi: 10.1016/j.encep.2007.04.005

- *- Bryce,S., Sloan,E., Lee,S. et al. (2016). Cognitive remediation in schizophrenia : A methodological appraisal of systematic reviews and meta-analyses. *Journal of Psychiatric Research*, 75, 91-106. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.01.0040022-3956/>

- Calvet, N. (2014). *Mémoire Sémantique : fluence verbale et organisation du réseau lexico-sémantique dans la Schizophrénie. A propos de trois observations.* (Mémoire d'orthophonie). Université de Bordeaux, Bordeaux.

- Cavelti, M., Winkelbeiner, S., Federspeil, A., et al. (2018). Formal thought disorder is related to aberrations in language-related white matter tracts in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 279, 40-50. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pscychresns.2018.05.011>

- *- Cella, M., Preti, A., Edward, C., et al. (2017). Cognitive remediation for negative symptoms of schizophrenia : A network meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 52, 43 – 51.doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2016.11.009>

- Champagne-Lavau, M., Stip, E., Joannette, Y. (2006). Social cognition deficit in schizophrenia accounting for pragmatic defecits in communication abilites. *Current Psychiatry Reviews*, 2 (3), 309-315. doi: 10.2174/157340006778018184

- Champagne- Lavau, M., Stip, E. (2010). Pragmatic and executive dysfunction in schizophrenia. *Journal of Neurolinguistics*, 23, 285-296. doi: [10.1016/j.jneuroling.2009.08.009](https://doi.org/10.1016/j.jneuroling.2009.08.009)

- Colliaux, M. (2019). *Modélisation d'une intervention orthophonique par une réhabilitation cognitive lexico-sémantique, selon les principes de l'Evidence-Based Practice chez une patiente atteinte de la Maladie d'Alzheimer au stade initial .* (Mémoire d'orthophonie). Université de Rouen, Rouen.

- Darin, D., Schulter, J.-P., Limosin, F. (2012). Évaluations psychométriques dans la schizophrénie, *Psychiatry*, (p. 44- 57). Paris : Lavoisier. doi: <https://www.cairn.info/pathologies-schizophreniques--9782257226105-page-44.htm>

- Fekih-Romdhane, F., Chennoufi, L., Cheour, M. Schizophrenia in DSM-5, *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 2016, 174(8), 672-676. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amp.2015.07.038>

- *- Fernandez-Sotos, P., Torio, I., Fernandez-Caballero, A., et al. (2019). Social cognition remediation interventions : A systematic mapping review. *Plos One*, 14 (6). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218720>

- *- Fett, A.-K. J., Viechtbauer, W., Dominguez, M.-D.-G. , et al.(2011) The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia : A meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35, 573 – 588. doi: 10.1016/j.neubiorev.2010.07.001

- Franck, N. (2016). Chapitre 1 : les premiers symptômes de la maladie, *La schizophrénie : la reconnaître et la soigner (p. 33-38)*. Paris : Odile Jacob poche psychologie.

- Franck, N. (2016). Chapitre 7 : médicaments et nouvelles méthodes thérapeutiques, *La schizophrénie : la reconnaître et la soigner (p. 155-174)*. Paris : Odile Jacob poche psychologie.

- Gautron, C., Gatignol, P., Lazennec-Prevost, G. (2010). Bénéfice de la stimulation orthophonique du groupe de patients Alzheimer et évolution de patients Alzheimer et évolution de l'accès au lexique au cours de la maladie. *Glossa*, 109, 72 – 92.

- Georgieff, N. (2004). *Qu'est -ce que la schizophrénie?* . Paris : Dunod.

- *- Hajdúk, M., Harvey, P.D., Penn, D.L., et al. (2018). Social cognitive impairments in individuals with schizophrenia vary in severity. *Journal of Psychiatry Research*, 104, 65-71. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.06.017>

- INSERM (2014). Schizophrénie. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrénie>

- Jelcic, N., Cagnin, A., Meneghello, F., Turolla, A., et al. (2012). Effects of lexical-semantic treatment on memory in early Alzheimer disease: an observer-blinded randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 26(8), 949- 956. doi: 10.1177/1545968312440146

- Jelcic, N., Agostini, M., Meneghello, F., et al. (2014). Feasibility and efficacy of cognitive telerehabilitation in early Alzheimer's disease: a pilot study. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 1605- 1611. doi: 10.2147/CIA.S68145
- Johnson-Selfridge, M., Zalewski, C. (2001). Moderator variables of executive functioning in schizophrenia: meta-analytic findings. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 305-316. doi: 10.1093/arclin/13.1.59
- *- Joyal, M., Bonneau, A., Fecteau, S. (2016). Speech and languages therapies to improve pragmatics and discourse skills in patients with schizophrenia, *Psychiatry Research*, 240, 88-95. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.010>
- *- Kambeitz-Illankovic, L., Betz, T. L., Dominke, C., et al. (2019). Multi-outcome meta-analysis (MOMA) of cognitive remediation in schizophrenia : Revisiting the relevance of human coaching and elucidating interplay between multiple outcomes. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 107, 828-845. doi: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.031>
- *- Kurtz, M.M., Moberg, P.J., Gur, R.C., et al. (2001). Approaches to Cognitive Remediation of Neuropsychological Deficits in Schizophrenia : A Review and Meta-Analysis. *Neuropsychology Review*, 11 (4). doi: 1040-7308/01/1200-0197/0
- Lang, T. (n.d.). Méta-analyse : Module I : « Apprentissage de l'exercice médical ». Sous module 1 : « La médecine fondée sur les preuves ». Disponible sur : http://www.medecine.upstlse.fr/DCEM2/module1/sous_module1/005_meta_analyse_TL.pdf
- *- Larøi, F., VanDer Linden, M. (2013). The Need for an Individualized, Everyday Life and Integrative Approach to Cognitive Remediation in Schizophrenia. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23 (3), 290-304. doi: 10.1037/a0032358
- Lecardeur, L., Giffard, B., Eustache, F., et al. (2008). Schizophrénie et effets d'amorçage sémantique. *L'Encéphale*, 32, 75-82.
- *- Lecomte, T., Abidi, S., Garcia - Ortega, I., et al. (2017). Canadian Treatment Guidelines on Psychosocial Treatment of Schizophrenia in Children and Youth. *Canadian Schizophrenia Guidelines*, 62 (9), 648 - 655. doi: 10.1177/0706743717720195

- Leroy, F., Beaume, D. (2005). Langage et Schizophrénie : intention, contexte et pseudo-concepts, *Bulletin de psychologie*, 479, 567 - 577. doi: 10.3917/bupsy.479.0567

- Mallet, L., Masson, A., Delatte, B., et al. (2010), L'autonomie et son évaluation dans les troubles schizophréniques, *Supplément à Neurone*, 15 (10).

- Marini, A. and et al (2008). The language of schizophrenia : an analysis of micro and macrolinguistic abilities and their neuropsychological correlates, *Schizophrenia research*, 105, 144-155. doi: 10.1016/j.schres.2008.07.011

- Massoud, S., Kuskowski, M, Gundel, J. (2014). Abnormal dynamics of language in schizophrenia. *Psychiatre research*, 216, 320-324. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2014.02.027>

- *- Mendella, P. D., Burton, C.Z., Tasca, G.A., et al. (2015). Compensatory cognitive training for people with first-episode schizophrenia : Results from a pilot randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 162, 108-111. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2015.01.016>

- *- McGurk, S. R., Twamley, E.W., Sitzer, D.I., et al. (2007). A Meta-Analysis of Cognitive Remediation in Schizophrenia. *AM J Psychiatry*, 164 (12), 1791-1802.

- Morello, A. N. da C., Lima, T. M., Brandão, L. (2017). Language and communication non- pharmacological interventions in patients with Alzheimer's disease : a systematic review. Communication intervention in Alzheimer. *Dementia & Neuropsychologia*, 11(3), 227- 241. doi: 10.1590/1980-57642016dn11-030004

- Musiol, M., Franck, N. et al (2009). Incohérence et formes psychopathologiques dans l'interaction verbale schizophrénique, *Psychose langage et action*. Paris : De Boeck supérieur « *Neuroscience Cognition* ». doi: <https://www.cairn.info/psychose-langage-et-action--9782804120702-page-217.htm>

- Pawekzyk, A., Kotlicka-Antczak, M., Lojek, E., et al. (2017). Schizophrenia patients have higher-order language and extralinguistic impairments. *Schizophrenia Research*, 192, 274-280. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2017.04.030>

- *- Prikken, M., Konings, M.J., Lei, W.U., et al. (2019). The efficacy of computerized cognitive drill and practice training for patients with a schizophrenia-spectrum disorder : A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 204, 368-374. doi: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.07.0340920-9964/>
- *- Radhakrishnan, R., Kiluk, B.D., Tsai, J.(2016). A Meta-analytic Review of Non-specific Effects in Randomized Controlled Trials of Cognitive Remediation for Schizophrenia. *Psychiatr Q*, 87, 57-62. doi: 10.1007/s11126-015-9362-6
- *- Revell, E. R., Neill, J.C, Harte, M., et al. (2015). A systematic review and meta-analysis of cognitive remediation in early schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 168, 213-222. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2015.08.017>
- *- Roder, V., Mueller, D. R., Schmidt, S. J.(2011). Effectiveness of Integrated Psychological Therapy (IPT) for Schizophrenia Patients : A Research Update. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 871-879. doi:10.1093/schbul/sbr072
- Rousseaux, M., Dei Cas, P. (2012). Test de Langage Élaboré pour adultes. Isbergues : Ortho Edition.
- Rousseau, T., Gatignol, P., Topouzkhianian,S. (2013). Les approches thérapeutiques en orthophonie 1. *Prises en charge des troubles du langage oral*. Isbergues : Orthoedition.
- Rousseau, T. (2009). La communication dans la maladie d'Alzheimer. Approche pragmatique et écologique. *Bulletin de psychologie*, 503, 429 - 444.
- Roy, M., Roy, M.-A., Grondin, S. (2008). Perturbed consciousness in schizophrenia : An evaluation of C.D. Frith' model. *L'encéphale*, 34, 369-375. doi : 10.1016/j.encep.2007.08.007
- Salmi, L.-R. & Salamon, R. (2012). Lecture critique et communication médicale scientifique : comment lire, présenter, rédiger et publier une étude clinique ou épidémiologique (3e éd.). Elsevier-Masson.
- Sarfati, Y. (2006). Théorie de l'esprit et schizophrénie. *Colloque des confrontations psychiatriques*, (36), p63-75.

- Smirnova, D., Clark, M., Jablensky, A. et al. (2017). Action (verb) fluency deficits in schizophrenia spectrum disorders : linking language, cognition and interpersonal functioning. *Psychiatry Research*, 257, 203-211. doi: 10.1016/j.psychres.2017.07.044

- Sperber, D., Wilson, D. (1996). *Relevance : Communication and Cognition*. Wiley-Blacwell, p336.

- *- Szöke, A., Trandafir, A., Dupont, M.-E., et al. (2008). Longitudinal studies of cognition in schizophrenia: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 248-257. doi: 10.1192/bjp.bp.106.029009

- *- Tan, B.-L., Lee, S.-A., Lee, J. (2018). Social Cognitive Interventions for People With Schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry*, 35, 115-131. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2016.06.0131876-2018/>

- Tan, E.-J., Rossel, S. L. (2018). Language comprehension and neurocognition independtly and concurrently contribute to formal thought disorder severity in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 204, 133-137. doi: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.08.019>

- Titone, D., Levy, D.-L., Holzman, P.- S. (2000). Contextual intensivity in schizophrenic language processing : evidence from lexical ambiguity. *Journal of abnormal psychology*, 109, 761-767. doi: 10.1037/0021-843X.109.4.761

- Titone, D. Language (2010). Communication and schizophrenia, *Journal of Neurolinguistic*, 23, 173-175. doi: 10.1016/j.jneuroling.2010.01.003

- *- Ventura, J., Subotnik, K.L., Gretchen- Doorly, D., et al. (2019). Cognitive remediation can improve negative symptoms and social functioning in first-episode schizophrenia : A randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 203, 24-31. doi: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.10.005>

- *- Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C. et al. (2011). A Meta-Analysis of Cognitive Remediation for Schizophrenia : Methodology and Effect Sizes. *AM J Psychiatry*, 168 (5), 472-485.

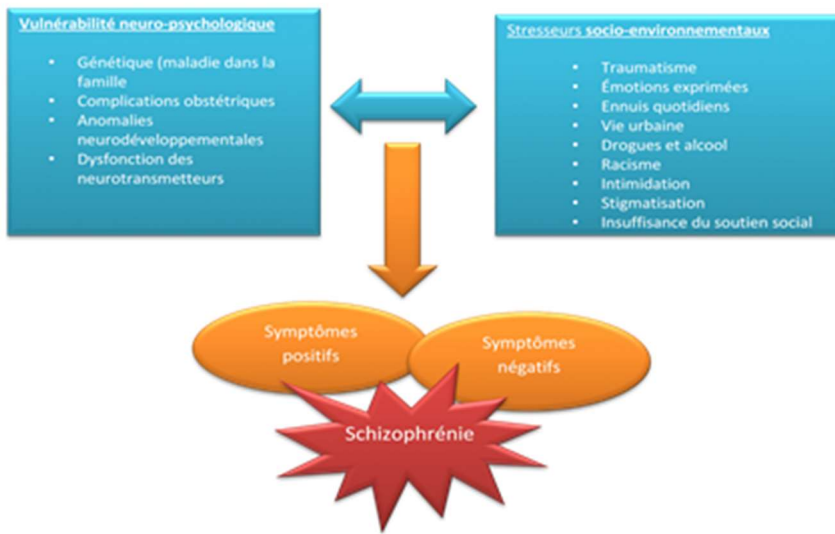
10 Annexes

Annexe A : Les 2 types de symptomatologie : tableau page 606 dans le traité des réhabilitations psychosociales

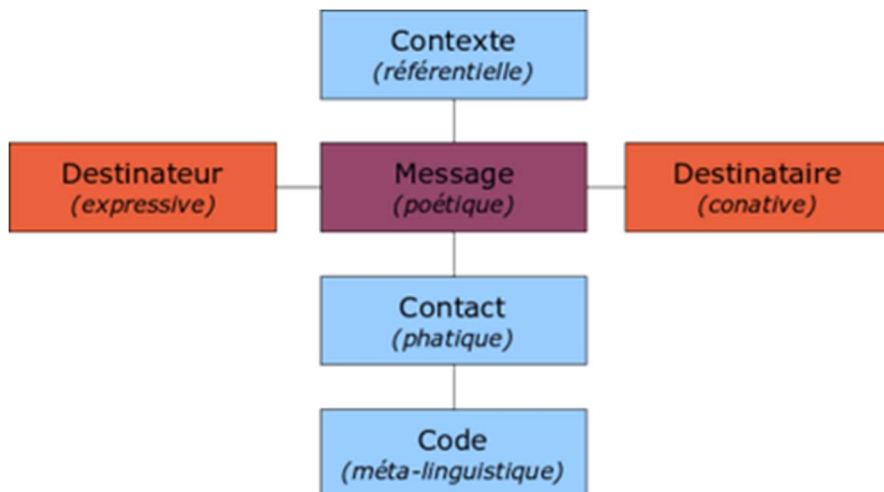
| | Type 1 | Type 2 |
|---------------------------------------|--|--|
| Symptôme prévalent | Positif : hallucination, délire de persécution | Négatif : difficulté d'abstraction |
| Fonctionnement neurocognitif | Relativement préservé | Altéré |
| Sur le plan "affectif" | Paranoïde, opposition | Epanouissement des affects ; alexithymie |
| Style interpersonnel | Bizarre, tangentiel, suspicieux | En retrait |
| Fonctionnement global | Relativement élevé | Relativement bas |
| Prise en charge appropriée | Cognitive et comportementale | Comportementale |
| Causes : difficulté cognition sociale | Distorsions cognitives | Déficit cognitif |

Annexe B : Modèle de Vulnérabilité – Stress

MODÈLE VULNÉRABILITÉ-STRESS



Annexe C : Schéma de la communication de Jakobson



Annexe D : mots clés et critères utilisés dans la recherche

| Bases | NBI- PUBMED | EBSCO | ASHA |
|-----------------------|---|---|---|
| Mots clés | A meta-analysis of cognitive remediation in Schizophrenia | <p>A meta-analysis of cognitive remediation in Schizophrenia</p> <p>Meta-analysis ; cognitive remediation ; schizophrenia</p> | <p>Mots clés :</p> <p>Schizophrenia</p> |
| Sélection | Filters : Review | <p>Bases de données sélectionnées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Academic search premier (46) - Psychology and Behavioral Sciences Collection (10) - Open Dissertation (3) - APA PsycARTICLES (2) | Filters : 2015-2020 |
| Résultats | <p>23 résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ 11 articles sélectionnés ❖ 12 non-sélectionnés | <ul style="list-style-type: none"> ❖ 1 résultat (doublon dans les 51 résultats) ❖ 50 résultats: ❖ 33 articles disponibles ❖ Dont 6 (doublons PUBMED) | <p>50 résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ 3 articles sélectionnés ❖ 47 articles non-sélectionnés |
| Articles sélectionnés | 7 articles | 12 articles | 3 articles |

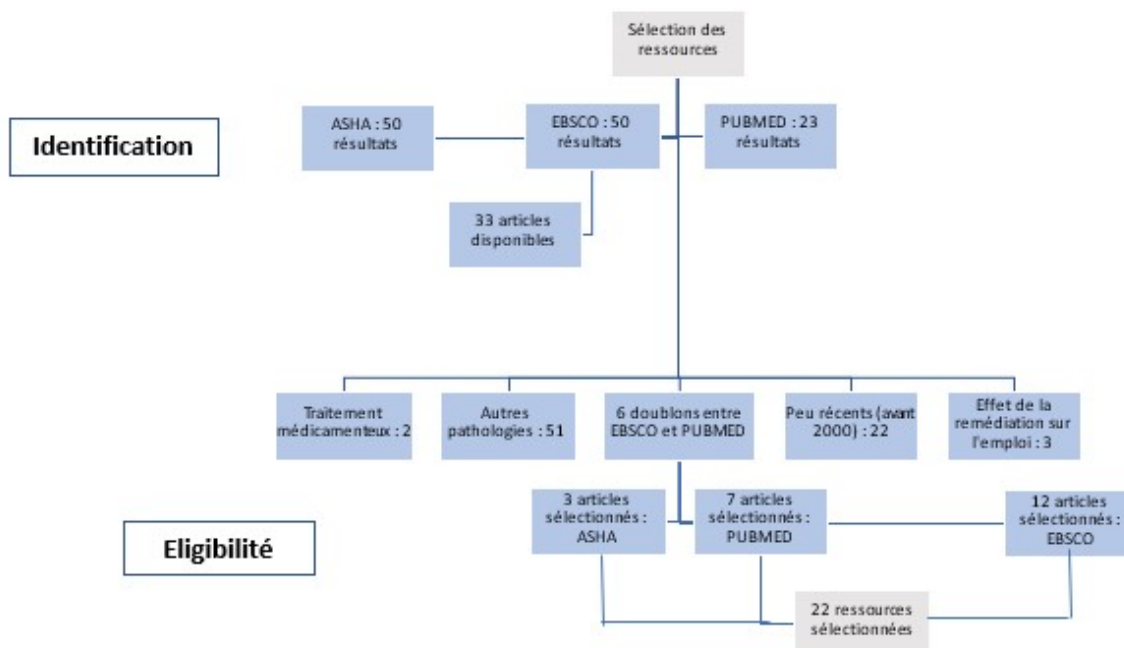
Annexe E : Grille générique de lecture critique d'article

GRILLE GENERALE DE LECTURE CRITIQUE ARTICLE

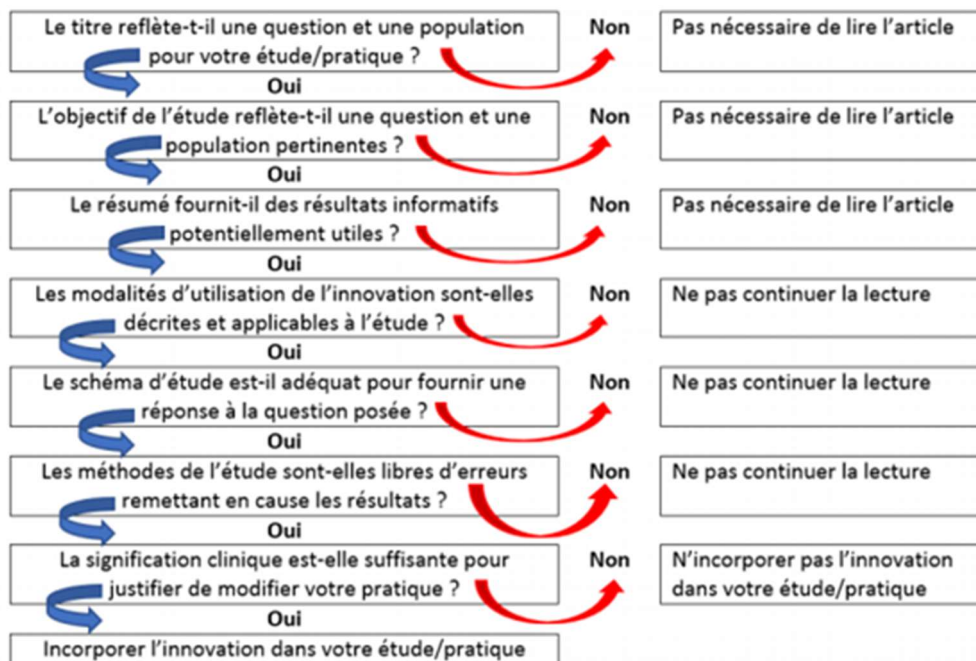
| |
|-------------------|
| REFERENCES |
| Auteurs : |
| Titre : |
| Revue : |
| Année : |
| Volume (n°) : |
| Pages : |

| |
|--|
| RESUME |
| Objectif et Justification : |
| Schéma d'étude ; groupes comparés : |
| Population étudiée et nombre de sujets : |
| Conduite de l'étude : |
| Principaux résultats : |
| Conclusion : |

Annexe F : synthèse des résultats de la recherche bibliographique



Annexe G : Algorithme des questions



Annexe K : Tableau de qualité des études

| Articles | Problématique et objectifs clairs | Critère d'inclusion des études | Méthode de recherche décrite | Qualité de l'étude | Reproductibilité des études | Caractéristiques (des études choisies) |
|------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------|--------------------|-----------------------------|--|
| Almerie et al (2015) | + | + | + | + | + | + |
| Barlatti et al. (2013) | + | + | + | + | + | + |
| Bryce et al. (2016) | + | + | + | + | + | + |
| Cella et al. (2017) | + | + | + | + | + | + |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Fernandez-Sotos et al. (2019) | + | + | + | + | + | + |
| Fett et al. (2011) | + | + | + | + | - | + |
| Hajdúk et al. (2018) | + | + | + | + | + | + |
| Joyal et al. (2016) | + | + | + | - | - | + |
| Kambeitz - Ilankovic et al. (2019) | + | + | + | + | + | + |
| Kurtz et al. (2001) | + | + | + | + | - | + |
| Larøi et al. (2013) | + | + | + | + | + | + |
| Lecomte et al (2017) | + | + | + | + | - | + |
| MC Gurk et al (2007) | + | + | + | + | + | + |
| Mendella et al. (2015) | + | + | + | + | + | + |
| Prikken et al. (2019) | + | + | + | + | + | + |
| Radhakrishnan et al. (2016) | + | + | + | + | + | + |

| | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|-----|---|
| Revell et al. (2015) | + | + | + | + | + | + |
| Roder et al. (2011) | + | + | + | + | + | + |
| Szöke et al. (2008) | + | + | + | + | + | + |
| Tan et al. (2018) | + | + | + | - | +/- | + |
| Ventura et al. (2019) | + | + | + | + | + | + |
| Wykes et al. (2011) | + | + | + | + | + | + |

Annexe L : Organisation du programme IPT (version 5 modules)

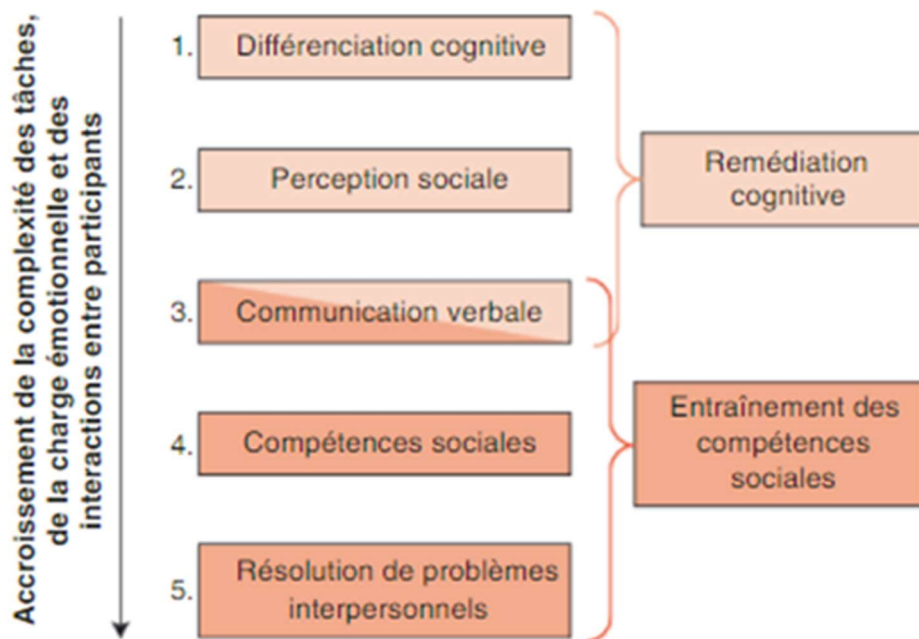


Figure 1. Organisation de l'integrated psychological therapy (IPT).



**Présenté et soutenu par
Anne VRIGNAUD**

Apport de la prise en charge des troubles de la communication verbale chez les patients atteints de Schizophrénie dans un cadre de remédiation cognitive : revue de littérature

Résumé

Cette revue de littérature s'intéresse aux impacts des remédiations cognitives sur les symptômes des patients atteints de Schizophrénie.

Elle cherche à vérifier si une remédiation de la communication verbale, plus spécifique et conjointe aux remédiations cognitives et sociales, améliorerait les symptômes. La revue de littérature porte sur 22 méta-analyses provenant de deux bases de données (EBSCO et PUBMED) et d'un site spécialisé (ASHA). Les résultats montrent des effets concluants des remédiations cognitives et des réhabilitations sociales sur la réduction des symptômes et sur l'amélioration de la communication et des fonctions exécutives, malgré la persistance de certains symptômes négatifs. Les remédiations les plus efficaces associent les deux formes de remédiations. Encore peu développées et peu probantes, les remédiations orthophoniques pourraient être prometteuses. Cette revue de littérature comporte des limites : hypothèses partiellement validées, non - exhaustive et choix discutable de se centrer essentiellement sur des méta-analyses.

Des études supplémentaires sont nécessaires. Ainsi, une proposition de remédiation orthophonique a été réfléchiée au regard des résultats de la revue de littérature, en prenant en compte les biais des études ainsi que les limites de la revue de littérature. La proposition serait une remédiation orthophonique menée conjointement au programme intégratif de thérapies psychologiques (IPT).

Pour conclure, cette revue de littérature a toutefois permis de faire un état des lieux des prises en charge en remédiation cognitive et en réhabilitation sociale, objectivant les perspectives des prochaines études sur de nouvelles remédiations.

Mots clés : Remédiation cognitive, communication verbale, orthophonie, Schizophrénie, revue de littérature.

Contribution of the remediation of verbal communication disorders in patients with Schizophrenia in a cognitive remediation context : a literature review / Summary - Abstract

This literature review looks at the impact of cognitive remediation on the symptoms of schizophrenia patients.

It seeks to verify whether a more specific remediation of verbal communication, in conjunction with cognitive and social remediation, would improve symptoms. The literature review covers 22 meta-analyses from two databases (EBSCO and PUBMED) and one specialized site (ASHA). The results show conclusive effects of cognitive remediation and social rehabilitation on symptom reduction and improved communication and executive function, despite the persistence of some negative symptoms. The most effective remediations combine the two forms of remediation. Although still underdeveloped and inconclusive, speech-language remediation could be promising. The literature review has limitations: partially validated, non-exhaustive hypotheses and questionable choice to focus primarily on meta-analyses.

Further studies are needed, so a proposal for speech-language remediation has been considered in light of the results of the literature review, and taking into account the biases of the studies as well as the limitations of the literature review. The proposal would be speech-language remediation conducted in conjunction with the Integrative Psychological Therapy Program (IPT).

In conclusion, this review of literature nevertheless provided an overview of the management of cognitive remediation and social rehabilitation. It will objectify the perspectives of future studies on new remediations.

Key words: Cognitive remediation ; verbal communication ; speech language therapist, Schizophrenia , review.

Mémoire dirigé par Ingrid Banovic