



HAL
open science

La structure narrative chez les patients avec une maladie schizophrénique sans déficience intellectuelle

Ilona Deret

► **To cite this version:**

Ilona Deret. La structure narrative chez les patients avec une maladie schizophrénique sans déficience intellectuelle. Sciences du Vivant [q-bio]. 2024. dumas-04787902

HAL Id: dumas-04787902

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04787902v1>

Submitted on 18 Nov 2024

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.

MÉMOIRE

Pour le

CERTIFICAT DE CAPACITÉ EN ORTHOPHONIE

La structure narrative chez les patients avec une maladie schizophrénique sans déficience intellectuelle

par

Illona DERET

Née le 02/03/1999

Présenté et soutenu publiquement le 13 juin 2024

Président : Monsieur Mazoué Aurélien – Orthophoniste et chargé d'enseignement

Directeur de mémoire : Madame Quemart Pauline – Enseignant-chercheur

Co-directeur de mémoire : Madame Cyprien Patry Marion – Orthophoniste

Membre du jury : Madame Gomez Kryzzya – Enseignant-chercheur

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier chaleureusement Madame Quémart et Madame Cyprien, mes directrices, pour leur accompagnement tout au long de ce mémoire. Votre expertise et vos conseils m'ont permis de m'améliorer et d'affiner ma réflexion. Merci pour votre confiance, votre patience et votre bienveillance qui m'ont poussée vers le haut. J'ai beaucoup appris de ce travail de longue haleine et vous en suis très reconnaissante.

Je remercie grandement Julie, Marie-Laure, Sophie et Alexandra, mes maîtres de stage. J'ai beaucoup appris à vos côtés, j'ai pu tenter, me tromper, recommencer, réussir, me livrer, le tout sans honte et avec sincérité. Merci pour ces moments de partage, de discussion, de motivation et de réassurance. Merci pour tous vos encouragements et votre soutien sans faille.

Je remercie également Monsieur Rivière pour ses précieux conseils sur les analyses statistiques de ce mémoire.

Merci aux équipes du CRESERC de Nantes et du CHS d'Yzeure, sans qui ce projet n'aurait pas vu le jour. Merci à tous les patients volontaires d'avoir rendu ce travail possible.

Merci Nathan, mon partenaire de vie, pour ton infinie patience, ton aide, ton soutien moral, ton amour qui ont été salvateurs pendant cette dernière année.

Je remercie l'ensemble de ma famille, qui a toujours cru en moi et m'a soutenue dans les moments les plus difficiles. Merci particulièrement à Hermann qui m'a énormément aidée dans ce projet. J'adresse des pensées émues à mémé Guiguite, qui aurait été fière de me voir terminer ces études, et à Maureen.

Un immense merci à mes futures consœurs, les Naonediennes : Iléana, Marine, Manon, Gaby, Lola et Julie. Vous avez illuminé ces cinq années et avez changé ma vie.

Merci à toutes mes bandes de copains bourbonnais. Merci Salomon, ma plus belle étoile, d'avoir été à mes côtés au début de cette aventure.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PARTIE THÉORIQUE.....	2
1. La maladie schizophrénique.....	2
1. Historique.....	2
2. Clinique.....	3
2.1. Les symptômes positifs.....	3
2.2. Les symptômes négatifs.....	3
2.3. La désorganisation.....	4
2.4. Classifications.....	4
3. Le diagnostic.....	4
4. Épidémiologie.....	5
5. Impacts fonctionnels et prise en soin.....	6
2. La pragmatique du langage.....	6
3. Impacts de la maladie schizophrénique sur la cognition sociale.....	7
1. La cognition sociale : définition.....	8
2. Maladie schizophrénique et théorie de l'esprit.....	8
3. Maladie schizophrénique et traitement des émotions.....	10
4. Impacts de la maladie schizophrénique sur les compétences discursives.....	11
1. Le discours.....	11
1.1. Définition.....	11
1.2. Cohésion.....	12
1.3. Cohérence.....	12
2. Le discours du patient avec maladie schizophrénique.....	13
2.1. Analyse globale : le plan lexico-sémantique.....	13
2.2. Analyse structurale.....	14

2.2.1. Difficultés sur la macrostructure.....	14
2.2.2. Difficultés sur la microstructure.....	14
2.3. Traitement des informations émotionnelles dans le discours.....	15
2.4. Explications possibles des difficultés rencontrées.....	16
5. Problématique et hypothèses théoriques.....	17
PARTIE EXPÉRIMENTALE.....	19
1. Méthodologie.....	19
1. Participants et critères de sélection.....	19
2. Matériel.....	20
3. Procédure.....	21
2. Résultats.....	21
1. Codage des récits.....	21
1.1. Analyse de la macrostructure.....	22
1.2. Analyse de la microstructure.....	22
1.2.1. Expressions référentielles.....	22
1.2.2. Dispositifs de structuration du récit.....	23
1.3. Analyse du langage interne d'état.....	24
1.4. Nombre de mots par récit.....	24
2. Analyses statistiques.....	24
2.1. Effets de groupe sur la longueur et le temps de récit.....	25
2.2. Effet du groupe sur la macrostructure.....	27
2.2.1. Le schéma traditionnel du récit.....	27
2.2.2. Les éléments additionnels au schéma traditionnel du récit.....	30
2.3. Effets du groupe sur la microstructure.....	31
2.3.1. Microstructure : dispositifs de structuration du récit.....	31
2.3.2. Microstructure : adjectifs qualificatifs.....	33
2.3.3. Microstructure : expressions référentielles définies.....	35
2.3.4. Microstructure : expressions référentielles indéfinies.....	36

2.3.5. Microstructure : expressions pronominales.....	37
2.4. Effet du groupe sur le langage interne d'état.....	39
2.5. Lien entre les réponses au QFS et les difficultés observées.....	41
2.5.1. Lien entre le score S et les marqueurs de difficulté d'élaboration.....	41
2.5.2. Lien entre le score S et les éléments faisant référence à la modalité.....	41
DISCUSSION.....	43
1. Rappel des objectifs et réponses aux hypothèses.....	43
1. Impact de la maladie schizophrénique sur la macrostructure.....	43
2. Impact de la maladie schizophrénique sur la microstructure.....	44
3. Impact de la maladie schizophrénique sur le langage interne d'état...	45
4. Lien entre les scores au QFS et les difficultés observées.....	46
2. Apports et limites de l'étude.....	46
1. Apports.....	46
2. Limites.....	47
3. Perspectives.....	48
CONCLUSION.....	49
BIBLIOGRAPHIE.....	51
ANNEXES.....	61
Annexe 1: Grille d'analyse des récits (Drzazga, 2022).....	61
Annexe 2: Codage des récits.....	64
Annexe 3: Exemple de récit codé.....	65
Annexe 4: Exemples de récits.....	66
Annexe 5: Questionnaire de Fonctionnement Social (Zanello et al., 2006)..	70
Annexe 6 : Tableaux récapitulatifs.....	72
Annexe 7 : Notice d'information.....	84
Annexe 8 : Lettre de consentement éclairé.....	85

**ENGAGEMENT
ÉTHIQUE**

Je soussignée Illona DERET dans le cadre de la rédaction de mon mémoire de fin d'études orthophoniques à Nantes Université, m'engage à respecter les principes de la déclaration d'Helsinki concernant la recherche impliquant la personne humaine.

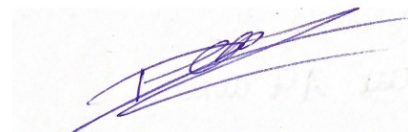
L'étude proposée vise à étudier la structure narrative (macrostructure, microstructure, langage interne d'état) des personnes atteintes d'une maladie schizophrénique sans déficience intellectuelle grâce à l'épreuve de récit sur images du PELEA. Les données obtenues seront comparées à une population contrôle appariée en âge, sexe et niveau d'études. Ainsi, nous verrons s'il existe des spécificités dans le discours des personnes avec une maladie schizophrénique.

Conformément à la déclaration d'Helsinki, je m'engage à :

- Informer tout participant sur les buts recherchés par cette étude et les méthodes mises en œuvre pour les atteindre,
- Obtenir le consentement libre et éclairé de chaque participant à cette étude
- Préserver l'intégrité physique et psychologique de tout participant à cette étude,
- Informer tout participant à une étude sur les risques éventuels encourus par la participation à cette étude,
- Respecter le droit à la vie privée des participants en garantissant l'anonymisation des données recueillies les concernant, à moins que l'information ne soit essentielle à des fins scientifiques et que le participant (ou ses parents ou son tuteur) ne donne son consentement éclairé par écrit pour la publication,
- Préserver la confidentialité des données recueillies en réservant leur utilisation au cadre de cette étude.

Fait à Nantes, le 20/05/2024

Signature de l'étudiant



**ENGAGEMENT DE NON-
PLAGIAT**

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

Engagement de non-plagiat

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

Fait à : Nantes

Le : 20/05/2024

Signature :

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'I. Deret', written over a faint horizontal line.

INTRODUCTION

La maladie schizophrénique, autrefois appelée schizophrénie ou démence précoce, est un trouble psychiatrique reconnu dans le DSM-V dans la catégorie “Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques” (American Psychiatric Association, 2013, p.109). Actuellement, les prises en soin de troubles de la communication dans le cadre des troubles psychiatriques ne sont pas explicitées dans notre nomenclature en orthophonie. Cependant, les orthophonistes sont habilités à évaluer et rééduquer les troubles du langage oral et de la communication. En ce sens, un orthophoniste possède les compétences requises pour aider les patients ayant une maladie schizophrénique qui présentent des difficultés importantes en termes de communication (Joyal et al., 2016).

Il est aujourd’hui possible d’administrer un traitement adapté qui vise à réduire les symptômes et améliorer la qualité de vie des patients (Bool et al., 2021). Cependant, des troubles de la communication consécutifs à la persistance de certains symptômes sont décrits dans la littérature. De manière globale, le déficit pragmatique constitue un élément clé de la maladie (Bambini et al., 2016). Les patients ont globalement des difficultés à s’ajuster aux impératifs de la communication tels que les normes sociales ou les attentes de l’interlocuteur (Boucard & Laffy-Beaufils, 2008). Ces difficultés sont stigmatisantes et contribuent au repli et à l’isolement des patients.

Ces carences dans le fonctionnement pragmatique se retrouvent dans la construction de leur discours narratif. En effet, pour construire son discours, il faut prendre en compte l’interlocuteur, l’intéresser ou encore respecter des conventions narratives. Or, les patients présentent une désorganisation du cours de la pensée et donc une difficulté à construire un discours adapté (Franck, 2013).

L’objectif de ce mémoire est d’examiner s’il existe des différences significatives dans la construction du discours narratif chez les patients ayant une maladie schizophrénique par rapport aux personnes n’ayant pas de pathologie psychiatrique. Les patients de cette étude auront un raisonnement intellectuel efficient ainsi qu’un traitement stabilisé. Si des spécificités sont retrouvées dans le discours, nous pourrions confirmer que l’orthophoniste peut jouer un rôle dans le parcours de soins d’un patient ayant une maladie schizophrénique en intégrant l’analyse du discours narratif dans la démarche diagnostique d’un trouble schizophrénique. Nous pourrions également nous demander si la grille utilisée peut servir d’outil contribuant à la démarche diagnostique d’un trouble schizophrénique.

PARTIE THÉORIQUE

1. La maladie schizophrénique

1. Historique

La maladie schizophrénique est un trouble psychiatrique d'abord qualifié de démence précoce en 1896 par Kraepelin, psychiatre allemand: c'est une "maladie par destruction irréversible de l'esprit" (Bottéro, 2010, p.393). Le terme de schizophrénie est donné en 1908 par Eugène Bleuler, psychiatre suisse. Alors que Kraepelin met en avant une évolution déficitaire, Bleuler parle de dissociation, de scission du sujet. Celui-ci est vu comme coupé vis-à-vis de la réalité, d'autrui et de lui-même. Il est hors des cercles d'échanges et de communication. De plus, il ne réalise pas qu'il présente des symptômes (Bottéro, 2010).

Les années 50 marquent l'arrivée des psychotropes: ce sont des médicaments agissant sur le psychisme. Le premier neuroleptique, les premiers antidépresseurs et les premiers régulateurs d'humeur voient le jour et améliorent considérablement le pronostic évolutif de la maladie. On s'aperçoit également que les malades peuvent émerger de leur délire et prendre conscience de ce qui leur arrive (Haouzir & Bernoussi, 2020).

Kurt Schneider évoque des manifestations délirantes qui étaient uniquement le fait de la maladie schizophrénique et les nomme "symptômes de premier rang" (Dollfus, 2019) : parmi ceux-ci, nous pouvons trouver l'énonciation ou écho de la pensée, les hallucinations auditives dans lesquelles des voix conversent entre elles ou commentent le comportement du sujet, ou les sensations corporelles imposées.

Ces symptômes sont repris aujourd'hui dans plusieurs classifications, comme le DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). La CIM-11 décrit des perturbations de multiples modalités mentales, comme la réflexion, la perception, l'expérience de soi, la cognition, la volition, l'affect et le comportement (Organisation Mondiale de la Santé, 2022). Mais nous ne pouvons pas décrire « une » maladie schizophrénique. Après de nombreuses recherches menées sur le sujet, elle est décrite de différentes manières selon les auteurs et il n'y a pas de consensus sur une psychopathologie unique et caractéristique. La maladie s'inscrit sur un spectre, il existe donc une multiplicité de profils de patients.

2. Clinique

Selon les descriptions actuelles, la maladie schizophrénique se définit par une triade : les symptômes positifs, les symptômes négatifs et la désorganisation.

2.1. Les symptômes positifs

Les symptômes positifs sont les manifestations visibles de la maladie qui s'ajoutent au comportement habituel de la personne atteinte de maladie schizophrénique. On parle de délire: les facultés mentales du sujet sont bousculées et des comportements anormaux en résultent. De ce fait, le sujet adhère à des convictions fausses, ses perceptions sont erronées, ainsi que ses jugements. Ainsi, il s'oppose à la réalité (Haouzir & Bernoussi, 2020). Il existe différentes manières de caractériser les symptômes positifs:

- La systématisation (organisation): c'est le niveau de cohérence du délire. Il est souvent décousu et non systématisé. On parle ainsi de délire paranoïde.
- Les mécanismes (ce sur quoi s'appuie le délire): on trouve l'interprétation, l'hallucination (principalement auditive), l'intuition, et l'imagination.
- Les thèmes,
- La thymie, qui n'est généralement pas congruente au délire,
- L'adhésion totale ou partielle : c'est le degré de conviction au délire.

2.2. Les symptômes négatifs

A l'inverse des symptômes positifs, les symptômes négatifs se traduisent par la perte des fonctions mentales habituelles du sujet (Haouzir & Bernoussi, 2020).

Selon Micoulaud-Franchi et Quilès (2014), ils peuvent être:

- Affectifs : ils se caractérisent par une amimie ou un faciès inexpressif, par exemple.
- Cognitifs : la pauvreté du discours et l'alogie en sont les symptômes caractéristiques.
- Comportementaux : les principaux symptômes sont l'apragmatisme et le repli social. Le sujet est enfermé dans « un autisme impénétrable », coupé de la réalité et d'autrui (Bottéro, 2010, p. 393). Ces attitudes dysfonctionnelles sont en lien avec une stigmatisation internalisée : la personne a des croyances négatives sur elle-même qui suscitent une faible estime d'elle et l'amènent à se limiter dans des activités importantes pour elle (Giordana, 2019).

2.3. La désorganisation

Il s'agit de signes cliniques qui bousculent les comportements et les expériences vécues du patient (Micoulaud-Franchi & Quilès, 2014). Haouzir et Bernoussi (2020) distinguent trois types de désorganisation:

- Idéique : la pensée est floue, peu logique, le patient fait des associations d'idées sans lien, qui sont souvent mal comprises par son interlocuteur. Son discours est allusif, la syntaxe est aberrante. Le contenu est décousu, le patient invente des mots, appelés néologismes.
- Comportementale : cette désorganisation se traduit dans les attitudes, les tenues vestimentaires du sujet.
- Affective : elle se caractérise par l'inadéquation des émotions par rapport aux propos et aux mimiques. On parle ainsi de discordance idéo affective.

2.4. Classifications

Micoulaud-Franchi et Quilès (2014) ont établi une classification de la maladie schizophrénique en fonction des syndromes prédominants.

- Si le syndrome positif est le plus marqué, on parle alors de maladie schizophrénique à type paranoïde. C'est la plus fréquente (Haouzir & Bernoussi, 2020).
- La symptomatologie schizophrénique peut s'accompagner de troubles moteurs spécifiques: activité motrice excessive, négativisme (attitude d'opposition active), positions ou mouvements bizarres et stéréotypés, attitude en miroir, catalepsie (suspension de l'activité motrice volontaire). Ce regroupement de symptômes est appelé syndrome catatonique (Franck, 2013). Si la désorganisation avec forme catatonique est la plus saillante, on parle de maladie schizophrénique à type catatonique.
- Si le patient présente une désorganisation marquée sans syndrome catatonique, on parle alors de type désorganisé.

3. Le diagnostic

Le diagnostic de maladie schizophrénique se pose par élimination (Bottéro, 2010). Différentes définitions existent pour décrire ce trouble, il n'y a aucun critère absolu. De plus, aucun symptôme ne permet d'affirmer son diagnostic: chacun peut être retrouvé dans d'autres affections comme des maladies métaboliques, neurodégénératives... Il faut donc approfondir

les investigations à l'aide d'examen complémentaires (Franck, 2013).

Selon la classification d'origine, Schneider décrit la présence d'un des onze facteurs dits "de 1er rang" (Haouzir & Bernoussi, 2020). Ensuite, un certain nombre d'outils psychométriques ont été élaborés. L'outil le plus utilisé pour évaluer les symptômes de la maladie schizophrénique est le PANSS: Positive et Negative Syndrome Scale (Kay et al., 1987). Il comporte 30 items et 3 sous-échelles : positive, négative, ainsi que la psychopathologie générale. La SANS (Andreasen, 1989) et la SAPS (Andreasen, 1986), qui évaluent respectivement les symptômes négatifs et positifs des patients ainsi que leur évolution sous traitement, étaient également très utilisées.

Les classifications évoluent vers une approche plus catégorielle et descriptive des troubles, avec des critères d'inclusion comme le DSM-V ou la CIM-11.

Ces outils ont leurs limites (Haouzir & Bernoussi, 2020) : les critères ne sont que partiellement validés par des données. De plus, il est difficile d'actualiser les connaissances sur le sujet car il y a très peu d'écart entre les différentes parutions des multiples versions du DSM. Les classifications ne sont pas superposables: il existe des différences dans les critères diagnostiques entre le DSM-V et la CIM-11, par exemple. En effet, le DSM-V accentue davantage les symptômes positifs et ne définit pas clairement les symptômes négatifs (American Psychiatric Association, 2013). Selon la CIM-11, les symptômes relevés doivent être présents depuis au moins un mois, contre six mois pour le DSM-V. De plus, le dysfonctionnement professionnel n'est pas évoqué (Organisation Mondiale de la Santé, 2022). Ces outils ne doivent donc pas être des manuels de référence psychopathologiques, mais des outils d'aide à la recherche (Dollfus, 2019).

4. Épidémiologie

D'après Moreno-Küstner et al. (2018), la maladie schizophrénique toucherait environ 0,7% de la population mondiale. Selon une revue systématique (Tournier, 2019), l'incidence médiane est de 15,2/100 000 hommes et 10/100 000 femmes. Elle se déclare en général entre la fin de l'adolescence et le milieu de la troisième décennie (APA, 2013). L'âge moyen de survenue se situe autour de 30 ans, ce qui en fait une maladie très précoce en comparaison aux autres troubles psychiatriques (Olié & Courtet, 2019). C'est une maladie mortelle, souvent associée à la dépression. Le risque suicidaire est présent dès le premier épisode psychotique: on relève 2,4% de suicides lors des cinq premières années de la maladie. Il est plus élevé chez les sujets jeunes (Olié & Courtet, 2019).

5. Impacts fonctionnels et prise en soin

Les symptômes positifs et négatifs ont des conséquences sur la vie quotidienne des personnes atteintes de maladie schizophrénique.

Le risque de mortalité prématurée est important. En effet, les malades sont sujets aux addictions et donc à la consommation excessive d'alcool et de tabac. En France, environ deux tiers des patients fument du tabac, et un patient sur treize consomme de l'alcool de manière excessive (Poirier et al., 2002). Ces conduites addictives entraînent des maladies cardio métaboliques, donc un risque d'accident plus élevé. Aux États-Unis, un taux de suicide supérieur à la moyenne des américains est observé chez les malades (Tournier, 2019). Entre 5 et 13% décèdent par suicide (Olié & Courtet, 2019).

Les patients rapportent eux-mêmes des répercussions de leurs symptômes sur leur qualité de vie: leurs contacts sociaux sont amoindris, ils se sentent également limités dans leurs activités quotidiennes (Tan et al., 2014). La vie professionnelle est notamment impactée du fait de l'affaiblissement de la volonté, appelée aboulie. De ce fait, il est difficile pour une personne avec une maladie schizophrénique de conserver son emploi ou de se maintenir en réussite scolaire (American Psychiatric Association, 2013).

Ce trouble ne se guérit pas, mais un traitement médicamenteux est indiqué afin de réduire les effets délétères des différents symptômes. Cependant, il est difficile d'ajuster la dose pour que le patient le tolère. Il est efficace sur les symptômes positifs en deux à quatre semaines, mais les symptômes négatifs sont plus difficiles à traiter (Bool et al., 2021). Même si le traitement médicamenteux est indispensable dans la prise en soin du patient, il n'aurait pas d'impact sur les conséquences affectives et sociales qui découlent des symptômes (Bottéro, 2010). C'est pour cette raison qu'une démarche de réhabilitation sociale doit être entreprise en parallèle (Haouzir & Bernoussi, 2020). Selon Giordana (2019), cette démarche serait bénéfique si elle est accompagnée voire précédée par un travail de renforcement de l'estime de soi.

2. La pragmatique du langage

La pragmatique est un domaine étudié à partir des années 60 par Austin (1962) et Searle (1969), qui introduisent la notion d'actes de langage: cela signifie que le langage n'a pas seulement une fonction descriptive, mais également actionnelle, il agit sur la réalité (Moeschler & Auchlin, 2023). La pragmatique est donc la communication dans sa dimension fonctionnelle, qui prend en compte les comportements verbaux et non verbaux. Elle se définit comme l'usage du langage pris en compte dans les contextes sociaux (Dardier, 2004). C'est

un domaine très large qui recouvre plusieurs aspects fondamentaux: les inférences, les habiletés discursives et les habiletés conversationnelles.

La pragmatique inférentielle réfère à la manière dont les énoncés véhiculent des informations implicites, c'est-à-dire au langage non littéral. Elle comprend les sous-entendus, les métaphores, l'humour, l'ironie, le sarcasme (Sainson, 2018). Leur utilisation, leur prise en compte et leur compréhension dans un contexte de communication s'inscrivent dans le domaine de la cognition sociale et permettent une adaptation fine du sujet à l'interaction.

La pragmatique "étudie l'utilisation du langage dans le discours, et les marques spécifiques qui, dans la langue, attestent sa vocation discursive" (Diller & Recanati, 1979, cités dans Armengaud, 2007, p.5). Le discours est formé par des énoncés, qui ne sont pas des unités purement linguistiques, mais des unités pragmatiques de communication (Moeschler, 1998).

Les habiletés discursives s'inscrivent dans le domaine de la pragmatique car la prise en compte du contexte est primordiale (Sainson, 2018).

La prise en compte du contexte est également capitale dans la conversation. Il est déterminé par les buts de l'interaction : le plaisir de discuter, argumenter ou encore renseigner (Sainson, 2018).

Parmi les recherches axées sur les spécificités du langage de la personne avec maladie schizophrénique, certaines s'intéressent à la pragmatique du langage. Le défaut pragmatique est une caractéristique essentielle de la maladie schizophrénique, c'est-à-dire un aspect fondamental de la maladie qui ne résulte pas de symptômes ou de traitements (Bambini et al., 2016). Toutes les composantes de la pragmatique ne seront pas abordées dans ce mémoire. Nous nous intéresserons particulièrement à la manière dont la cognition sociale nourrit la pragmatique du langage, puis comment la pragmatique influence les capacités discursives des personnes avec maladie schizophrénique. Nous nous pencherons spécifiquement sur le discours narratif qui est l'objet d'une analyse pragmatique: nous pouvons observer la manière dont les individus transmettent des informations, organisent leur message et maintiennent l'intérêt de leur interlocuteur par différents moyens (respect des conventions narratives, maintien de la cohésion et de la cohérence...).

3. Impacts de la maladie schizophrénique sur la cognition sociale

La pragmatique est un domaine au carrefour de nombreuses disciplines. L'approche pragmatique des troubles de la communication s'inscrit en neuropsychologie dans le champ de la cognition sociale (Dardier, 2004). Depuis les travaux de Frith et Corcoran (1996), de

nombreux auteurs se sont penchés sur la particularité de la cognition sociale chez la personne atteinte de maladie schizophrénique. Nous commencerons par étudier ce que revête la notion de cognition sociale puis aborderons les spécificités de cette cognition dans le cadre de la maladie schizophrénique.

1. La cognition sociale : définition

La cognition sociale est l'ensemble des « opérations mentales qui sous-tendent les interactions sociales, incluant perception, interprétation et génération des réponses appropriées en lien avec les intentions, dispositions et comportements d'autrui » (Green et al, 2008, p.1211).

Elle comprend cinq domaines principaux: la théorie de l'esprit, la perception sociale, la connaissance sociale, le biais d'attribution et le traitement des émotions. La théorie de l'esprit consiste en la capacité à inférer des états mentaux à autrui. Deux types de théories de l'esprit ont été décrites dans la littérature (Kalbe et al., 2010). La théorie de l'esprit dite "froide" ou "cognitive" consiste à attribuer des pensées aux autres alors que la théorie de l'esprit dite "chaude" ou "affective" consiste à attribuer des émotions aux autres. La perception sociale sert à identifier le rôle social, les règles sociétales et le contexte social. La connaissance sociale est la connaissance des règles et des buts qui caractérisent les situations sociales et guident les interactions sociales. Le biais d'attribution est la manière dont un individu infère les causes d'un événement positif ou négatif : interne (dû à soi), externe situationnel (dû à des facteurs situationnels), externe personnel (dû à d'autres personnes). Enfin, le traitement des émotions est la manière dont un individu perçoit et utilise les émotions.

Les domaines les plus étudiés concernant la cognition sociale des personnes avec maladie schizophrénique sont la théorie de l'esprit et le traitement des émotions, car ces domaines sont ceux qui présentent finalement le plus d'atypie ou de déficits identifiés (Marzloff, 2019).

2. Maladie schizophrénique et théorie de l'esprit

La littérature a mis en relief des différences entre les performances d'adultes avec un diagnostic de maladie schizophrénique et celles de groupes sans pathologie psychiatrique. Dans leur méta-analyse, Bora et al. (2009) ont relevé une déficience en théorie de l'esprit chez les patients avec maladie schizophrénique, avec une taille d'effet allant de 0,90 à 1,08 entre les deux groupes. Les auteurs ont observé que cette particularité était plus marquée dans la

phase aiguë de la maladie. Toutefois, il persiste ensuite. Chung et al. (2014), dans leur méta-analyse, ont comparé une population avec maladie schizophrénique et une population ayant un Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA): ils rapportent une carence en théorie de l'esprit plus marquée sur le versant cognitif chez les patients avec une maladie schizophrénique par rapport aux patients TSA, avec une taille d'effet de 0,99 pour les tâches impliquant le versant cognitif et de 0,78 pour les tâches impliquant le versant affectif. Les patients avec une maladie schizophrénique auraient donc plus de difficulté à inférer des pensées aux autres.

Des auteurs ont tenté de relier ce phénomène à d'autres processus cognitifs afin de comprendre son fonctionnement et son lien avec d'autres domaines. Selon Bora et al. (2009), l'ampleur du défaut d'intelligence générale tendrait à augmenter l'ampleur du manque de théorie de l'esprit chez les patients ayant un traitement stabilisé: parmi 13 études, un coefficient de régression $B = 0,71$ (score $Z = 2,40$, $p = .01$) a été observé. Les auteurs ont également interrogé l'influence des fonctions exécutives sur les performances en théorie de l'esprit. Ainsi se posent les questions suivantes: un défaut en théorie de l'esprit est-il un trait caractéristique de la maladie schizophrénique? Une difficulté en théorie de l'esprit peut-elle expliquer les carences pragmatiques dans cette population? Brüne et Bodenstein (2005) suggèrent que la théorie de l'esprit est un prédicteur de la capacité à comprendre des énoncés métaphoriques et proverbes, avec un coefficient de corrélation $r = 0.51$. Selon leur étude, près de 39% des différences dans l'interprétation des proverbes parmi les patients peuvent être expliquées par les différences dans les performances en théorie de l'esprit. Cette idée est réfutée par Bosco et al. (2018): selon eux, la notion de pragmatique ne doit pas être réduite dans la notion de théorie de l'esprit, ce sont deux facultés différentes qui peuvent se chevaucher. Tout défaut pragmatique n'est donc pas forcément explicable par une difficulté en théorie de l'esprit.

Si la littérature s'accorde sur une carence en théorie de l'esprit chez les patients avec une maladie schizophrénique, Vass et al. (2023) apportent des précisions sur ce phénomène en distinguant des degrés de complexité différents. L'*hypertom* (que nous pouvons traduire en français par "excès de théorie de l'esprit") est associée aux symptômes positifs: c'est un phénomène de sur-mentalisation qui consiste à attribuer trop de croyances à autrui. Au contraire, l'*hypotom* (que nous pouvons traduire en français par affaiblissement ou "défaut de la théorie de l'esprit"), est associée aux symptômes négatifs. C'est un phénomène qui consiste, au contraire, à attribuer peu de croyances à autrui.

Les patients ayant une maladie schizophrénique peuvent se situer sur ce continuum d'*hypotom* à *hypertom*, en fonction de la sévérité de leurs symptômes positifs et négatifs, ainsi qu'en fonction de la précocité de leur maladie (Le Gall & Iakimova, 2018). Une corrélation négative ($r = -0,554$) significative entre le score de surmentalisation et l'âge du premier épisode psychotique a été retrouvée (Martinez et al., 2017). L'*hypertom*, souvent associée aux symptômes positifs, est un symptôme clé de la maladie schizophrénique: une corrélation significative ($r = 0,73, p = .001$) entre une forte activation du cortex préfrontal ventro-médian et du gyrus temporal supérieur gauche lors du traitement de l'information et un score PANSS positif a été établie (Ciaramidaro et al., 2015).

3. Maladie schizophrénique et traitement des émotions

Le traitement des émotions est un autre domaine de la cognition sociale particulièrement affecté dans la maladie schizophrénique. D'après la littérature, les personnes avec maladie schizophrénique ont plus de difficulté à inférer des états mentaux (pensées et émotions) à autrui, ainsi qu'à détecter les émotions à partir des expressions faciales et de la prosodie. Ce manque de cognition sociale apparaît précocement dans la maladie schizophrénique et altère subjectivement le fonctionnement général des malades, ainsi que leur qualité de vie. Il constitue donc un enjeu crucial de prise en charge (Marzloff, 2019). Selon Tobe et al. (2016), les patients touchés par cette maladie présentent une anomalie de reconnaissance des expressions faciales en contexte, ainsi qu'une anomalie de reconnaissance des émotions auditives. Ils ont notamment des difficultés à comprendre le sarcasme. Leur étude, citée dans la méta-analyse de Le Gall et Iakimova (2018), montre que les patients avec une maladie schizophrénique ont des performances significativement inférieures à celles d'un groupe contrôle et d'un groupe TSA. Ces difficultés sont influencées par la sévérité des symptômes positifs, l'âge de début des troubles et le traitement antipsychotique. Une mauvaise reconnaissance des états émotionnels à partir de la prosodie a été également rapportée par Pawełczyk (2018): le groupe de patients avec une maladie schizophrénique obtient des résultats significativement moins élevés au test de reconnaissance de prosodie émotionnelle (score moyen = 12,9) que ceux d'une population contrôle (score moyen = 15,1). Cette perception altérée des émotions est confirmée dans une étude plus récente (Lin et al., 2023) : les patients testés devaient reconnaître des émotions via plusieurs canaux (faciaux, sémantiques et prosodiques). Le groupe des patients avec maladie schizophrénique donnait significativement moins de réponses précises que les témoins sur les visages émotionnels et le

canal prosodique. Leur temps de réaction était également significativement inférieur à celui du groupe contrôle ($p < 0,001$), particulièrement dans le domaine non verbal.

Pour résumer, la théorie de l'esprit et le traitement émotionnel présentent des dysfonctionnements chez les personnes avec maladie schizophrénique. Ces composantes de la cognition sociale, combinées avec la maîtrise du langage élaboré et des fonctions exécutives efficaces, sont des éléments essentiels contribuant à la pragmatique du langage.

4. Impacts de la maladie schizophrénique sur les compétences discursives

Pour avoir de bonnes compétences discursives, il faut savoir organiser son message. Selon les règles gricéennes, ce message doit respecter les maximes de quantité (donner la bonne quantité d'informations) et de qualité (donner une information qu'on croit pour vraie et pour laquelle on a des preuves) pour pouvoir être compris par l'interlocuteur (Moeschler, 1995). La désorganisation du cours de la pensée spécifique à la maladie peut toucher l'organisation du message et, de ce fait, les compétences nécessaires au discours.

1. Le discours

1.1. Définition

Il y a discours lorsqu'au moins deux énoncés sont produits à la suite par un ou plusieurs interlocuteurs (Charolles, 2011). Un discours est « l'énoncé considéré dans sa dimension interactive, son pouvoir d'action sur autrui, son inscription dans une situation d'énonciation comportant un sujet énonciateur, un ou plusieurs interlocuteurs, un moment, un lieu déterminé » (Chareaudeau & Maingueneau, 2002, cités par Sainson, 2018, p.226)

Il existe cinq types de discours (Sainson et al., 2022). Le discours descriptif permet de visualiser ce qui est écrit ou dit. Le discours procédural sert à expliquer une série d'actions dans le but d'accomplir une tâche. Le discours explicatif a pour but d'informer l'interlocuteur. Le discours argumentatif est utilisé pour défendre un point de vue particulier. Enfin, le récit narratif permet de raconter des histoires vécues ou inventées (présence de repères temporels, de différents temps, des verbes d'action, des modes de discours rapporté...)

Le discours est une tâche complexe et coûteuse sur le plan cognitif : elle fait intervenir les fonctions instrumentales, comme le langage. Elle requiert également la mémoire, l'attention soutenue, mais aussi les fonctions exécutives, comme la planification. Différentes ressources

sont mobilisées en fonction du type de discours. La narration, par exemple, nécessite un bon accès à la mémoire à long terme et des capacités de planification efficaces. Le discours procédural fait également appel à des capacités de planification efficaces mais aussi à la représentation des événements en plusieurs étapes et à l'évaluation de l'importance des détails (Sainson, 2018).

1.2. Cohésion

La cohésion est le niveau microstructurel du discours qui permet l'établissement du sens entre deux énoncés grâce à des marques morphologiques, lexicales et syntaxiques (Sainson et al., 2022). Elle est définie par Nespoulous (1993) comme le découpage du programme narratif global en propositions. Pour assurer ces liaisons entre les différentes parties, il est nécessaire d'utiliser des éléments de cohésion: les références (comprenant les anaphores pronominales, les substitutions par un nom ou un verbe), les ellipses, les synonymes ainsi que les connecteurs (Moeschler, 1998). La cohésion se manifeste à 3 niveaux: dans la phrase, entre les phrases et au-delà de la phrase (Sainson, 2018).

La cohésion a deux rôles (Kail, 2020): d'abord elle marque linguistiquement le statut de l'information. Le choix de déterminants définis ou indéfinis, par exemple, donne des indications sur la nouveauté de l'information: un déterminant indéfini introduit une information non rencontrée auparavant dans le récit, tandis qu'un déterminant défini introduit une information déjà connue. Ensuite, la cohésion permet de distinguer ce qui appartient à la trame narrative centrale et les éléments complémentaires qui viennent s'y ajouter. Dans ce but, on utilise des marqueurs temporels, causaux ou spatiaux qui permettent de structurer et organiser la narration. Le choix des temps du récit permet également de différencier les actions centrales (par exemple, le passé simple qui renvoie à une action soudaine) des actions d'arrière-plan (l'imparfait, par exemple).

1.3. Cohérence

La cohésion ne suffit pas à bien construire un récit : la cohérence est également importante (Charolles, 1978). Elle repose sur l'interprétation des éventuelles marques de cohésion et des inférences de liaison entre deux propositions. Cohérence et cohésion sont deux termes bien distincts, la cohésion étant historiquement définie comme la trame linguistique du texte qui assure son intégrité et la cohérence se caractérisant comme la correspondance entre cette

trame et le contexte de communication (Nita et al., 2021).

La cohérence permet au discours d'être adapté au contexte d'un point de vue sémantique et pragmatique. Celui-ci est interprétable en fonction du sens des éléments qui le composent et de la situation dans laquelle il est prononcé (Sainson et al., 2022).

La cohérence globale est donc la macrostructure du discours. Elle s'organise en plusieurs étapes: une situation initiale, une complication de l'histoire, une évaluation de la situation (ou action), une résolution (ou élément modificateur) et une morale (Adam, 1997). Ces étapes constituent le script narratif.

2. Le discours du patient avec maladie schizophrénique

2.1. Analyse globale : le plan lexico-sémantique

Au niveau de la production, les patients ayant une maladie schizophrénique présentent une désorganisation de la pensée, appelée "salade de mots" par Auguste Forel, qui conduit automatiquement à la perturbation du discours (Bottéro, 2008). Ces perturbations vont de l'ordre de la plus petite unité (le mot) à la phrase complexe (Willits, 2018). Le patient produit parfois des néologismes. Dans le cadre de la maladie schizophrénique, lorsque les phrases n'ont pas de lien les unes avec les autres, on parle de schizophasie (Haouzir & Bernoussi, 2010). Cette désorganisation du discours est expliquée par des activations sémantiques inappropriées, et donc des associations lexico-sémantiques excessives (Hella et al., 2013). Le patient fait constamment des liens entre différents termes et ces liens ne sont pas facilement compréhensibles pour son interlocuteur. Finalement, ces processus entravent la communication du patient. Le langage en lui-même n'est pas altéré, mais il n'est pas utilisé à bon escient dans les actes de communication. En effet, une communication efficace repose sur la maîtrise du langage dit formel (phonologie, grammaire, syntaxe, sémantique), mais aussi sur l'attribution d'états mentaux, les savoirs partagés, les référents sémantiques partagés et l'interprétation des comportements d'autrui (Niznikiewicz et al., 2013).

Au niveau lexical, les patients avec une maladie schizophrénique rencontrent moins de difficultés dans le traitement de mots isolés ou de paires de mots. En revanche, ils sont gênés dans le traitement de plusieurs informations simultanées (Niznikiewicz et al., 2013). Ils rencontrent des difficultés pour traiter le contexte en raison de difficultés de contrôle cognitif: ressources attentionnelles, détection et résolution de conflits, inhibition, maintenance de la

pertinence pour la réalisation de la tâche (Boudewyn et al., 2012).

Au niveau sémantique, Moro et al. (2015) n'ont pas rapporté de défaut chez les patients ayant une maladie schizophrénique dans une épreuve qui consistait à reconnaître des contradictions sémantiques dans une phrase. En revanche, Hella et al. (2013) relèvent que des anomalies sémantiques apparaissent lorsque les processus pragmatiques sont impliqués, au sein du discours par exemple. Ils ont interviewé un patient unique et ont conservé les parties de son discours qui étaient les plus désorganisées. Ainsi, ils ont observé que le patient faisait beaucoup de liens sémantiques au sein de son propre discours (une pensée l'amenant à une autre) mais également en réception (une question de l'interviewer l'amenant sur un autre thème), ce qui rendait certaines séquences incompréhensibles du point de vue de l'interlocuteur.

2.2. Analyse structurale

Les particularités lexico-sémantiques des patients ayant une maladie schizophrénique touchent la structure de leur discours. Plusieurs études se sont intéressées à l'analyse de leur discours en termes de cohérence (ou macrostructure du récit) et de cohésion (ou microstructure du récit).

2.2.1. Difficultés sur la macrostructure

Dans la littérature, il est globalement rapporté que les patients ont plus de difficulté à maintenir la cohérence globale de leur discours que des sujets sains. Une cohorte de 30 patients ayant une maladie schizophrénique commet en moyenne 9,28% d'erreurs de cohérence globale, tandis qu'une cohorte de 30 personnes saines en commet 4,16% (Perlini et al., 2012). En effet, le discours n'est pas axé sur un objectif particulier (Lundin et al., 2023). On ne peut pas inférer les liens entre les différentes propositions (Willits et al., 2018). Les informations ne sont pas séquencées, l'ordre des propositions est perturbé, les référents sont flous et on observe également des intrusions de sujets non appropriés (Hella et al., 2013). Ces observations peuvent être mises en lien avec la présence de thèmes délirants et d'éventuelles hallucinations qui sont propres à la symptomatologie schizophrénique. Elles peuvent être expliquées également par une activation excessive des réseaux sémantiques lors du discours.

2.2.2. Difficultés sur la microstructure

On note globalement plus d'erreurs au sein du discours des sujets avec une maladie schizophrénique que des sujets sains. Dans l'étude de Perlini et al. (2012), quelques erreurs

paragrammaticales (erreurs de morphèmes liés et de mots fonction) sont relevées dans la cohorte de 30 patients ayant une maladie schizophrénique. Ils comptent environ 1,16 erreur tous les 100 mots, contre 0,35 pour les sujets sains.

Plusieurs particularités sont décelées chez les sujets ayant une maladie schizophrénique: ils utilisent significativement plus de pronoms que des sujets sains (Tang et al., 2021), plus particulièrement à la première personne du singulier. En effet, dans l'étude de Lundin et al. (2023), un groupe de patients ayant une maladie schizophrénique produit en moyenne 118,59 pronoms à la première personne du singulier sur un récit de vie personnelle, tandis qu'un groupe de patients sains en produit en moyenne 100,99. Ils marquent aussi beaucoup de pauses dans leur discours avec le mot de remplissage "euh" (Tang et al., 2021). Ces pauses peuvent être expliquées par le phénomène de blocage de la pensée (Franck, 2013).

On observe également une pauvreté du discours, que l'on peut mettre en lien avec les symptômes négatifs: les sujets schizophrènes produisent globalement moins de mots, moins de marqueurs de cause et d'intentionnalité et moins de liens nécessaires pour la compréhension du discours que des sujets sains (Willits et al., 2018). La part de cohésion profonde (utilisation de liens logiques, contrastifs et causaux) du discours des patients avec une maladie schizophrénique est de 63,19%, tandis qu'elle est de 75,04% pour les sujets sains. En revanche, l'utilisation de connecteurs temporels et additifs ne diffère pas significativement du groupe témoin: respectivement $F = 1,21$ et $p = .274$; $F = 0,63$ et $p = .425$. Ces résultats ont été corroborés par une étude plus récente (Corona-Hernández et al., 2023). L'utilisation d'adjectifs est également significativement plus faible chez les patients avec une maladie schizophrénique, avec une part de 6,19 contre 7,10 pour les sujets sains (Tang et al., 2021).

2.3. Traitement des informations émotionnelles dans le discours

Il est possible de traiter les émotions dans un discours en analysant les éléments prosodiques. La prosodie influence l'organisation de la séquentialité des actions dans un récit et permet au discours d'être interprétable par l'interlocuteur (Apothéloz et al., 2007).

Les patients ayant une maladie schizophrénique sont moins sensibles à la prosodie pour reconnaître les émotions. Hoekert et al. (2007), dans leur méta-analyse, ont montré une différence significative et stable dans la perception de la prosodie émotionnelle entre un groupe ayant une maladie schizophrénique et un groupe contrôle, avec un effet pondéré

moyen de -1,24 (intervalle de confiance de 95% entre -1,55 et -0,93). Cette difficulté à reconnaître les émotions à partir de l'intonation de la voix est retrouvée dans l'étude de Pawełczyk et al. (2018): les scores d'un groupe de patients ayant une maladie schizophrénique sont significativement plus faibles que ceux d'un groupe contrôle. Caletti et al. (2018) rapportent également des difficultés de compréhension de la prosodie linguistique ($t = -2,3, p = .02$) et affective ($t = -3,5, p = .004$) sur une cohorte de 211 patients, les difficultés étant plus marquées sur la prosodie affective. Les scores moyens étaient significativement plus bas que ceux du groupe contrôle dans trois domaines: la tristesse, la colère et le bonheur.

Hoekert et al. (2007) évoquent une altération significative de la prosodie expressive chez les patients ayant une maladie schizophrénique, avec un effet pondéré moyen de -1,11 (intervalle de confiance de 95% entre -1,78 et -0,43). Les patients ont donc des difficultés à exprimer les émotions par le biais de leur intonation vocale. Cependant, il y a peu d'études récentes sur le sujet, et ces résultats n'ont pas été répliqués depuis.

2.4. Explications possibles des difficultés rencontrées

Plusieurs auteurs ont tenté de trouver des explications à ces difficultés discursives.

La mémoire de travail déficitaire des patients avec maladie schizophrénique pourrait expliquer cette désorganisation au sein du discours. En effet, pour construire un discours, il faut constamment utiliser notre mémoire de travail, qui a une fonction de mise à jour (Lundin et al., 2023; Zimmermann et al., 2011). Néanmoins, cela peut aussi être expliqué par l'ampleur de cette pensée désorganisée qui est un trait caractéristique de la maladie schizophrénique (McKenna & Oh, 2005).

Le deuxième niveau d'explication se trouve au niveau des fonctions exécutives. Les patients avec maladie schizophrénique présentent souvent des troubles neurocognitifs, notamment des fonctions exécutives (Franck, 2013). Organiser un discours nécessite des capacités de planification efficaces, par exemple. Une difficulté à ce niveau pourrait donc expliquer des difficultés discursives. De plus, d'après Hella et al. (2013), l'activation sémantique des patients avec maladie schizophrénique se ferait de manière sporadique durant la conversation. De plus, la difficulté sémantique serait davantage marquée quand les processus de plus haut niveau sont impliqués. Cette particularité peut être reliée avec un défaut d'inhibition, ce qui empêche le patient de limiter les associations.

5. Problématique et hypothèses théoriques

La maladie schizophrénique est un trouble mental complexe qui affecte la pensée, les émotions, le comportement et la perception de la réalité. Les personnes atteintes de maladie schizophrénique peuvent présenter des altérations de la pensée, telles que des pensées désorganisées, des hallucinations et des délires. Nous avons vu dans cette partie théorique que les particularités inhérentes au trouble schizophrénique altéreraient leur communication.

La cognition sociale semble touchée. De ce fait, la pragmatique du langage est altérée. Les patients avec maladie schizophrénique rencontrent des difficultés dans le traitement des émotions et l'attribution des états mentaux à autrui. Ces dysfonctionnements se répercutent sur les compétences discursives, révélant des défauts dans la macrostructure et la microstructure du récit chez les patients avec maladie schizophrénique.

Toutefois, peu de patients avec une maladie schizophrénique sont pris en soin en orthophonie, et peu de recherches dans le domaine ont été menées (Joyal et al., 2016). Ainsi, dans le cadre de ce mémoire, nous nous demandons dans quelle mesure les symptômes spécifiques à la maladie schizophrénique influencent la structure narrative de leur discours. De ce fait, nous tenterons de dégager les particularités discursives des patients atteints de maladie schizophrénique sans déficience intellectuelle à travers une épreuve de récit sur images, en les confrontant aux productions d'un groupe contrôle apparié sans pathologie psychiatrique. Nous allons pour cela utiliser une épreuve de récit sur image issue du PELEA : Protocole d'Évaluation du Langage Élaboré de l'Adolescent (Boutard et al., 2010) ainsi qu'une grille d'analyse développée par Drzazga (2022) dans son mémoire d'orthophonie. Cette grille comporte trois parties: la macrostructure du récit, la microstructure et le langage interne d'état. Pour cette étude, nous nous assurerons que la population retenue ne présente pas de difficultés langagières. Nous utiliserons également un questionnaire d'évaluation de fonctionnement social (Zanello, 2006), qui est une auto-évaluation. Les réponses seront mises en relation avec l'épreuve de récit afin de constater la présence ou l'absence de lien entre les difficultés quotidiennes rapportées et les performances discursives.

En regard de la littérature, nous formulons les hypothèses suivantes:

Hypothèse 1: Au niveau de la macrostructure, nous devrions observer, comme Lundin et al. (2023), une difficulté à maintenir la cohérence du récit. Nous posons donc l'hypothèse que la

macrostructure sera davantage affectée chez les patients avec une maladie schizophrénique: le schéma traditionnel du récit de ces patients est moins respecté que chez le groupe contrôle et leur discours contient davantage d'éléments additionnels au récit que celui du groupe contrôle.

Hypothèse 2: Au niveau de la microstructure, comme démontré par Willits et al. (2018), nous devrions observer une difficulté à maintenir la cohésion du récit chez les personnes avec une maladie schizophrénique, avec une réduction des connecteurs causaux et contrastifs. Tel qu'observé par Tang et al. (2021), nous devrions noter une utilisation moindre des adjectifs par rapport aux sujets sans maladie schizophrénique. Nous posons donc l'hypothèse que les patients avec une maladie schizophrénique utilisent moins de relations causales, contrastives et moins d'adjectifs que le groupe contrôle. En revanche, nous ne devrions pas observer de différences significatives entre les deux groupes dans l'emploi des connecteurs temporels et additifs.

Hypothèse 3: Ciaramidaro et al. (2015) ont démontré que les patients avec maladie schizophrénique attribuent davantage d'états mentaux erronés, en raison du phénomène d'*hypertom* expliqué par Vass et al. (2023). Nous supposons donc que ces patients emploient plus de termes liés aux émotions et à la cognition des personnages que le groupe contrôle.

PARTIE EXPÉRIMENTALE

1. Méthodologie

1. Participants et critères de sélection

Les participants porteurs d'un trouble schizophrénique étaient au nombre de huit (six hommes et deux femmes), tous adultes et francophones. L'âge moyen est de 43,87 ans, $ET = 8,27$. Cinq ont été recrutés au CHS d'Yzeure, dans l'Allier, et trois ont été recrutés au CRESERC¹ de Nantes, en Loire-Atlantique. Des infographies résumant l'étude ont été distribuées aux équipes soignantes qui se sont chargées du recrutement parmi leurs patients. La participation est basée sur le volontariat.

Les participants devaient respecter les critères suivants:

- le diagnostic de maladie schizophrénique est posé par un médecin
- les patients ont moins de 60 ans
- leur vision et leur audition sont normales ou corrigées
- leur traitement est bien toléré et stable
- ils ne présentent pas de déficience intellectuelle

Un groupe contrôle a été apparié en âge, sexe et niveau d'études. Ils ne doivent pas présenter de troubles neurologiques ou psychiatriques, avoir une audition et une vision normales ou corrigées et ne pas présenter de déficience intellectuelle.

Ils ont été recrutés via différents médias: réseaux sociaux, connaissances.

Un tableau récapitulant les données des patients est fourni en annexe 6 (voir Tableau 2) .

Afin de nous assurer du niveau intellectuel des participants du groupe de patients avec maladie schizophrénique, nous nous appuyons sur les informations fournies par le personnel médical. De plus, les deux groupes seront soumis à deux épreuves du TLE: Test de Langage Elaboré (Rousseaux & Dei Cas, 2012). Conformément à la déclaration d'Helsinki (1964), nous respectons l'anonymat et le consentement des patients volontaires de cette étude. Les objectifs ont été clairement exposés et une fiche de consentement éclairé a été signée par l'ensemble des participants. Des exemplaires vierges sont présentés en annexe 7 et 8.

1 Centre de référence en soins d'éducation thérapeutique et de remédiation cognitive

2. Matériel

Le niveau langagier des patients a été testé grâce à deux épreuves du TLE: l'épreuve d'évocation sur définition et l'épreuve d'intrus sémantique. Dans l'épreuve d'évocation, une définition est donnée à l'oral, le participant doit retrouver le mot correspondant à cette définition. Un score dans la norme (au-delà du 5ème percentile) permet d'écarter un manque du mot et d'attester des capacités d'évocation lexicale. L'épreuve comporte neuf définitions classées par ordre croissant de difficulté. Par exemple, "période de sept jours consécutifs", "qui peut prendre feu facilement". Le participant obtient un point par bonne réponse, 0,5 point si la réponse n'est pas la cible attendue mais correspond quand même à la définition, et aucun point si la réponse est fautive. Un score final sur neuf points est recueilli.

Dans l'épreuve d'intrus sémantique, neuf séries de quatre mots sont proposées ("chemisier / jupe / pantalon /short"). Le participant doit déterminer celui qui ne va pas avec les autres et justifier son choix. Il obtient un point par bonne réponse correctement justifiée, 0,5 point si la réponse est incomplète (mauvaise réponse ou mauvaise justification) et aucun point si la totalité de la réponse est fautive. Un score final sur neuf points est recueilli. Un score au-delà du 5ème percentile permet d'attester d'une bonne constitution du réseau sémantique et des capacités de raisonnement verbal du participant. Par ces épreuves, nous nous assurerons que le récit des participants n'est pas entravé par des difficultés langagières.

La structure narrative des participants a été évaluée grâce à l'épreuve de récit sur images du PELEA (Boutard et al., 2010). Trois images sont présentées aux participants. L'examineur pointe les éléments importants des images et le participant dispose de deux minutes pour les regarder et élaborer un récit à partir des illustrations. Ensuite, les images lui sont retirées afin qu'il puisse produire un récit narratif et non descriptif. Cette épreuve permet de mettre en évidence plusieurs éléments chez les participants: l'organisation de la pensée, les éléments de cohésion, la richesse du vocabulaire ainsi que la cohérence. Elle n'induit aucune contrainte temporelle et lexicale, chaque participant produit son propre récit avec son propre vocabulaire et ses propres formulations.

Les récits ont été analysés au moyen d'une grille linguistique élaborée par Drzazga (2022) dans son mémoire d'orthophonie. Dans cette grille, nous nous sommes intéressés à la macrostructure, la microstructure du récit ainsi qu'au langage interne d'état: ce dernier point correspond à la capacité à inférer des états mentaux (émotions, cognitions) aux personnages.

Cette grille est présentée en annexe 1 (voir Tableau 1).

Enfin, un questionnaire de fonctionnement social (Zanello et al., 2006) est une auto-évaluation qui permet aux participants de juger de leurs capacités à gérer leur vie quotidienne. Huit thèmes comportent deux types de questions: la première porte sur la fréquence de réalisation des activités, allant de “tous les jours” à “jamais”. La deuxième porte sur la satisfaction à l’égard de la manière dont le patient réalise ces activités, allant de “très satisfait(e)” à “très insatisfait(e)”. Les points vont de 1 (basse fréquence, forte insatisfaction) à 5 (haute fréquence, forte satisfaction). Au total, deux scores sur 40 sont obtenus: un score F (fréquence) et un score S (satisfaction). Ce questionnaire est proposé afin de relever d’éventuelles difficultés quotidiennes rencontrées par les participants, et d’observer ou non un lien avec d’éventuelles difficultés discursives. Un exemplaire du QFS est présenté en annexe 5.

3. Procédure

Les participants du groupe expérimental ont été rencontrés dans leur centre de soins, alors que les participants du groupe contrôle ont été rencontrés à leur domicile en fin de journée.

L’entretien démarrait par une courte discussion. L’examineur a recueilli les données des patients et leur a administré un numéro d’anonymat, qui sera utilisé pendant le traitement des données et ce jusqu’à la fin de cette étude.

Ensuite, les épreuves de langage formel du TLE ont été proposées, suivies de l’épreuve de récit sur images du PELEA. L’épreuve de récit a été enregistrée afin d’être analysée ultérieurement.

Enfin, pour le groupe expérimental uniquement, la passation s’est achevée par le questionnaire de fonctionnement social.

L’entretien a duré en moyenne 45 minutes.

2. Résultats

1. Codage des récits

Les récits ont été enregistrés à l’aide d’un enregistreur vocal. Ils ont ensuite été segmentés, codés et transcrits à l’aide du logiciel PRAAT (Boersma & Weeninck, 2023). Une TextGrid a

été créée pour chaque participant. Les scripts ont été convertis en format LibreOffice Writer. Un codage a été utilisé pour tous les récits, puis les éléments recherchés ont été comptés manuellement et reportés dans un tableur LibreOffice Calc. Le codage utilisé est présenté en annexe 2 et un exemple de texte codé est présenté en annexe 3. Tous les éléments recherchés proviennent de la grille de Drzazga (2022). Des exemples de récits de deux participants de chaque groupe sont présentés en annexe 4.

1.1. Analyse de la macrostructure

La macrostructure comporte deux catégories: le schéma traditionnel du récit et les éléments additionnels au schéma traditionnel du récit. Les éléments traditionnels du récit sont le cadre, l'événement déclencheur, les conséquences de l'événement, la résolution et la fin. La présence d'un élément est notée "1" et son absence est notée "0". Les éléments additionnels sont les suivants:

- événement supplémentaire de l'histoire: c'est un événement de l'histoire qui n'est pas en lien avec les images présentées et qui ne fait donc pas partie de l'événement principal. Le score correspond au nombre total d'événements supplémentaires ajoutés.
- description de l'image: lorsque le participant décrit les images sans inventer une histoire à partir de celles-ci. Le score correspond au nombre total de descriptions effectuées.
- éléments supplémentaires: lorsque le participant ajoute des éléments en lien avec l'événement principal mais qui ne sont pas présents sur les images. Le score correspond au nombre total de commentaires effectués.
- commentaires: lorsque le participant interrompt son récit en commentant la tâche qu'il est en train d'effectuer. Le score correspond au nombre total de commentaires effectués.

La présence d'un schéma narratif complet est important pour garder une bonne cohérence dans son récit. Celle-ci peut-être rompue par l'ajout de commentaires non pertinents.

1.2. Analyse de la microstructure

1.2.1. Expressions référentielles

Les expressions référentielles ont été classées de manière définie ou indéfinie.

- expressions référentielles définies

- expression nominale définie (END): le chevalier
- expression pronominale personnelle (EPPe): je tu il nous vous ils elles elle le la
- expression nominale partitive (ENP): de la, du
- expression adjectivale démonstrative (EAD): ce château
- expression pronominale démonstrative (EPD): celui-ci, celle-ci
- expression adjectivale possessive (EAP): mon ma son sa ton ta
- expression pronominale réfléchie (EPRf): me te se nous vous
- expressions référentielles indéfinies
 - expression nominale indéfinie (ENI): un cheval
 - expression adjectivale indéfinie (EAI): certain
 - expression pronominale indéfinie (EPI): quelqu'un, on, il y a
 - expression pronominale adverbiale (EPA): y, en
 - expression pronominale relative (EPRv): qui
- adjectifs qualificatifs

1.2.2. Dispositifs de structuration du récit

Les dispositifs de structuration du récit sont les connecteurs et les marqueurs de discours.

Les connecteurs marquent une relation entre deux unités syntaxiques et sont indispensables à la cohésion du récit. Ils sont classés ainsi:

- relation temporelle (T): après, ensuite, le matin, avant...
- relation additive (A): et, de plus...
- relation causale (Ca): parce que, car, donc, puisque, du coup...
- relation de contraste (Co): mais, cependant, néanmoins, bien que, par contre...

Les marqueurs de discours sont utilisés pour ponctuer le récit et relier deux unités syntaxiques sans établir de relation particulière. Nous avons identifié deux types de marqueurs: les marqueurs de discours tels que présentés dans la grille de Drzazga (2022) ainsi que les marqueurs de difficulté d'élaboration. Ceux-ci traduisent une difficulté à poursuivre le récit ou à élaborer des idées.

- marqueurs de discours (MD): ah, bah, alors, en fait
- marqueurs de difficulté d'élaboration: euh, temps de latence, répétitions, phrases inachevées...

1.3. Analyse du langage interne d'état

Cette catégorie représente les références faites aux états internes des personnages de l'histoire.

- émotion (E): termes faisant référence aux émotions des personnages. Par exemple, il est **triste** de voir son père dans un tel état.
- physiologie (P): termes faisant référence à des perceptions subjectives des personnages. Par exemple, il **voit** son père au sol, il **entend** un cri.
- cognition (C): termes faisant référence à des états mentaux, à l'expression de connaissances et de croyances des personnages. Par exemple, il **se dit** qu'il est un bon chevalier.
- modalité (M): termes d'obligation, d'intention. Par exemple, il **décide** de retourner voir le roi.
- évaluation (Ev): termes qui expriment des jugements moraux ou évaluent des personnes ou des événements. Par exemple: c'est **sympa**.

1.4. Nombre de mots par récit

Nous avons décidé, dans cette étude, de reporter le nombre de mots par récit dans chaque groupe. La prise en compte de cette variable nous permet de pondérer nos résultats quantitatifs et de les exprimer en ratio pour 100 mots. Ainsi, nos mesures seront comparables et plus facilement interprétables.

2. Analyses statistiques

Les données de cette étude ont été analysées grâce au logiciel JASP (JASP Team, 2023).

Les données quantitatives ont été analysées grâce au test non paramétrique de Mann-Whitney: en effet, notre échantillon est de petite taille (huit participants par groupe) et le test de Shapiro effectué préalablement a montré que la distribution n'était pas normale. La valeur statistique de ce test a été interprétée en comparant la valeur p associée au seuil de 0,05.

La présence ou l'absence des éléments du schéma traditionnel du récit a été analysée grâce au Test du Chi-deux d'indépendance: ce test est utilisé pour mesurer l'indépendance entre deux variables catégorielles.

Le lien entre les données du questionnaire de fonctionnement social (QFS) et les difficultés rencontrées a été mesuré à l'aide du test de corrélation de Spearman, le test de Shapiro effectué préalablement ayant montré que les données n'étaient pas distribuées normalement.

Les résultats obtenus aux épreuves du TLE (voir Tableau 3), au QFS (voir Tableau 4) ainsi

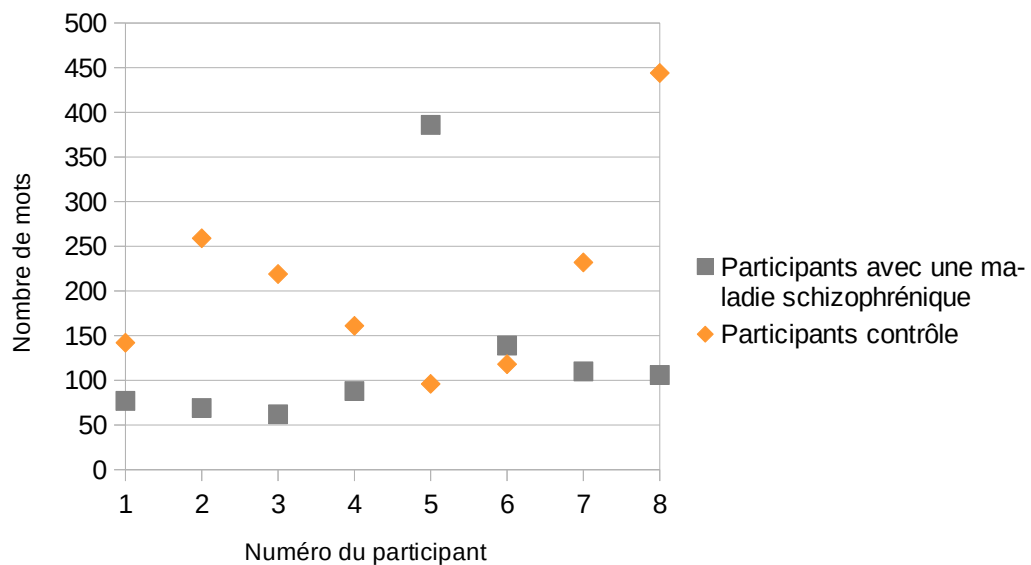
que les données recensées lors de l'épreuve de récit sur images (voir Tableaux 5 à 7) sont présentés en annexe 6. Les tableaux récapitulant la proportion de participants présentant les spécificités recherchées y figurent également (voir Tableaux 8 à 15).

2.1. Effets de groupe sur la longueur et le temps de récit

La Figure 1 présente le nombre de mots produits par chaque participant dans son récit.

Figure 1

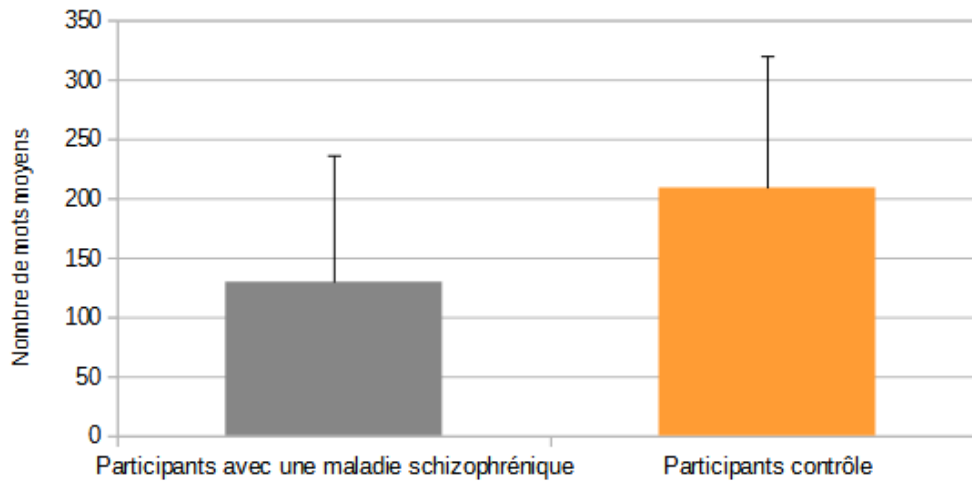
Nombre de mots produits par participant en fonction de son groupe d'appartenance



Les analyses montrent que les participants contrôle produisent des discours significativement plus longs que le groupe avec maladie schizophrénique: $W = 53.000$, $p = .028$. La Figure 2 présente le nombre moyen de mots par récit en fonction du groupe.

Figure 2

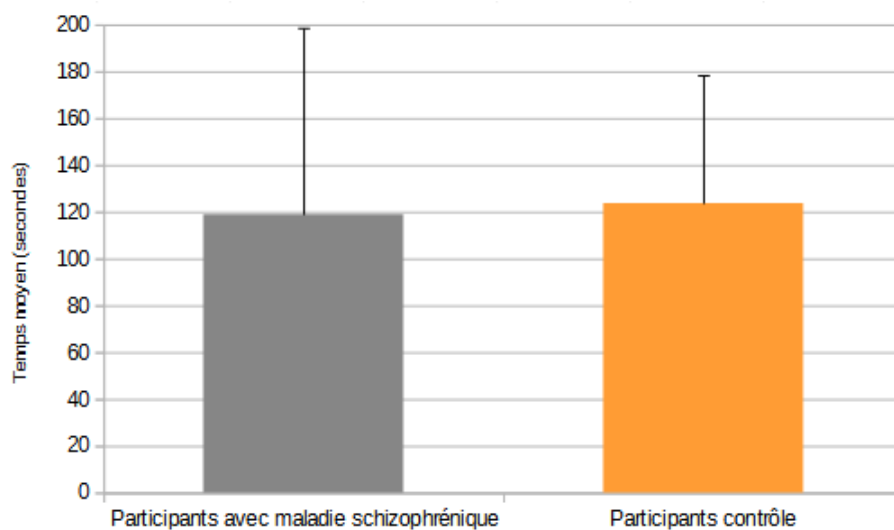
Nombre de mots moyen des récits en fonction du groupe



En revanche, le temps de récit moyen est équivalent dans les deux groupes. Aucune différence significative n'apparaît: $W = 39,5$ et $p = .492$. La Figure 3 montre le temps de récit moyen en fonction du groupe.

Figure 3

Temps de récit moyen en fonction du groupe



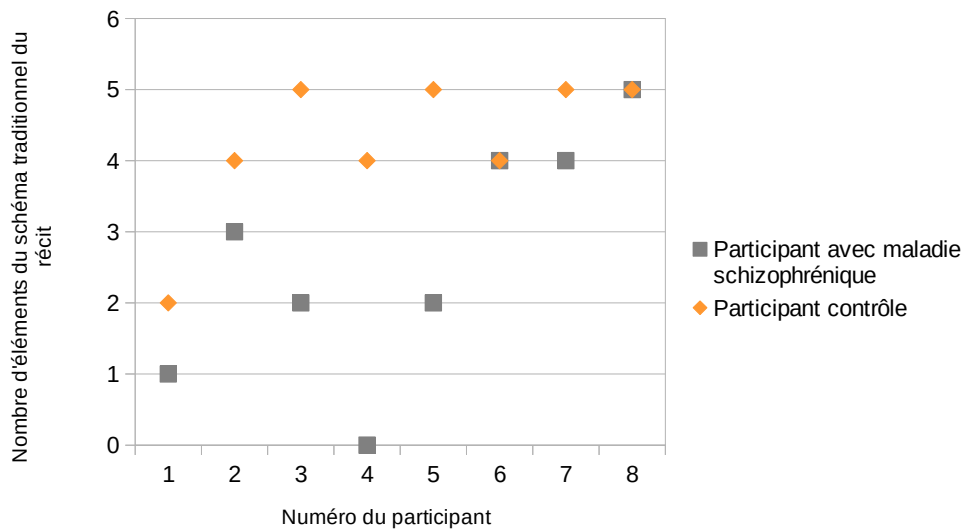
2.2. Effet du groupe sur la macrostructure

2.2.1. Le schéma traditionnel du récit

La présence ou l'absence de chacun des cinq éléments composant le schéma traditionnel du récit a été notée puis additionnée pour chaque participant. Un score de 0 à 5 était ainsi obtenu. Un schéma traditionnel complet est donc représenté par un score de 5. La Figure 4 représente le nombre d'éléments du schéma traditionnel du récit pour chaque participant.

Figure 4

Nombre d'éléments du schéma traditionnel du récit par participant



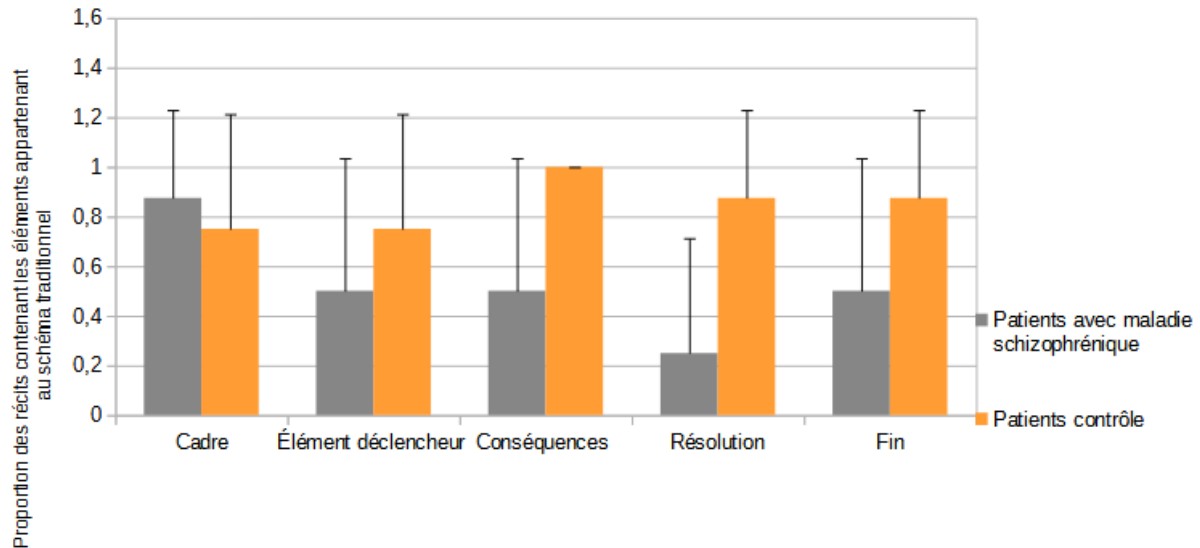
Quatre participants du groupe contrôle produisent un récit complet, contre un participant ayant une maladie schizophrénique.

Un participant du groupe avec maladie schizophrénique a obtenu un score de 0 car il n'est pas parvenu à inventer une histoire et a simplement décrit les images telles qu'il les a mémorisées.

D'après la Figure 4, les participants du groupe contrôle introduisent plus d'éléments du schéma traditionnel du récit que les participants ayant une maladie schizophrénique. La Figure 5 représente la proportion des récits contenant chaque élément.

Figure 5

Proportion des récits contenant les éléments traditionnels du schéma narratif



Les éléments du récit sont davantage retrouvés chez les patients contrôle que chez les patients avec une maladie schizophrénique. L'analyse descriptive de la production de chacun des groupes montre que les participants posent généralement un cadre à leur histoire: un participant du groupe avec une maladie schizophrénique n'en a pas posé, contre deux participants du groupe contrôle. En général, l'histoire commence par "Il était une fois". L'expression "un jour" introduit souvent l'élément déclencheur.

En revanche, les productions se distinguent par la présence des conséquences, de la résolution et de la fin.

Tous les participants du groupe contrôle ont élaboré des conséquences à l'événement déclencheur, tandis que seulement la moitié du groupe avec maladie schizophrénique a présenté cette spécificité.

Un élément de résolution a été posé pour seulement deux participants du groupe avec maladie schizophrénique, contre six participants du groupe contrôle.

50 % des participants du groupe avec maladie schizophrénique ont mis fin à leur histoire, contre 87 % des participants du groupe contrôle. L'expression "à la fin" est utilisée pour clôturer les récits, ainsi que des marqueurs de discours tels que "donc" ou "voilà".

Aucune différence significative entre les deux groupes n'a été retrouvée pour la présence d'un cadre, d'un événement déclencheur et d'une fin, respectivement: $\chi^2(1) = 0,410$ et $p = .522$; $\chi^2(1) = 1,067$ et $p = .302$; $\chi^2(1) = 2,618$ et $p = .106$.

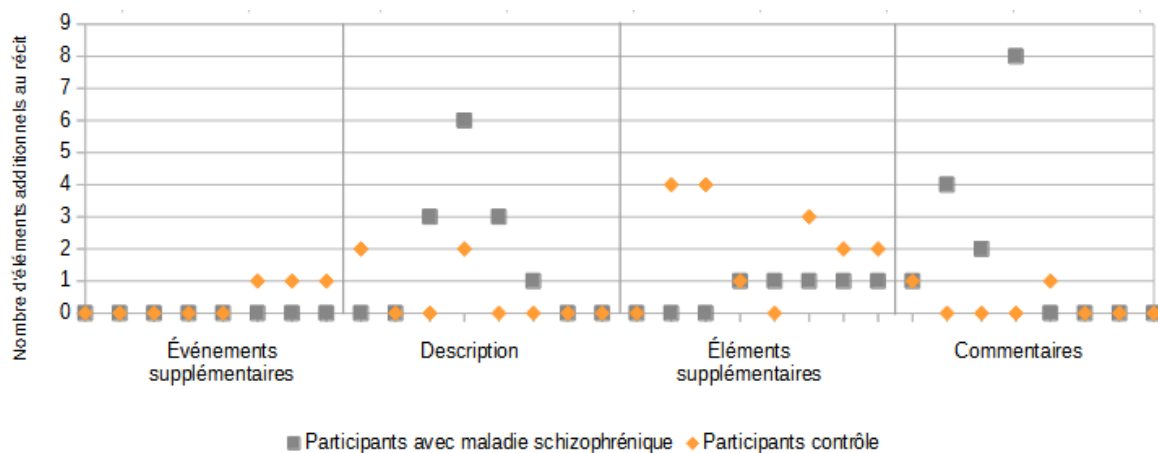
En revanche, les participants ayant une maladie schizophrénique posent significativement moins de conséquences et d'éléments de résolution à leur histoire, respectivement $\chi^2(1) = 5,333$ et $p = .021$; $\chi^2(1) = 6,349$ et $p = .012$.

2.2.2. Les éléments additionnels au schéma traditionnel du récit

Les éléments de macrostructure correspondant aux éléments additionnels du récit ont été comptés manuellement, puis ramenés à un score pour 100 mots. La Figure 6 représente le nombre d'éléments additionnels au récit par participant.

Figure 6

Nombre d'éléments additionnels au récit par participant en fonction du groupe



Les participants avec une maladie schizophrénique n'ont pas ajouté d'événement supplémentaire dans leur histoire, alors que trois du groupe contrôle en ont ajouté. Par exemple, un participant a inventé une vie au personnage principal, avec son prénom et son métier. L'histoire liée aux images a ensuite débuté.

La moitié des participants du groupe avec maladie schizophrénique ont décrit les images proposées, contre seulement un quart des participants contrôle : "on voit un soldat agenouillé à terre".

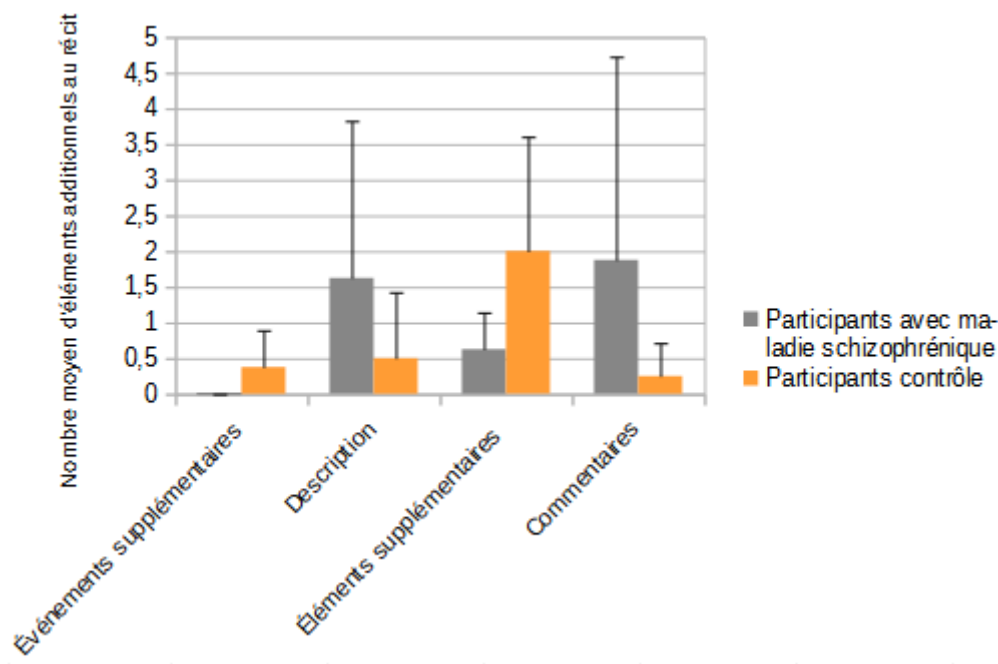
Les personnes du groupe contrôle introduisent plus d'éléments supplémentaires à leur récit: "Arthur le chevalier monte à cheval pour chercher des secours".

On observe plus de commentaires chez les personnes du groupe avec maladie schizophrénique. Ces commentaires portent sur les difficultés qu'ils rencontrent dans cette épreuve: "J'arrive pas à inventer une histoire, je suis très mauvais dans ce domaine", "je sais pas comment dire".

La Figure 7 représente le nombre moyen d'éléments additionnels au schéma traditionnel du récit en fonction des groupes.

Figure 7

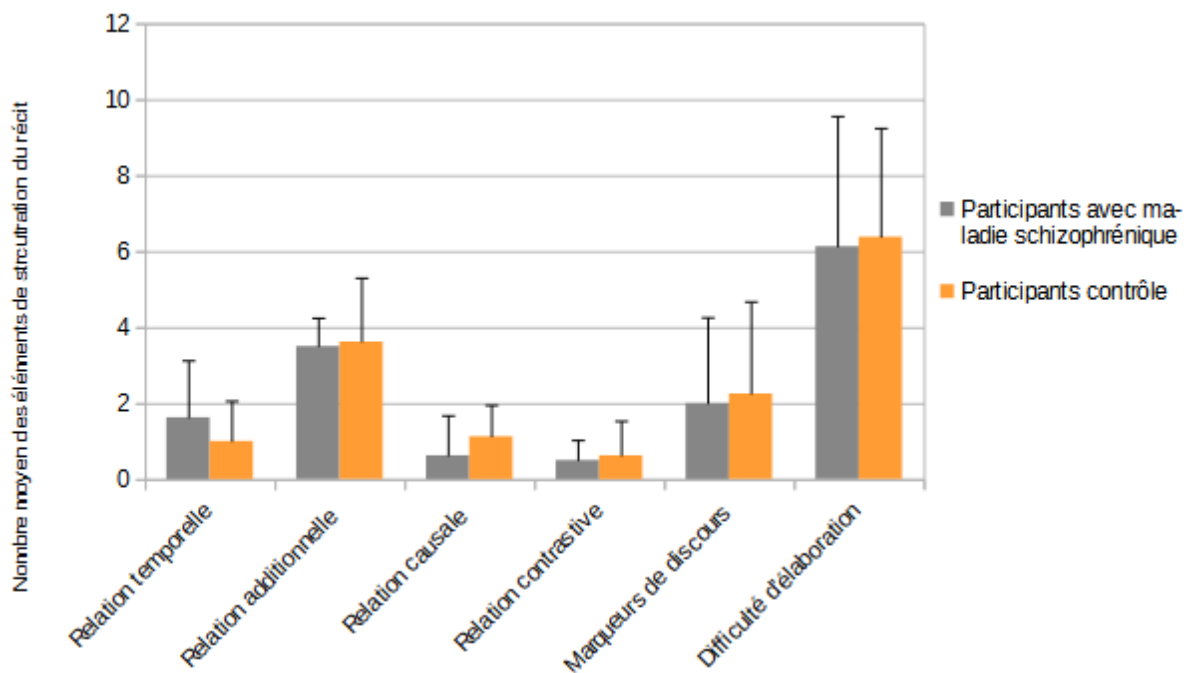
Nombre moyen d'éléments additionnels au schéma traditionnel du récit en fonction du groupe



Aucune différence significative entre les groupes n'a été retrouvée dans la présence d'éléments supplémentaires, de description d'images et de commentaires: respectivement $W = 48.500$ et $p = .079$; $W = 22$ et $p = .251$; $W = 21$ et $p = .203$. Cependant, la différence entre les groupes pour la variable "éléments supplémentaires" s'approche de la significativité.

Figure 9

Nombre moyen d'éléments de structuration du récit en fonction du groupe



Aucune différence significative n'a été retrouvée dans les deux groupes en terme d'emploi de relation temporelle, additive, causale et contrastive: respectivement $W = 23,500$ et $p = .375$; $W = 34$ et $p = .869$; $W = 44$ et $p = .199$; $W = 32$ et $p = 1$.

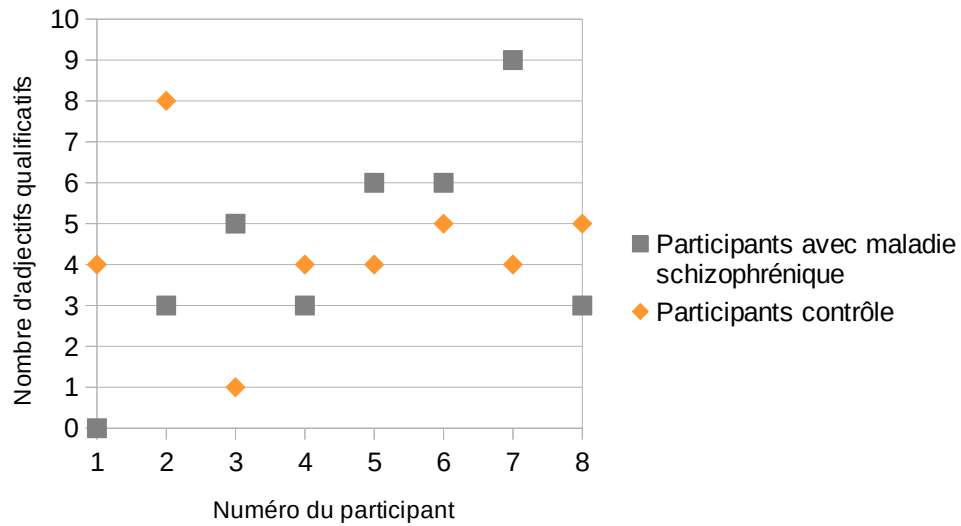
Nous ne retrouvons aucune différence significative en termes d'emploi de marqueurs de discours et de marqueurs de difficulté d'élaboration: respectivement $W = 35$ et $p = .787$; $W = 35,500$ et $p = .751$.

2.3.2. Microstructure : adjectifs qualificatifs

La Figure 10 montre le nombre d'adjectifs qualificatifs employés par chaque participant dans son récit.

Figure 10

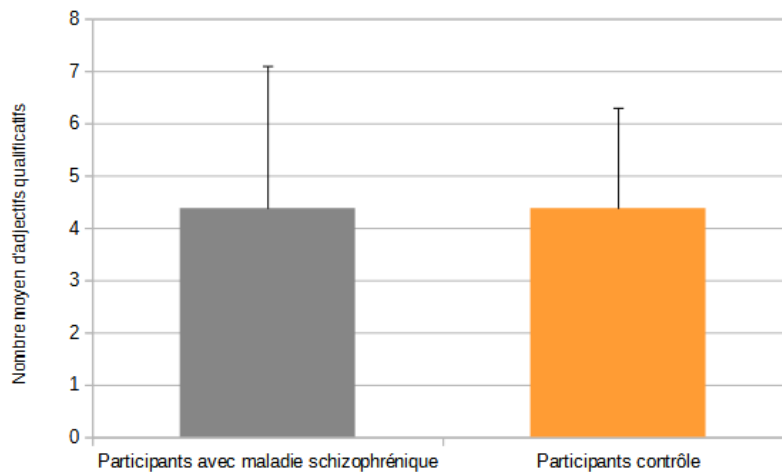
Nombre d'adjectifs qualificatifs par participant



La Figure 11 présente le nombre moyen d'adjectifs qualificatifs rapporté à 100 mots en fonction du groupe.

Figure 11

Nombre moyen d'adjectifs qualificatifs dans les récits en fonction du groupe



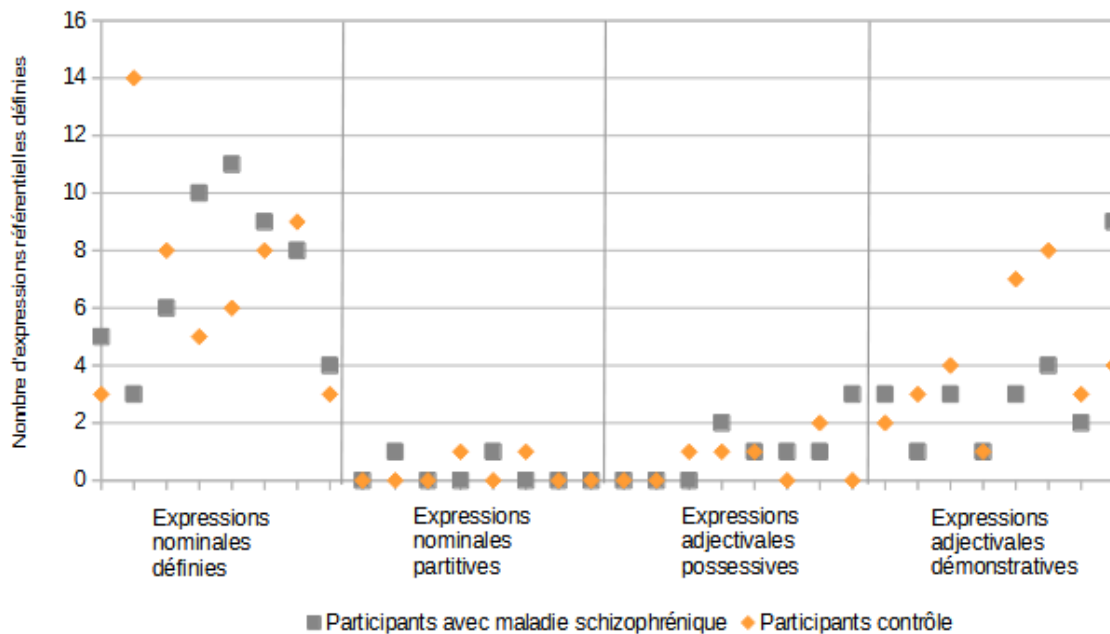
Aucune différence significative n'a été retrouvée dans les deux groupes: $W = 33$ et $p = .958$. Les participants emploient tous des adjectifs qualificatifs: "un chevalier bon et intrépide", "une grande bataille doit être menée".

2.3.3. Microstructure : expressions référentielles définies

La Figure 12 représente le nombre d'expressions référentielles définies pour chaque participant.

Figure 12

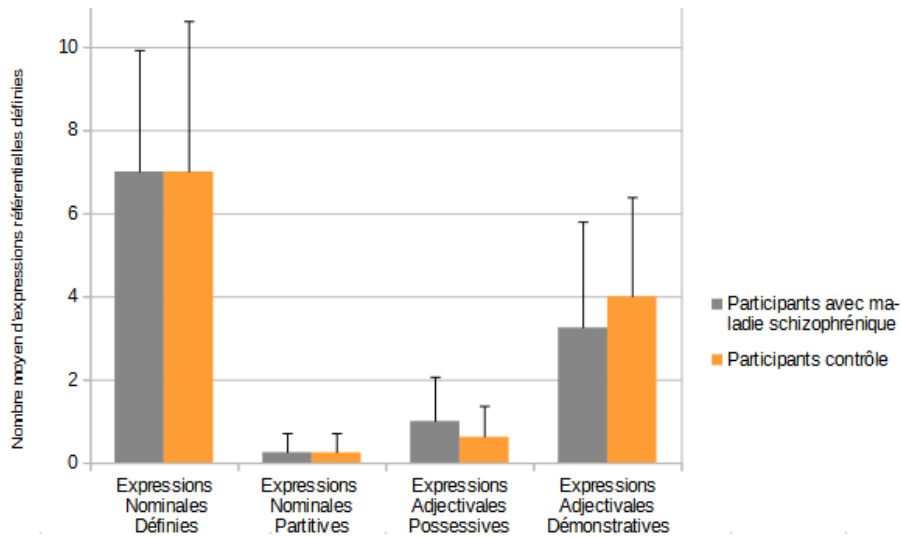
Nombre d'expressions référentielles définies par participant



La Figure 13 représente le nombre moyen d'expressions référentielles définies dans le récit des participants selon leur groupe d'appartenance.

Figure 13

Nombre moyen d'expressions référentielles définies en fonction du groupe



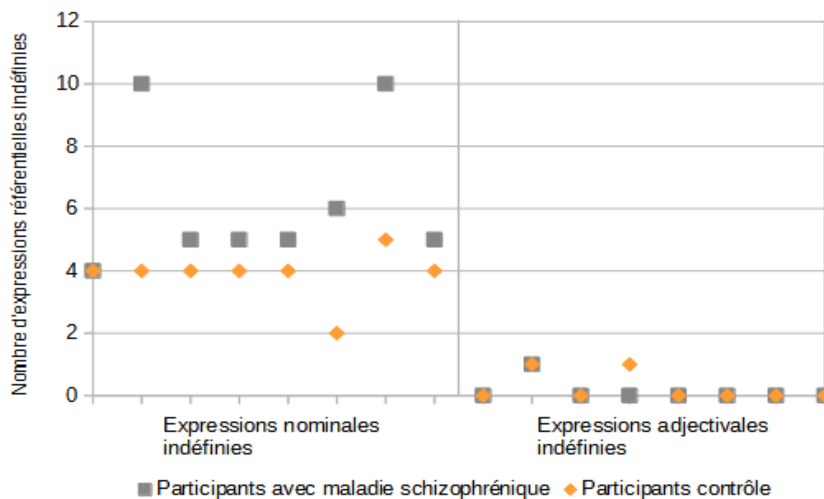
Aucune différence significative n'a été relevée entre les deux groupes en ce qui concerne l'emploi d'expressions nominales définies, partitives, d'expressions adjectivales possessives et démonstratives. Respectivement, $W = 29,5$ et $p = .832$; $W = 32$ et $p = 1$; $W = 26$ et $p = .534$; $W = 39,5$ et $p = .52$.

2.3.4. Microstructure : expressions référentielles indéfinies

La Figure 14 représente le nombre d'expressions référentielles indéfinies par participant.

Figure 14

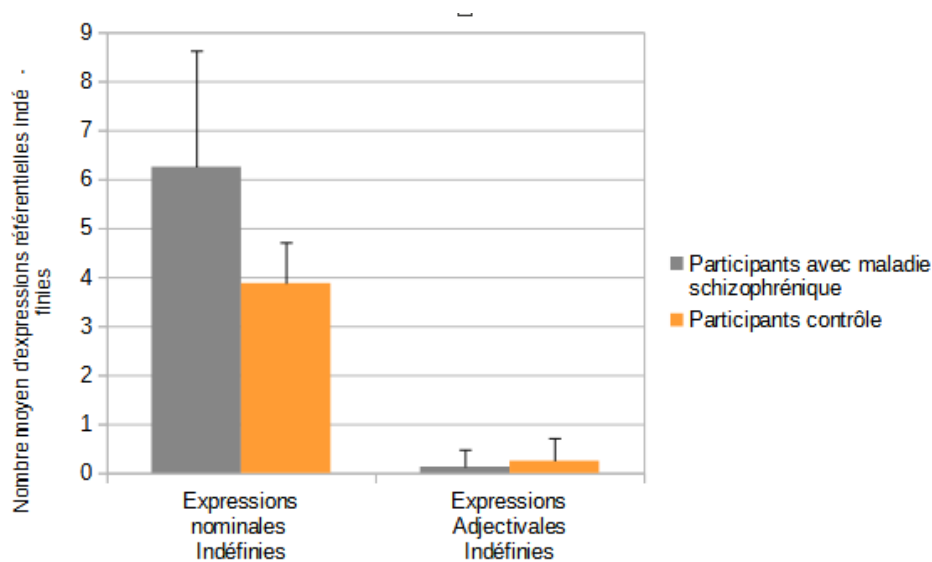
Nombre d'expressions référentielles indéfinies par participant



La Figure 15 représente le nombre moyen d'expressions référentielles indéfinies dans le récit des participants selon leur groupe d'appartenance.

Figure 15

Nombre moyen d'expressions référentielles indéfinies en fonction du groupe



Les analyses montrent que les participants avec une maladie schizophrénique emploient significativement plus d'expressions nominales indéfinies que les participants du groupe contrôle: $W = 6$ et $p = .004$.

En revanche, elles ne montrent pas de différence significative entre les deux groupes concernant l'emploi des expressions adjectivales indéfinies: $W = 36$ et $p = .587$.

2.3.5. Microstructure : expressions pronominales

La Figure 16 montre le nombre d'expressions pronominales par participant.

penser à tout le mérite que lui a procuré cette bataille”. Dans notre échantillon, peu de termes renvoyant à la cognition ont été utilisés: deux participants sur huit ont présenté la spécificité dans le groupe contrôle, contre trois participants sur huit dans le groupe avec maladie schizophrénique.

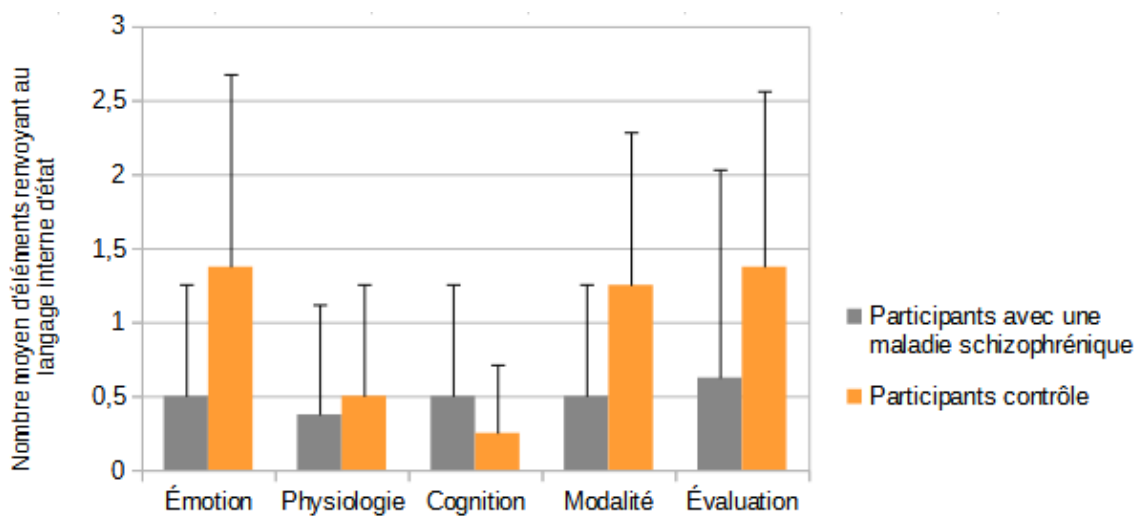
Les participants du groupe contrôle emploient plus de termes faisant référence à la modalité: “il décida donc de monter sur son cheval ailé”, “il fallait se tenir prêt”.

Il en est de même pour les termes faisant référence à l'évaluation: “c'est positif y a plein de belles choses”, “un si mauvais état”. Seulement deux participants avec une maladie schizophrénique ont employé ce type de termes, tandis que la spécificité est retrouvée chez six participants du groupe contrôle.

La Figure 19 représente le nombre moyen d'éléments faisant référence à l'état interne des personnages en fonction du groupe.

Figure 19

Nombre moyen d'éléments renvoyant au langage interne d'état en fonction des groupes



Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les groupes pour les différents éléments recherchés: émotion, physiologie, cognition, modalité et évaluation. Respectivement: $W = 46$ et $p = .131$; $W = 35,5$ et $p = .70$; $W = 27$ et $p = .561$; $W = 46$ et $p = .131$; $W = 46,5$ et $p = .113$.

2.5. Lien entre les réponses au QFS et les difficultés observées

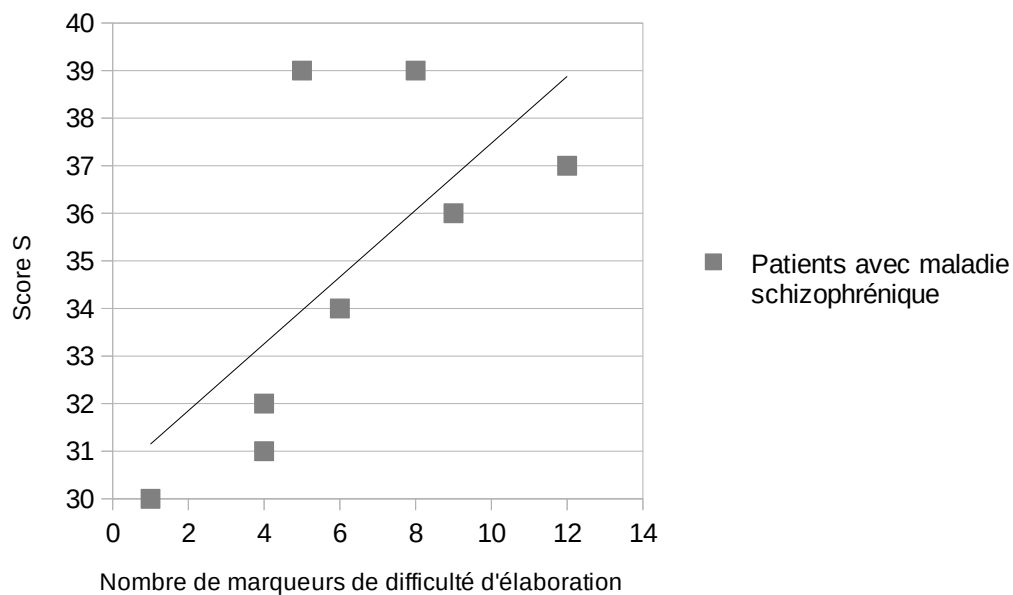
Les analyses ont montré deux liens de corrélation significatifs entre le score de satisfaction S et deux autres variables: la présence de marqueurs de difficulté d'élaboration et la présence de termes référant à la modalité.

2.5.1. Lien entre le score S et les marqueurs de difficulté d'élaboration

La Figure 20 montre la corrélation entre le score de satisfaction S obtenu par les participants au QFS et le nombre de marqueurs de difficulté d'élaboration présents dans leur récit.

Figure 20

Corrélation entre le score S et le nombre de marqueurs de difficulté d'élaboration



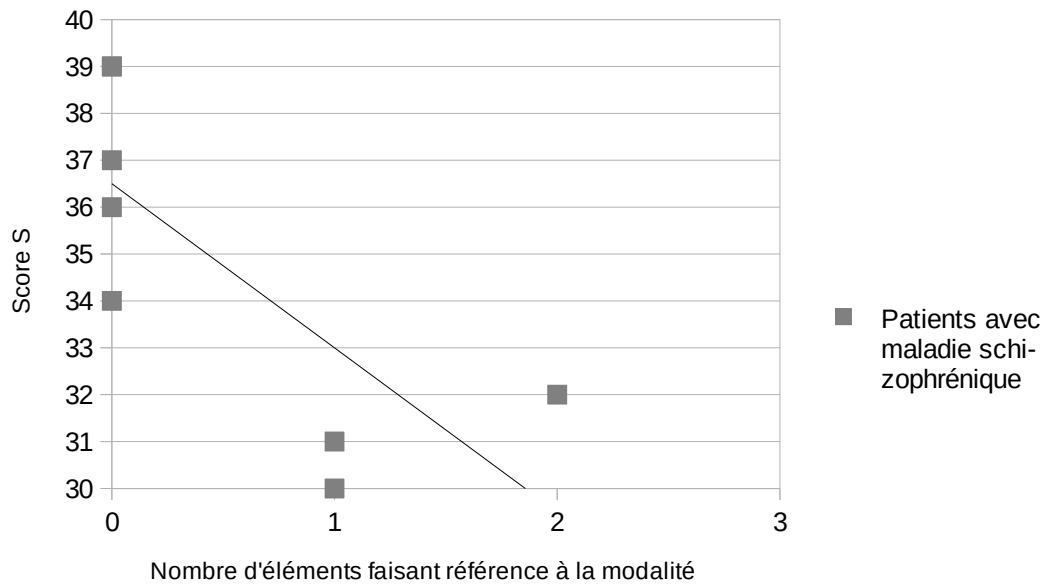
Une forte corrélation significative positive a été retrouvée: $\rho = 0,711$ et $p = .048$. Plus les scores de satisfaction sont élevés, plus les participants produisent de marqueurs de difficulté d'élaboration.

2.5.2. Lien entre le score S et les éléments faisant référence à la modalité

La Figure 21 présente la corrélation entre le score de satisfaction S des participants et le nombre d'éléments faisant référence à la modalité.

Figure 21

Corrélation entre le score S et le nombre d'éléments faisant référence à la modalité



Une forte corrélation significative négative a été retrouvée: $\rho = -0,788$ et $p = .02$. Plus les scores de satisfaction des participants sont élevés, moins ils produisent d'éléments référant à la modalité dans leur récit.

DISCUSSION

1. Rappel des objectifs et réponses aux hypothèses

La littérature scientifique a mis en évidence un déficit de cognition sociale (Frith & Corcoran, 1996) et de pragmatique du langage (Bambini et al., 2016) chez les patients ayant une maladie schizophrénique. Le discours constituant un aspect crucial de la pragmatique du langage, ce mémoire s'est intéressé spécifiquement aux particularités discursives de ces patients. La structuration narrative a été analysée au moyen d'une grille élaborée par Drzazga (2022) selon trois dimensions: la macrostructure, la microstructure et le langage interne d'état.

L'objectif de ce mémoire était de déterminer d'éventuelles particularités dans la structuration du discours narratif chez les personnes ayant une maladie schizophrénique, au moyen de l'épreuve de récit sur images issue du PELEA. Ainsi, nous pouvions vérifier si le support utilisé était un bon outil d'aide au diagnostic de maladie schizophrénique.

Conformément à la littérature (Ciaramidaro et al., 2015 ; Lundin et al. 2023 ; Tang et al., 2021 ; Willits et al., 2018) nous nous attendions à retrouver des spécificités dans les trois dimensions chez les personnes atteintes d'une maladie schizophrénique.

1. Impact de la maladie schizophrénique sur la macrostructure

La première hypothèse porte sur la macrostructure, ou cohérence du récit. En référence aux travaux de Lundin et al. (2023), nous pensions que le schéma narratif serait moins respecté chez les patients avec une maladie schizophrénique et que leur récit contiendrait davantage d'éléments additionnels au récit: commentaires non pertinents, description d'images, éléments et événements supplémentaires.

Les résultats suggèrent que les personnes avec maladie schizophrénique produisent des récits moins complets que les personnes du groupe contrôle. Les analyses descriptives montrent que les participants ayant une maladie schizophrénique produisent plus de commentaires et de description d'images, mais aucune différence n'est significative.

Aucun événement supplémentaire n'a été retrouvé dans leur récit: ils racontent une histoire articulée autour d'un événement principal, c'est-à-dire un chevalier qui meurt dans un contexte de guerre. Les participants du groupe contrôle, quant à eux, ont introduit des événements supplémentaires: l'un a imaginé une autre bataille afin de récupérer une potion qui servirait à sauver le roi mourant. Un autre a inventé une scène de transmission d'épée de

père en fils.

Enfin, nous avons retrouvé moins d'éléments supplémentaires dans le récit des patients avec une maladie schizophrénique que dans celui des personnes du groupe contrôle, c'est-à-dire des éléments non retrouvés sur les images. Par exemple, un participant du groupe contrôle a parlé de la tombe du roi. Un autre a mentionné des cadavres.

Ces résultats nous conduisent à rejeter l'hypothèse 1.

Cependant, les analyses inférentielles permettent d'affirmer une difficulté spécifique aux participants ayant une maladie schizophrénique: les événements posés par les participants dans leur histoire n'engagent pas de conséquences et de résolution successives. De ce fait, les récits sont fragmentés et manquent de cohérence et de progression logique. Il y a donc une spécificité dans la macrostructure qui n'était pas attendue dans l'hypothèse de départ.

2. Impact de la maladie schizophrénique sur la microstructure

La deuxième hypothèse porte sur la microstructure, ou cohésion du récit. Conformément aux travaux de Tang et al. (2021), une utilisation moindre des adjectifs chez les patients avec une maladie schizophrénique était attendue. Nous nous attendions également à observer une réduction des connecteurs causaux et contrastifs par rapport au groupe contrôle, comme Willits et al. (2018). En revanche, l'emploi des connecteurs temporels et additifs devait être similaire entre les deux groupes.

Les résultats n'ont pas mis en évidence des différences significatives dans l'emploi d'adjectifs qualificatifs. La production est équivalente dans les deux groupes.

Les analyses inférentielles ne révèlent aucune différence significative dans l'emploi de connecteurs temporels, additifs, contrastifs et causaux. Il en est de même pour les marqueurs de discours et les marqueurs de difficulté d'élaboration.

Cela nous conduit à rejeter l'hypothèse 2.

Ces résultats ne sont pas conformes à la littérature: dans cette étude, les participants de chaque groupe lient les événements de leur histoire entre eux grâce à différents connecteurs, bien que les connecteurs causaux et contrastifs soient moins utilisés que les autres. Dans chaque groupe, la cohésion du récit est entravée par des marqueurs de difficulté d'élaboration: tous marquent des pauses, répètent des fragments de phrases...

Nous observons toutefois que les personnes ayant une maladie schizophrénique produisent significativement plus d'expressions nominales indéfinies que les contrôles. Cette

particularité a été décelée par Çokal et al. (2018) chez des individus présentant une maladie schizophrénique et un trouble formel de la pensée. L'emploi de l'indéfini renvoie à quelque chose d'abstrait et de non spécifique (Le Goffic, 2015). Le trouble formel de la pensée se caractérise par un discours désorganisé et difficile à suivre (McKenna & Oh, 2005). Cette observation pourrait être expliquée par une difficulté à organiser les pensées et à fournir des détails spécifiques sur les éléments de l'histoire. Le recours aux expressions nominales indéfinies pourrait également traduire une perte anaphorique, limitant ainsi les liens entre les phrases et les paragraphes. En effet, il a été noté que les participants ayant une maladie schizophrénique emploient des expressions nominales indéfinies là où la coréférence devrait davantage être privilégiée. Par exemple, un participant a dit « Une personne âgée se trouve dans les bras d'un cavalier. Une personne est certainement morte au combat ». L'expression « une personne » aurait pu être reprise par une expression nominale définie « la personne » ou alors par une expression adjectivale démonstrative « cette personne » afin d'assurer la coréférence et donc la cohésion du récit. Pour reprendre le principe de cohésion tel qu'expliqué par Kail (2020), les récits comportant plus d'expressions nominales indéfinies constituent une succession d'éléments complémentaires ajoutés les uns à la suite des autres. Ils s'éloignent ainsi de la trame narrative centrale.

3. Impact de la maladie schizophrénique sur le langage interne d'état

La troisième hypothèse porte sur le langage interne d'état, et plus spécifiquement le phénomène d'*hypertom* mis en évidence par Vass et al. (2023). Les participants avec maladie schizophrénique devraient employer davantage de termes liés à la cognition et aux émotions des personnages que les personnes du groupe contrôle, comme rapporté par Ciaramidaro et al. (2015).

Les analyses inférentielles ne révèlent aucune différence significative entre les groupes dans l'emploi de termes renvoyant aux émotions et à la cognition des personnages. De manière générale, il est à noter que les termes renvoyant à la cognition ont été très peu utilisés par l'ensemble des participants, quel que soit leur groupe d'appartenance.

Cela nous conduit à rejeter l'hypothèse 3.

Ces résultats vont à l'encontre de ce qui a été observé dans la littérature: les personnes ayant une maladie schizophrénique auraient tendance à attribuer une grande quantité d'états mentaux (Ciaramidaro et al., 2015). Cependant, Le Gall et Iakimova (2018) expliquent qu'il est possible que les personnages avec une maladie schizophrénique aient recours à l'*hypotom*,

soit une réduction d'attribution d'états mentaux, qu'on pourrait relier aux symptômes négatifs de la maladie. Or, cette étude présente un échantillon restreint. De plus, les scores PANSS des participants n'ont pas fait l'objet d'une analyse détaillée, tout comme les manifestations symptomatiques spécifiques de leur trouble. En outre, à l'instar de Ciaramidaro et al. (2015), il est légitime de se questionner sur les potentiels effets des traitements pris par les participants ayant une maladie schizophrénique.

4. Lien entre les scores au QFS et les difficultés observées

A titre exploratoire, nous avons cherché à établir des liens entre le fonctionnement quotidien des participants et d'éventuelles difficultés discursives. Les résultats indiquent peu de corrélations entre les difficultés observées et les scores au QFS. Les seules corrélations significatives trouvées sont difficilement interprétables. De plus, elles ne sont pas référencées dans la littérature scientifique.

Le QFS comporte huit thématiques principales dans lesquelles un score de satisfaction et un score de fréquences sont calculés. Ce sont des thématiques très générales (tâches quotidiennes, loisirs, relations familiales et extra familiales...) et les questions sont les mêmes pour chacune. Il aurait été intéressant de proposer un questionnaire plus détaillé sur les relations sociales et interpersonnelles. En prenant en compte chaque item de façon plus précise, il serait peut-être possible de faire émerger des pistes de réflexion et de mettre en lumière des liens entre discours et relations sociales, entre fonctions exécutives et fonctionnement quotidien...

2. Apports et limites de l'étude

1. Apports

Cette étude a permis d'explorer le discours narratif chez la population ayant une maladie schizophrénique selon trois versants: macrostructure, microstructure et langage interne d'état. Peu d'études de ce type ayant été réalisées chez des sujets francophones, celle-ci représente un premier pas dans la compréhension de la construction du discours narratif chez les personnes ayant une maladie schizophrénique.

L'exploration des tendances discursives a favorisé l'émergence de réflexions sur d'autres phénomènes qui sous-tendent le discours. D'après les résultats, les participants des deux groupes produisent des récits d'une longueur équivalente. Cependant, les récits des

participants contrôle contiennent davantage de mots que ceux du groupe avec maladie schizophrénique. Nous pouvons supposer que ceux-ci rencontrent une difficulté de planification. Or, la construction d'un récit nécessite des capacités de planification efficaces (Sainson, 2018). Des difficultés de planification dans des tâches pragmatiques ont déjà été relevées dans la littérature (Parola et al., 2020), il serait donc intéressant de développer cette hypothèse.

Enfin, nous avons observé que les patients ayant une maladie schizophrénique produisent davantage d'expressions nominales indéfinies que les participants contrôle. Cette donnée ayant déjà été observée dans la littérature, elle constitue un éclairage intéressant.

2. Limites

En premier lieu, la présente étude réunit très peu de participants. Il est important de noter que ces échantillons de petite taille ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population ayant une maladie schizophrénique. En conséquence, ils réduisent considérablement la puissance statistique des résultats.

Ensuite, la population de cette étude est très hétérogène, des variables n'ont ainsi pas été contrôlées. En effet, les participants présentent une grande disparité d'âge. Notre échantillon contient davantage d'hommes que de femmes. Enfin, ils n'ont pas tous le même niveau d'études: certains n'ont pas le bac, d'autres ont un Bac +2, un master... Il est donc possible que l'âge, le sexe et le niveau d'études aient eu une influence sur les performances des participants. Il serait donc plus judicieux, pour une prochaine étude, de cibler une tranche d'âge plus précise, ainsi qu'un niveau d'études particulier. Il serait préférable de s'assurer d'une égale répartition entre les hommes et les femmes dans chaque échantillon.

Les épreuves du TLE nous ont permis d'écarter un éventuel trouble de l'accès lexical ainsi qu'un trouble sémantique chez les participants. De ce fait, nous nous sommes assurés d'une certaine efficacité intellectuelle afin que le discours des participants ne soit pas entravé. Cependant, le profil neurocognitif de chaque patient n'a pas été étudié individuellement. Le fonctionnement cognitif étant très variable d'un individu à l'autre (Fett et al., 2022), nous n'avons pas pu mettre en évidence les mécanismes qui influencent ou non le récit des participants.

Enfin, il est possible que le support utilisé pour évaluer le discours des participants ne soit pas adapté. Les résultats contiennent de nombreux scores de 0 pour différents éléments, ce qui laisse penser que la grille utilisée n'est pas un outil suffisamment fiable pour accompagner le

diagnostic de maladie schizophrénique.

3. Perspectives

La grille d'analyse utilisée pour cette étude est extraite du mémoire d'orthophonie de Drzazga (2022). Elle a été utilisée dans le cadre d'une étude comparative entre le discours d'adultes avec un TSA sans déficience intellectuelle et celui des personnes neurotypiques. En confrontant les résultats des TSA avec ceux obtenus avec une population ayant une maladie schizophrénique, nous n'aboutissons pas aux mêmes conclusions. Selon l'étude de Drzazga (2022), les personnes ayant un TSA ont du mal à respecter le schéma traditionnel du récit et produisent plus de commentaires et de description d'images. Ils emploient également moins de termes faisant référence aux émotions des personnages. L'emploi de pronoms, d'adjectifs qualificatifs et de marqueurs de discours ne diffère pas d'un groupe à l'autre.

Dans la présente étude, nous avons noté que les personnes ayant une maladie schizophrénique produisent significativement plus d'expressions nominales indéfinies que le groupe contrôle. Cette spécificité n'a pas été retrouvée chez les personnes ayant un TSA. Il est intéressant de le noter car cela pourrait être une particularité inhérente au fonctionnement des personnes avec une maladie schizophrénique. Cette observation pourrait refléter des difficultés spécifiques à la maladie schizophrénique, telles que la mémoire de travail ou la gestion de l'information en contexte.

Ce mémoire n'a pas examiné certains aspects, tels que la variété du lexique employé par les participants. Une analyse des anomalies référentielles et de la complexité syntaxique, à l'instar de l'étude menée par Çokal et al. (2018), serait également pertinente.

Dans la littérature, le discours des participants est souvent analysé au moyen de récits de vie personnelle (Lundin et al., 2023 ; Willits et al., 2018). Il pourrait être intéressant de comparer le discours élaboré à partir d'images et un récit de vie mettant en jeu la mémoire autobiographique, et plus précisément l'identité personnelle.

CONCLUSION

La maladie schizophrénique se manifeste selon trois dimensions: les symptômes positifs, les symptômes négatifs et la désorganisation. Chacun de ces aspects a des conséquences sur le fonctionnement social des patients, plus particulièrement au niveau de la pragmatique du langage (Bambini et al., 2016). La compétence discursive étant une composante de la pragmatique, nous avons décidé d'évaluer le discours narratif des patients ayant une maladie schizophrénique au moyen d'une épreuve de récit sur images issue du PELEA.

A partir d'une grille élaborée par Drzazga (2022), la compétence narrative des patients a été analysée selon trois dimensions: la macrostructure (ou cohérence du récit), la microstructure (ou cohésion du récit) et le langage interne d'état. Cette dernière catégorie nécessite d'attribuer des états mentaux à autrui, faisant appel à des compétences en cognition sociale comme la théorie de l'esprit.

Compte tenu des carences observées chez les personnes ayant une maladie schizophrénique dans ces différents aspects du discours, nous nous attendions à observer des difficultés chez les participants de notre étude par rapport à des participants contrôle appariés en âge, sexe et niveau d'études.

Nos conclusions ne vont pas dans le sens de la littérature, cependant quelques tendances ont été observées.

D'une part, les participants ayant une maladie schizophrénique présentent des spécificités au niveau de la macrostructure: ils produisent des récits ne respectant pas le schéma narratif traditionnel. Plus spécifiquement, ils posent des événements sans conséquences ni éléments de résolution. Ainsi, leur histoire se présente comme une succession d'événements non connectés les uns aux autres, la cohérence est entravée par une absence de fil conducteur.

D'autre part, une particularité a été retrouvée chez ces participants au niveau de la microstructure: une hausse significative d'expressions nominales indéfinies par rapport aux participants contrôle a été relevée.

En revanche, aucune particularité n'a été décelée au niveau du langage interne d'état.

Les particularités observées n'ont pas pu être mises en lien avec des difficultés de fonctionnement quotidien chez les participants.

Ces résultats offrent quelques pistes de réflexion pour des futures études: l'investigation d'autres processus qui sous-tendent le discours, comme les fonctions exécutives, ou l'exploration d'autres éléments micro-structurels comme la complexité syntaxique seraient des éléments pertinents à prendre en compte.

Les conclusions de cette étude ne sont pas suffisamment robustes pour aider au diagnostic différentiel avec d'autres pathologies, cependant elles pourraient être affinées pour de futures études en ajustant les critères de recrutement, les tailles des échantillons ainsi qu'en examinant attentivement la fiabilité du support utilisé.

La présente étude permet d'attester de particularités discursives chez les personnes souffrant de maladie schizophrénique. Mener ce projet a été l'occasion de leur présenter le rôle de l'orthophoniste. En outre, ce projet a offert l'opportunité d'engager un dialogue avec des professionnels davantage impliqués dans la prise en soin des patients (infirmiers, psychologues, médecins). Cette collaboration permettrait d'enrichir notre compréhension des besoins spécifiques de cette population et souligne l'importance d'une approche interdisciplinaire dans le traitement de la maladie schizophrénique.

BIBLIOGRAPHIE

- Adam, J.-M. (1978). La cohésion des séquences de propositions dans la macro-structure narrative. *Langue Française*, 38(1), 101-117.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5ème édition) (M-A Crocq & J.D. Guelfi, Trad.). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Andreasen, N. C. (1986). Scale for the Assessment of Positive Symptoms. *The British Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1037/t48377-000>
- Andreasen, N. C. (1989). The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) : Conceptual and Theoretical Foundations. *The British Journal of Psychiatry*, 155(S7), 49-52. <https://doi.org/10.1192/S0007125000291496>
- Apothéloz, D., Grobet, A., & Pekarek Doehler, S. (2007). Séquentialité et temporalité du discours. *Cahiers de praxématique*, 48(1). <https://doi.org/10.4000/praxematique.734>
- Armengaud, F. (2007). Introduction. Dans F. Armengaud (dir.), *La pragmatique* (5ème éd., pp. 3-14). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/la-pragmatique--9782130564003-p-3.htm>
- Austin, J. L. (1962). *How to do things with words*. Clarendon Press.
- Bambini, V., Arcara, G., Bechi, M., Buonocore, M., Cavallaro, R., & Bosia, M. (2016). The communicative impairment as a core feature of schizophrenia : Frequency of pragmatic deficit, cognitive substrates, and relation with quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, 71(1), 106-120. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.08.012>
- Bénesteau, J. (2007). Manifestations des déficits neuro-développementaux de l'hémisphère droit et troubles des communications non-verbales. Dans J. Corraze & J.-M. Albaret (dirs.) *Entretiens de Psychomotricité* (pp. 3-17).

- Boersma, P. & Weeninck, D. (2023). PRAAT (Version 6.3.18) [Test de phonétique]. Université d'Amsterdam. <http://www.fon.hum.uva.nl/praat/>
- Bool, J., Crawley, A., Wanson, A., Davis, B., & Halpape, K. (2021). Prise en charge pharmacothérapeutique de la schizophrénie à l'intention des médecins de famille. *Canadian Family Physician*, 67(5), 115-120. <https://doi.org/10.46747/cfp.6705e115>
- Bora, E., Yucel, M., & Pantelis, C. (2009). Theory of mind impairment in schizophrenia : meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 109(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.12.020>
- Bosco, F. M., Tirassa, M., & Gabbatore, I. (2018). Why Pragmatics and Theory of Mind Do Not (Completely) Overlap. *Frontiers in Psychology*, 9(1). <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.01453>
- Bottéro, A. (2008). *Un autre regard sur la schizophrénie*. Odile Jacob.
- Bottéro, A. (2010). Un siècle de schizophrénie. *L'information psychiatrique*, 86(5), 391-403. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8605.0391>
- Boucard, C., & Laffy-Beaufils, B. (2008). Caractérisation des troubles du langage dans la schizophrénie grâce au bilan orthophonique. *L'Encéphale*, 34(3), 226-232. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.04.005>
- Boudewyn, M. A., Carter, C. S., & Swaab, T. Y. (2012). Cognitive Control and Discourse Comprehension in Schizophrenia. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2012, Article 484502. <https://doi.org/10.1155/2012/484502>
- Boutard, C., Guillon, A., & Charlois, A. L. (2010). *PELEA : protocole d'évaluation du langage élaboré de l'adolescent*. Ortho Edition.
- Brazo, P. (2019). 10. Troubles cognitifs : Fonctions exécutives et mnésiques. Dans S. Dollfus (dir.), *Les schizophrénies* (pp. 65-71). Lavoisier. <https://www.cairn.info/les-schizophrenies--9782257207395-p-65.htm>
- Brüne, M., & Bodenstein, L. (2005). Proverb comprehension reconsidered - 'Theory of mind' and

the pragmatic use of language in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 75(2), 233-239.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.11.006>

Caletti, E., Delvecchio, G., Andreella, A., Finos, L., Perlini, C., Tavano, A., Lasalvia, A., Bonetto, C., Cristofalo, D., Lamonaca, D., Ceccato, E., Pileggi, F., Mazzi, F., Santonastaso, P., Ruggeri, M., Bellani, M., & Brambilla, P. (2018). Prosody abilities in a large sample of affective and non-affective first episode psychosis patients. *Comprehensive Psychiatry*, 86(1), 31-38. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.07.004>

Charolles, M. (1978). Introduction aux problèmes de la cohérence des textes : approche théorique et étude des pratiques pédagogiques. *Langue Française*, 38(1), 7-41.

Charolles, M. (2011). Cohérence et cohésion du discours. Dans K. Holker. & C.Marello (dirs.), *Dimensionen der Analyse Texten und Diskursivent - Dimensioni dell'analisi di testi e discorsi* (pp. 153-173). Lit Verlag. <https://hal.science/hal-00665838>

Chung, Y. S., Barch, D., & Strube, M. (2014). A Meta-Analysis of Mentalizing Impairments in Adults With Schizophrenia and Autism Spectrum Disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 40(3), 602-616. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbt048>

Ciaramidaro, A., Bölte, S., Schlitt, S., Hainz, D., Poustka, F., Weber, B., Bara, B. G., Freitag, C., & Walter, H. (2015). Schizophrenia and Autism as Contrasting Minds : Neural Evidence for the Hypo-Hyper-Intentionality Hypothesis. *Schizophrenia Bulletin*, 41(1), 171-179. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu124>

CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité. (s. d.). Consulté 13 mars 2024, à l'adresse <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/fr#1683919430>

Çokal, D., Sevilla, G., Jones, W. S., Zimmerer, V., Deamer, F., Douglas, M., Spencer, H., Turkington, D., Ferrier, N., Varley, R., Watson, S., & Hinzen, W. (2018). The language profile of formal thought disorder. *NPJ Schizophrenia*, 4(1), 1-8. <https://doi.org/10.1038/s41537-018-0061-9>

- Corona-Hernández, H., de Boer, J. N., Brederoo, S. G., Voppel, A. E., & Sommer, I. E. C. (2023). Assessing coherence through linguistic connectives : analysis of speech in patients with schizophrenia-spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 259(1), 48-58.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.06.013>
- Dardier, V. (2004). *Pragmatique et pathologies : comment étudier les troubles de l'usage du langage*. Editions Bréal.
- Dollfus, S. (2019). 2. Les différents systèmes de classifications diagnostiques : Historique et classifications actuelles. Dans S. Dollfus (dir.), *Les schizophrénies* (pp. 12-19). Lavoisier.
<https://www.cairn.info/les-schizophrenies--9782257207395-p-12.htm>
- Drzazga, M. (2022). *La structure narrative chez les adultes présentant un TSA sans déficience intellectuelle* [Mémoire d'orthophonie, Université de Nantes].
- Fett, A.-K. J., Reichenberg, A., & Velthorst, E. (2022). Lifespan evolution of neurocognitive impairment in schizophrenia—A narrative review. *Schizophrenia Research: Cognition*, 28(1).
<https://doi.org/10.1016/j.scog.2022.100237>
- Franck, N. (2013). Clinique de la schizophrénie. *EMC-Psychiatrie*, 10(1), 1-16.
- Frith, C. D., & Corcoran, R. (1996). Exploring « theory of mind » in people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 26(3), 521-530. Scopus.
<https://doi.org/10.1017/s0033291700035601>
- Giordana, J.-Y. (2019). 5. La schizophrénie : Une maladie stigmatisante ? Sa représentation dans la population générale. Dans S. Dollfus (dir.), *Les schizophrénies* (pp. 34-38). Lavoisier.
<https://www.cairn.info/les-schizophrenies--9782257207395-p-34.htm>
- Green, M. F., Penn, D. L., Bentall, R., Carpenter, W. T., Gaebel, W., Gur, R. C., Kring, A. M., Park, S., Silverstein, S. M., & Heinssen, R. (2008). Social cognition in schizophrenia : an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1211-1220. Scopus. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm145>

- Haouzir, S., & Bernoussi, A. (2020a). Chapitre 2. Clinique des schizophrénies. Dans S. Haouzir & A. Bernoussi (Eds.), *Les schizophrénies* (4ème éd., pp. 45-65). Dunod.
<https://www.cairn.info/les-schizophrenies--9782100788521-p-45.htm>
- Haouzir, S., & Bernoussi, A. (2020b). Chapitre 4. Systèmes diagnostiques et outils psychométriques utilisés. Dans S. Haouzir & A. Bernoussi (dirs.), *Les schizophrénies* (4ème éd., pp. 145-158). Dunod. <https://www.cairn.info/les-schizophrenies--9782100788521-p-145.htm>
- Hella, P., Niemi, J., Hintikka, J., Otsa, L., Tirkkonen, J.-M., & Koponen, H. (2013). Disordered semantic activation in disorganized discourse in schizophrenia : a new pragma-linguistic tool for structure and meaning reconstruction. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 48(3), 320-328. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12011>
- Hoekert, M., Kahn, R. S., Pijnenborg, M., & Aleman, A. (2007). Impaired recognition and expression of emotional prosody in schizophrenia : Review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 96(1), 135-145. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.07.023>
- JASP Team. (2023). JASP (Version 0.18.3.0) [Logiciel informatique]. <https://jasp-stats.org/>
- Joyal, M., Bonneau, A., & Fecteau, S. (2016). Speech and language therapies to improve pragmatics and discourse skills in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 240(1), 88-95. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.010>
- Kail, M. (2020). Chapitre III. L'organisation des capacités conversationnelles et discursives de l'enfant. Dans M. Kail (dir.), *L'acquisition du langage* (3ème éd., pp. 78-100). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/l-acquisition-du-langage--9782715404861-p-78.htm>
- Kalbe, E., Schlegel, M., Sack, A. T., Nowak, D. A., Dafotakis, M., Bangard, C., Brand, M., Shamay-Tsoory, S., Onur, O. A., & Kessler, J. (2010). Dissociating cognitive from affective theory of mind : a TMS study. *Cortex*, 46(6), 769-780.

<https://doi.org/10.1016/j.cortex.2009.07.010>

Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276.

<https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>

Le Gall, E., & Iakimova, G. (2018). Cognition sociale dans la schizophrénie et les troubles du spectre de l'autisme : points de convergences et différences fonctionnelles. *L'Encéphale*, 44(6), 523-537. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.03.004>

Le Goffic, P. (2015). Indéfinis et interrogatifs : le cas du français. *Langue française*, 187(3), 111-136. <https://doi.org/10.3917/lf.187.0111>

Lin, Y., Li, C., Hu, R., Zhou, L., Ding, H., Fan, Q., & Zhang, Y. (2023). Impaired emotion perception in schizophrenia shows sex differences with channel- and category-specific effects : a pilot study. *Journal of Psychiatric Research*, 161(1), 150-157.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.03.011>

Lundin, N. B., Cowan, H. R., Singh, D. K., & Moe, A. M. (2023). Lower cohesion and altered first-person pronoun usage in the spoken life narratives of individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 259(1), 140-149. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.04.001>

Martinez, G., Alexandre, C., Mam-Lam-Fook, C., Bendjemaa, N., Gaillard, R., Garel, P., Dziobek, I., Amado, I., & Krebs, M.-O. (2017). Phenotypic continuum between autism and schizophrenia : evidence from the Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC). *Schizophrenia Research*, 185(1), 161-166. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.01.012>

Marzloff, V. (2019). 11. Déficit en cognition sociale. Dans S. Dollfus (dir.), *Les schizophrénies* (pp. 72-77). Lavoisier. <https://www.cairn.info/les-schizophrénies--9782257207395-p-72.htm>

McKenna, P. J., & Oh, T. M. (2005). *Schizophrenic Speech : Making Sense of Bathrooms and Ponds that Fall in Doorways*. Cambridge University Press.

Micoulaud-Franchi, J.-A., & Quilès, C. (2014). En terre étrangère. Proposition d'une

cartographie minimale de la psychiatrie pour l'étudiant en médecine. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 172(8), 681-692.

<https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.08.005>

Moeschler, J. (1995). La pragmatique après Grice : Contexte et pertinence. *L'information grammaticale*, 66(1), 25-31. <https://doi.org/10.3406/igram.1995.3044>

Moeschler, J. (1998). *Pragmatique du discours*. [Thèse de doctorat, Université de Genève].

<https://www.unige.ch/lettres/linguistique/application/files/7914/3135/1834/>

[Pragmatique du discours.pdf](#)

Moeschler, J., & Auchlin, A. (2023). Chapitre 15. Les actes de langage. Dans J. Moeschler & A.

Auchlin (dirs.), *Introduction à la linguistique contemporaine* (4ème éd., pp. 159-166).

Armand Colin. [https://www.cairn.info/introduction-a-la-linguistique-contemporaine--](https://www.cairn.info/introduction-a-la-linguistique-contemporaine--9782200635381-p-159.htm)

[9782200635381-p-159.htm](https://www.cairn.info/introduction-a-la-linguistique-contemporaine--9782200635381-p-159.htm)

Moreno-Küstner, B., Martín, C., & Pastor, L. (2018). Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analyses. *PLOS ONE*,

13(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195687>

Moro, A., Bambini, V., Bosia, M., Anselmetti, S., Riccaboni, R., Cappa, S. F., Smeraldi, E., & Cavallaro, R. (2015). Detecting syntactic and semantic anomalies in schizophrenia.

Neuropsychologia, 79(1), 147-157. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2015.10.030>

Nespoulous, J.-L. (1993). 11. La « mise en mots » ... De la phrase au discours : Modèles psycholinguistiques et pathologie du langage. Dans F. Eustache & B. Lechevalier (dirs.),

Langage et aphasie (pp. 251-265). De Boeck Supérieur.

<https://doi.org/10.3917/dbu.eusta.1993.01.0251>

Nita, R., Brunet, A., Caron, P., Kleiber, G., & Vergez-Couret, M. (2021). *Cohérence et cohésion textuelles*. Lambert Lucas. <https://hal.science/hal-03353275>

Niznikiewicz, M. A., Kubicki, M., Mulert, C., & Condray, R. (2013). Schizophrenia as a

Disorder of Communication. *Schizophrenia Research and Treatment*, article ID 952034.

<https://doi.org/10.1155/2013/952034>

Organisation Mondiale de la Santé. (2022). *Schizophrénie*. Consulté le 13 mars 2024 sur

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Olié, É., & Courtet, P. (2019). 29. Schizophrénies, dépression et risque suicidaire. Dans S.

Dollfus (dir.), *Les schizophrénies* (pp. 188-192). Lavoisier. [https://www.cairn.info/les-](https://www.cairn.info/les-schizophrénies--9782257207395-p-188.htm)

[schizophrénies--9782257207395-p-188.htm](https://www.cairn.info/les-schizophrénies--9782257207395-p-188.htm)

Parola, A., Salvini, R., Gabbatore, I., Colle, L., Berardinelli, L., & Bosco, F. M. (2020).

Pragmatics, Theory of Mind and executive functions in schizophrenia : Disentangling the puzzle using machine learning. *PLOS ONE*, 15(3).

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229603>

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

Schizophrenia patients have higher-order language and extralinguistic impairments.

Schizophrenia Research, 192(1), 274-280. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.04.030>

Perlini, C., Marini, A., Garzitto, M., Isola, M., Cerruti, S., Marinelli, V., Rambaldelli, G., Ferro,

A., Tomelleri, L., Dusi, N., Bellani, M., Tansella, M., Fabbro, F., & Brambilla, P. (2012).

Linguistic production and syntactic comprehension in schizophrenia and bipolar disorder.

Acta Psychiatrica Scandinavica, 126(5), 363-376. [https://doi.org/10.1111/j.1600-](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01864.x)

[0447.2012.01864.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01864.x)

Poirier, M.-F., Canceil, O., Baylé, F., Millet, B., Bourdel, M.-C., Moatti, C., Olié, J.-P., & Attar-

Lévy, D. (2002). Prevalence of smoking in psychiatric patients. *Progress in Neuro-*

Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 26(3), 529-537.

[https://doi.org/10.1016/S0278-5846\(01\)00304-9](https://doi.org/10.1016/S0278-5846(01)00304-9)

Rousseaux, M. & Dei Cas, P. (2012). *TLE : test de langage élaboré pour adultes*. Ortho Edition.

Sainson, C. (2018). Théorie et évaluation des troubles pragmatiques (aspects lexico-sémantiques,

discursifs, inférentiels et communicationnels) Dans Fédération Nationale des Orthophonistes (Ed.), *Rééducation Orthophonique* (pp. 213-240).

Sainson, C., Bolloré, C., & Trauchessec, J. (2022). *Neurologie et orthophonie : Théorie et évaluation des troubles acquis de l'adulte* (Vol. 1). De Boeck supérieur.

Searle, J. R. (1969). *Speech acts: An essay in the philosophy of language*. Cambridge University Press.

Tan, E. J., Thomas, N., & Rossell, S. L. (2014). Speech disturbances and quality of life in schizophrenia : differential impacts on functioning and life satisfaction. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 693-698. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.10.016>

Tang, S. X., Kriz, R., Cho, S., Park, S. J., Harowitz, J., Gur, R. E., Bhati, M. T., Wolf, D. H., Sedoc, J., & Liberman, M. Y. (2021). Natural language processing methods are sensitive to sub-clinical linguistic differences in schizophrenia spectrum disorders. *NPJ Schizophrenia*, 7(25). <https://doi.org/10.1038/s41537-021-00154-3>

Tobe, R. H., Corcoran, C. M., Breland, M., MacKay-Brandt, A., Klim, C., Colcombe, S. J., Leventhal, B. L., & Javitt, D. C. (2016). Differential profiles in auditory social cognition deficits between adults with autism and schizophrenia spectrum disorders : a preliminary analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 79(1), 21-27. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.04.005>

Tournier, M. (2019). 3. Épidémiologie des troubles schizophréniques et de leur évolution. Dans S. Dollfus (dir.), *Les schizophrénies* (pp. 21-27). Lavoisier. <https://www.cairn.info/les-schizophrenies--9782257207395-p-21.htm>

Vass, E., Simon, V., Csukly, G., Kis, B., Zsigmond, R., Hermán, L., & Simon, L. (2023). The complexity of theory of mind deficit in schizophrenia : A cross-sectional analysis of baseline data from a longitudinal schizophrenia study. *Acta Psychologica*, 233(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2023.103842>

Willits, J. A., Rubin, T., Jones, M. N., Minor, K. S., & Lysaker, P. H. (2018). Evidence of disturbances of deep levels of semantic cohesion within personal narratives in schizophrenia.

Schizophrenia Research, 197(1), 365-369. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.11.014>

Zanello, A., Weber Rouget, B., Gex-Fabry, M., Maercker, A., & Guimon, J. (2006). Validation du Questionnaire de fonctionnement social (QFS), un autoquestionnaire mesurant la fréquence et la satisfaction des comportements sociaux d'une population adulte psychiatrique.

L'Encéphale, 32(1), 45-59. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(06\)76136-X](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(06)76136-X)

Zimmermann, N., Gindri, G., de Oliveira, C. R., & Fonseca Paz, R. (2011). Pragmatic and executive functions in traumatic brain injury and right brain damage :an exploratory comparative study. *Dementia & Neuropsychologia*, 5(4), 337-345.

<https://doi.org/10.1590/S1980-57642011DN05040013>

ANNEXES

Annexe 1: Grille d'analyse des récits (Drzazga, 2022)

Tableau 1

Grille d'analyse des récits

Macrostructure	Eléments traditionnels du récit	Cadre			
		Evènement déclencheur			
		Conséquences de cet évènement			
		Résolution			
		Fin			
	Eléments additionnels au schéma traditionnel du récit	Evènement supplémentaires			
		Description de l'image			
		Elément supplémentaire			
		Commentaires			
Microstructure	Expressions pronominales	EPPe			
		EPD			
		EPRf			
		EPIf			
		EPA			
		EPRv			
		T			
		A			

	Dispositifs de structuration du récit	Ca			
		Co			
		MD			
Langage interne de l'état		E			
		P			
		C			
		Md			
		Ev			
Microstructure	Expressions référentielles définies	END			
		ENP			
		EAP			
	Expressions référentielles indéfinies	ENI			
		EAI			
		Adjectifs qualificatifs			

EPPe : expression pronominale personnelle

EPD : expression pronominale démonstrative

EPRf : expression pronominale réfléchie

EPIf : expression pronominale indéfinie

EPA : expression pronominale adverbiale

EPRv : expression pronominale relative

T : relation temporelle

A : relation additive

Ca : relation causale

Co : relation contrastive

MD : marqueurs de discours

E : émotion

P : physiologie

C : cognition

Md : modalité

Ev : évaluation

END : expression nominale définie

ENP : expression nominale partitive

EAP : expression adjectivale possessive

EAD : expression adjectivale démonstrative

ENI : expression nominale indéfinie

EAI : expression adjectivale indéfinie

Annexe 2: Codage des récits

Microstructure

Expressions référentielles définies :

- expression nominale définie (END)
- expression pronominale personnelle (EPPe)
- expression pronominale partitive (ENP)
- expression adjectivale démonstrative (EAD)
- expression pronominale démonstrative (EPD)
- expression adjectivale possessive (EAP)
- expression pronominale réfléchie (EPRf)

Expressions référentielles indéfinies:

- expression nominale indéfinie (ENI)
- expression adjectivale indéfinie (EAI)
- expression pronominale indéfinie (EPI)
- expression pronominale adverbiale (EPA)
- expression pronominale relative (EPRy)

Dispositifs de structuration du récit:

- relation temporelle (T)
- relation additive (A)
- relation causale (Ca)
- relation de contraste (Co)
- marqueurs de discours (MD)

Annexe 3: Exemple de récit codé

- 1 Il était une fois dans une contrée lointaine un roi très gentil qui vivait dans un magnifique château
- 2 Un jour les dieux euh les dieux envoyèrent un nuage qui rendit les sujets aveugles
- 3 Un nuage avec des éclairs qui détruisit qui détruisit la terre euh de ce château
- 4 Bientôt un soldat romain vint et porta secours au bon vieux roi
- 5 Mais une méchante déesse sur son cheval volant arrivait déjà pour augmenter jeter un sort augmenter le maléfice
- 6 Finalement le soldat romain euh se mit à réfléchir et euh et pensait que désormais tout n'irait plus très bien
- 7 Le soldat romain abandonna euh son épée dans la terre euh en signe de mécontentement envers les dieux

Annexe 4: Exemples de récits

Récit d'une personne avec une maladie schizophrénique (PS5)

- 1 Il y a la mort d'un vieil homme c'est la position de la mort d'un vieil homme
- 2 Là c'est la prière
- 3 Il prie euh sur sa tombe je pense je vois pas de tombe mais on peut imaginer
- 4 Et la première image euh j'arrive pas à
- 5 C'est peut-être un une euh
- 6 C'est l'annonce de la mort de ce monsieur peut-être
- 7 Et puis euh là je vois pas ce qui se passe au ciel euh le cheval ailé avec un chevalier
- 8 J'arrive pas à inventer une histoire je suis très mauvais dans ce domaine

Récit d'une personne contrôlée (PC5)

- 1 Donc il y a fort longtemps
- 2 Du temps où on écrivait sur les parchemins d'une belle écriture
- 3 C'est une histoire qui se passe visiblement dans un dans un pays ouais dans un
- 4 Dans un coin dans un coin d'un pays où il fait euh où tout est sombre
- 5 Aussi bien le château que les nuages tout paraît sombre
- 6 Suite à ça on s'aperçoit que visiblement y a des gens qui sont malheureux qui sont en train de mourir
- 7 Y a quelqu'un qui vient essayer soit de les sauver ou en tout cas de les consoler
- 8 Et on dirait que le monsieur qui est en train de qui est en train de d'agoniser euh
- 9 Donne les raisons de sa propre mort
- 10 Et aussi du fait que le que cet endroit est si noir
- 11 Et à la fin celui qui était venu en tout cas soit pour le sauver soit pour l'écouter
- 12 S'incline devant probablement le tant tant de malheur dans cette contrée et semble prier

Récit d'une personne avec une maladie schizophrénique (PS8)

1 Dans un royaume éloigné de nos contrées éclata un jour une grosse tempête
2 Et par magie un parchemin venu de l'au-delà euh se déroula
3 Et on put y lire une malédiction qui s'abattit sur ce royaume
4 Le roi de ce royaume se mourait suite à la malédiction en question
5 Ainsi son fils se rendait à son chevet en s'exclamant euh vouloir le venger
6 Son fils euh son père sur son lit de mort lui dit ces mots
7 Je t'en supplie ne te venge pas mais protège notre peuple qui est en danger
8 Ce dernier s'accroupit et jura devant l'épée de son père respecter ses derniers mots et sa parole

Récit d'une personne contrôle (PC8)

1 Ben voilà c'est l'histoire de Balthazar c'est un chevalier Balthazar qui vit euh il est parti vivre loin de sa famille
2 Il a fait sa vie tout ça et puis il a un mauvais pressentiment il sent qu'il y a quelque chose qui va pas
3 Et il reçoit un une lettre sur un parchemin comme quoi son père est mourant alors forcément ben il prend son cheval son cheval volant et il se dépêche de d'accourir au château de son enfance hein au château de son père
4 Et là il arrive et
5 Il a mis plusieurs jours pour voyager et
6 Il arrive et son père est mourant quoi
7 Il sent qu'il a plus beaucoup de temps pour en profiter
8 Donc quand il s'en rend compte ben il est triste alors il lui parle il lui il lui dit qu'il regrette d'être parti si loin mais qu'il avait pas le choix
9 Il le remercie pour tout ce qu'il ce qu'il a fait pendant pour lui toute sa vie

10 Que si c'est un chevalier aussi bon et intrépide maintenant ben c'est grâce à lui
11 Et en plus avec son épée c'est une épée qui se transmet de père en fils
12 Donc voilà il lui a transmis son épée
13 Et euh il se dit qu'il a été un super chevalier grâce à ça
14 Donc voilà il lui dit toutes ces belles choses et euh
15 Bon ben ils sont tristes forcément mais euh
16 Ils sont quand même euh
17 Dans la tristesse y a quand même de la joie parce que
18 C'est c'est positif y a plein de belles choses
19 Le papa est content d'avoir eu un fils épanoui d'avoir transmis tout ça
20 Il est mort fin il est mort il est en train de mourir mais il est d'un âge assez avancé
21 Donc il se dit qu'il a quand même bien vécu
22 Voilà et euh
23 Et le Balthazar le chevalier ben il est triste mais pareil il est
24 Il pense qu'il a rien
25 Fin que qu'il a eu un bon papa et que voilà il a eu une belle vie grâce à lui voilà
26 Puis en fait il meurt et euh bah alors là ben c'est c'est une grosse tristesse qui s'abat et
il va il décide de l'enterrer
27 Mais sur son château euh
28 Sur le château du papa et le château de l'enfance de Balthazar
29 Donc il l'enterre et
30 Et il décide de
31 Il hésitait entre transmettre l'épée à son fils et ou la remettre à son père
32 Mais il se dit que le jour de l'enterrement il va la la planter sur sa tombe au moins
pendant un mois
33 Pour euh
34 Voilà pour bien lui rendre hommage
35 Et puis après il la reprendra cette épée et puis il la confiera à son fils qui prendra la

relève

36 Et ainsi de suite et voilà

37 Donc c'est c'est triste mais en même temps euh

38 C'est une belle transmission

Annexe 5: Questionnaire de Fonctionnement Social (Zanello et al., 2006)

Questionnaire de fonctionnement social (QFS)

Nom : _____ Prénom : _____ Âge : _____ Sexe : _____ Date : _____

Ce questionnaire évalue votre fonctionnement social général au cours des deux dernières semaines. Lisez attentivement chacune des questions ci-après puis cochez la réponse appropriée. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses.

I. ACTIVITÉS

- | | |
|--|---|
| <p>1. Au cours de ces 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous accompli l'une ou l'autre de ces activités (activités professionnelles, études, activités en atelier protégé ou dans une structure de soins, activités bénévoles, recherche d'emploi,...) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Tous les jours
<input type="checkbox"/> Au moins deux fois par semaine
<input type="checkbox"/> Au moins une fois par semaine
<input type="checkbox"/> Une fois tous les 15 jours
<input type="checkbox"/> Jamais</p> | <p>2. Êtes-vous satisfait(e) de la manière dont vous avez accompli ces activités au cours des 2 dernières semaines ?</p> <p><input type="checkbox"/> Très satisfait(e)
<input type="checkbox"/> Plutôt satisfait(e)
<input type="checkbox"/> Moyennement satisfait(e)
<input type="checkbox"/> Plutôt insatisfait(e)
<input type="checkbox"/> Très insatisfait(e)</p> |
|--|---|

II. TÂCHES DE LA VIE QUOTIDIENNE

- | | |
|--|---|
| <p>1. Au cours de ces 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous réalisé l'une ou l'autre de ces tâches (ménage, achats, cuisine, éducation des enfants,...) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Tous les jours
<input type="checkbox"/> Au moins deux fois par semaine
<input type="checkbox"/> Au moins une fois par semaine
<input type="checkbox"/> Une fois tous les 15 jours
<input type="checkbox"/> Jamais</p> | <p>2. Êtes-vous satisfait(e) de la manière dont vous avez réalisé ces tâches au cours des 2 dernières semaines ?</p> <p><input type="checkbox"/> Très satisfait(e)
<input type="checkbox"/> Plutôt satisfait(e)
<input type="checkbox"/> Moyennement satisfait(e)
<input type="checkbox"/> Plutôt insatisfait(e)
<input type="checkbox"/> Très insatisfait(e)</p> |
|--|---|

III. LOISIRS

- | | |
|---|---|
| <p>1. Au cours de ces 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous consacré du temps à vos loisirs (sport, activités artistiques ou culturelles, lecture, séance de cinéma,...) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Tous les jours
<input type="checkbox"/> Au moins deux fois par semaine
<input type="checkbox"/> Au moins une fois par semaine
<input type="checkbox"/> Une fois tous les 15 jours
<input type="checkbox"/> Jamais</p> | <p>2. Êtes-vous satisfait(e) des loisirs que vous avez eus au cours des 2 dernières semaines ?</p> <p><input type="checkbox"/> Très satisfait(e)
<input type="checkbox"/> Plutôt satisfait(e)
<input type="checkbox"/> Moyennement satisfait(e)
<input type="checkbox"/> Plutôt insatisfait(e)
<input type="checkbox"/> Très insatisfait(e)</p> |
|---|---|

IV. RELATIONS FAMILIALES ET DE COUPLE

- | | |
|---|--|
| 1. Durant ces 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous eu des relations avec des membres de votre famille (parents, conjoint ou concubin, enfants, fratrie, cousins,...) ?
<input type="checkbox"/> Tous les jours
<input type="checkbox"/> Au moins deux fois par semaine
<input type="checkbox"/> Au moins une fois par semaine
<input type="checkbox"/> Une fois tous les 15 jours
<input type="checkbox"/> Jamais | 2. Êtes-vous satisfait(e) des relations que vous avez eues avec ces membres de votre famille au cours des 2 dernières semaines ?
<input type="checkbox"/> Très satisfait(e)
<input type="checkbox"/> Plutôt satisfait(e)
<input type="checkbox"/> Moyennement satisfait(e)
<input type="checkbox"/> Plutôt insatisfait(e)
<input type="checkbox"/> Très insatisfait(e) |
|---|--|

V. RELATIONS EXTRAFAMILIALES

- | | |
|---|--|
| 1. Au cours de ces 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous eu des relations avec des personnes de votre entourage extrafamilial (amis, voisins, partenaires sexuels occasionnels,...) ?
<input type="checkbox"/> Tous les jours
<input type="checkbox"/> Au moins deux fois par semaine
<input type="checkbox"/> Au moins une fois par semaine
<input type="checkbox"/> Une fois tous les 15 jours
<input type="checkbox"/> Jamais | 2. Êtes-vous satisfait(e) des relations que vous avez eues avec ces personnes de votre entourage extrafamilial au cours des 2 dernières semaines ?
<input type="checkbox"/> Très satisfait(e)
<input type="checkbox"/> Plutôt satisfait(e)
<input type="checkbox"/> Moyennement satisfait(e)
<input type="checkbox"/> Plutôt insatisfait(e)
<input type="checkbox"/> Très insatisfait(e) |
|---|--|

VI. GESTION FINANCIÈRE ET ADMINISTRATIVE

- | | |
|---|--|
| 1. Au cours de ces 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous veillé à votre gestion financière et administrative (paiements, versements, classement,...)?
<input type="checkbox"/> Tous les jours
<input type="checkbox"/> Au moins deux fois par semaine
<input type="checkbox"/> Au moins une fois par semaine
<input type="checkbox"/> Une fois tous les 15 jours
<input type="checkbox"/> Jamais | 2. Êtes-vous satisfait(e) de la manière dont vous avez veillé à votre gestion financière et administrative au cours des 2 dernières semaines ?
<input type="checkbox"/> Très satisfait(e)
<input type="checkbox"/> Plutôt satisfait(e)
<input type="checkbox"/> Moyennement satisfait(e)
<input type="checkbox"/> Plutôt insatisfait(e)
<input type="checkbox"/> Très insatisfait(e) |
|---|--|

VII. SANTÉ GÉNÉRALE

- | | |
|--|--|
| 1. Au cours de ces 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous pris soin de votre santé générale (hygiène et présentation corporelle, alimentation, soins médicaux et dentaires de base,...) ?
<input type="checkbox"/> Tous les jours
<input type="checkbox"/> Au moins deux fois par semaine
<input type="checkbox"/> Au moins une fois par semaine
<input type="checkbox"/> Une fois tous les 15 jours
<input type="checkbox"/> Jamais | 2. Êtes-vous satisfait(e) de la façon dont vous avez pris soin de votre santé générale au cours des 2 dernières semaines ?
<input type="checkbox"/> Très satisfait(e)
<input type="checkbox"/> Plutôt satisfait(e)
<input type="checkbox"/> Moyennement satisfait(e)
<input type="checkbox"/> Plutôt insatisfait(e)
<input type="checkbox"/> Très insatisfait(e) |
|--|--|

VIII. VIE COLLECTIVE ET INFORMATIONS

- | | |
|---|--|
| 1. Au cours de ces 2 dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous tenu informé(e) et/ou avez-vous participé à la vie collective (participation à la vie politique, associative, culturelle de votre milieu de vie et information au sujet des actualités régionales et mondiales,...) ?
<input type="checkbox"/> Tous les jours
<input type="checkbox"/> Au moins deux fois par semaine
<input type="checkbox"/> Au moins une fois par semaine
<input type="checkbox"/> Une fois tous les 15 jours
<input type="checkbox"/> Jamais | 2. Êtes-vous satisfait(e) de la façon dont vous vous êtes tenu informé(e) et/ou avez participé à la vie collective au cours des 2 dernières semaines ?
<input type="checkbox"/> Très satisfait(e)
<input type="checkbox"/> Plutôt satisfait(e)
<input type="checkbox"/> Moyennement satisfait(e)
<input type="checkbox"/> Plutôt insatisfait(e)
<input type="checkbox"/> Très insatisfait(e) |
|---|--|

Annexe 6 : Tableaux récapitulatifs

Tableau 2

Données des participants

	Numéro anonymat	Niveau d'études	Age (années)	Sexe
Participants avec une maladie schizophréni- que	PS1	Brevet	44	Homme
	PS2	Bac+3	36	Homme
	PS3	Bac+3	39	Homme
	PS4	Bac+2	52	Homme
	PS5	Bac	59	Homme
	PS6	Bac+3	34	Homme
	PS7	Bac+3	43	Femme
	PS8	Bac+5	44	Femme
Participants contrôle	PC1	Brevet	44	Homme
	PC2	Bac+3	36	Homme
	PC3	Bac+3	39	Homme
	PC4	Bac+2	52	Homme
	PC5	Bac	59	Homme
	PC6	Bac+3	34	Homme
	PC7	Bac+3	43	Femme
	PC8	Bac+5	44	Femme

Tableau 3*Résultats obtenus au TLE*

	Numéro anonymat	Score évocation sur définition obtenu /9	Score percentile 5	Score intrus obtenu /9	Score percentile 5
Participants avec une maladie schizophréniq ue	PS1	6	1	7,5	2,4
	PS2	8,5	4	9	6,5
	PS3	6,5	4	6,5	6,5
	PS4	7,5	4	8	6,5
	PS5	9	4	7,5	6,5
	PS6	9	4	7,5	6,5
	PS7	8	4	8	6,5
	PS8	9	4	8,5	6,5
Participants contrôle	PC1	6	1	7	2,4
	PC2	8,5	4	8	6,5
	PC3	8	4	8,5	6,5
	PC4	7	4	8	6,5
	PC5	9	4	8	6,5
	PC6	8	4	8	6,5
	PC7	8,5	4	9	6,5
	PC8	9	4	9	6,5

Tableau 4*Résultats obtenus au QFS*

Participant	Indice F (fréquence des comportements) /40	Indice S (satisfaction à l'égard de ces comportements) /40	Indice global G /80
PS1	32	37	69
PS2	29	31	60
PS3	36	39	75
PS4	33	36	69
PS5	34	34	70
PS6	33	30	63
PS7	31	39	70
PS8	34	32	66

Tableau 5

Récapitulatif des données obtenues pour la macrostructure

	Nombre de mots	Macrostructure									
		éléments traditionnels du récit					éléments additionnels au schéma traditionnel du récit				
		Cadre	événement déclencheur	Conséquences	Résolution	Fin	événements supplémentaires	Description de l'image	Élément supplémentaire	Commentaire	
Personnes ayant une maladie schizophrénique											
PS1	77	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
PS2	69	1	1	1	0	0	0	0	0	3	
PS3	62	1	0	0	0	1	0	2	0	1	
PS4	88	0	0	0	0	0	0	5	1	7	
PS5	386	1	0	0	0	1	0	12	2	1	
PS6	139	1	1	1	1	0	0	2	1	0	
PS7	110	1	1	1	0	1	0	0	1	0	
PS8	106	1	1	1	1	1	0	0	1	0	
Personnes contrôle											
PC1	142	1	0	1	0	0	0	3	0	2	
PC2	259	0	1	1	1	1	0	0	11	0	
PC3	219	1	1	1	1	1	0	0	8	0	
PC4	161	1	0	1	1	1	0	4	1	0	
PC5	96	1	1	1	1	1	0	0	0	1	
PC6	118	0	1	1	1	1	1	0	3	0	
PC7	232	1	1	1	1	1	3	0	4	0	
PC8	444	1	1	1	1	1	3	0	7	0	

Tableau 6

Récapitulatif des données obtenues pour le langage interne d'état

	Langage interne d'état					
	E	P	C	Md	Ev	
Personnes ayant une maladie schizophrénique						
PS1	0	0	0	0	0	0
PS2	0	0	0	0	1	0
PS3	0	1	0	0	0	0
PS4	0	0	0	0	0	0
PS5	6	0	0	3	1	2
PS6	2	1	1	2	1	0
PS7	1	0	0	2	0	4
PS8	0	0	0	0	2	0
Personnes contrôle						
PC1	5	0	0	0	0	1
PC2	2	2	0	0	8	8
PC3	5	1	2	3	0	0
PC4	2	2	0	2	4	0
PC5	0	0	0	2	1	0
PC6	1	0	0	0	0	0
PC7	1	4	0	5	3	0
PC8	8	2	6	3	12	0

E : émotion

P : physiologie

C : cognition

Md : modalité

Ev : évaluation

Tableau 7*Récapitulatif des données obtenues pour la microstructure*

	Expressions référentielles définies				Expressions référentielles indéfinies		
	END	ENP	EAP	EAD	ENI	EAI	
Personnes ayant une maladie schizophrénique							
PS1		4	0	2	0	3	0
PS2		2	1	1	0	7	1
PS3		4	0	2	0	3	0
PS4		9	0	1	2	4	0
PS5		43	5	12	5	19	1
PS6		13	0	6	1	8	0
PS7		9	0	2	1	11	0
PS8		4	0	10	3	5	0
Personnes contrôle							
PC1		4	0	3	0	6	0
PC2		35	0	9	1	10	2
PC3		17	0	9	2	8	1
PC4		8	1	1	2	7	1
PC5		6	0	7	1	4	0
PC6		9	1	10	0	2	0
PC7		20	0	6	4	11	0
PC8		15	2	16	2	17	0

END : expression nominale définie

ENP : expression nominale partitive

EAP : expression adjectivale possessive

EAD : expression adjectivale démonstrative

ENI : expression nominale indéfinie

EAI : expression adjectivale indéfinie

Personnes ayant une maladie schizophrénique	Expressions pronominales					
	<u>EPPe</u>	<u>EPD</u>	<u>EPRf</u>	<u>EPI</u>	<u>EPA</u>	<u>EPRv</u>
PS1	9	0	2	2	0	1
PS2	3	0	0	5	1	1
PS3	7	4	0	0	0	3
PS4	7	5	1	2	0	1
PS5	11	2	4	5	0	2
PS6	8	0	4	1	0	0
PS7	0	0	1	2	0	4
PS8	4	1	7	1	1	2
Personnes contrôle						
PC1	13	7	3	5	2	2
PC2	4	3	4	3	0	1
PC3	14	3	5	6	0	3
PC4	4	3	3	10	0	7
PC5	4	3	0	0	0	2
PC6	11	0	0	0	0	4
PC7	17	1	9	1	0	7
PC8	63	11	7	7	2	6

EPPe : expression pronominale personnelle

EPD : expression pronominale démonstrative

EPRf : expression pronominale réfléchie

EPI : expression pronominale indéfinie

EPA : expression pronominale adverbiale

EPRv : expression pronominale relative

Personnes ayant une maladie schizophrénique	Dispositifs de structuration du récit						Marqueurs de difficulté d'élaboration	Adjectifs qualificatifs	
	T	A	Ca	Co	MD				
PS1		1	2	0	0		5	9	0
PS2		1	2	1	0		1	3	2
PS3		1	2	0	0		3	3	3
PS4		1	3	0	1		2	8	3
PS5		0	19	10	1		2	25	23
PS6		1	4	0	1		1	1	8
PS7		5	4	0	1		0	9	10
PS8		2	4	1	1		0	4	3
Personnes contrôle									
PC1		1	6	2	0		9	13	5
PC2		8	4	2	1		1	10	20
PC3		5	11	0	2		1	2	3
PC4		2	5	0	0		4	11	6
PC5		0	1	1	2		2	6	4
PC6		0	7	2	0		1	12	6
PC7		3	7	4	1		2	18	10
PC8		2	24	7	11		27	25	20

T : relation temporelle

A : relation additive

Ca : relation causale

Co : relation contrastive

MD : marqueurs de discours

Tableau 8*Éléments appartenant au schéma traditionnel du récit*

	Nombre de personnes ayant présenté la spécificité	Nombre de personnes avec une maladie schizophr énique ayant présenté la spécificité	Pourcenta ge	Écart-type	Nombre de personnes contrôle ayant présenté la spécificité	Pourcenta ge	Écart-type	p-valeur
Cadre	13	7	87,5	0,35	6	75	0,46	.522
Évènemen t déclenche ur	10	4	50	0,54	6	75	0,46	.302
Conséque nces	12	4	50	0,54	8	100	0	.021
Résolutio n	9	2	25	0,46	7	87,5	0,35	.012
Fin	11	4	50	0,54	7	87,5	0,35	.106

Tableau 9*Éléments additionnels au schéma traditionnel du récit*

	Nombre de personnes ayant présenté la spécificité	Nombre de personnes avec une maladie schizophrénique ayant présenté la spécificité	Pourcentage	Écart-type	Nombre de personnes ayant présenté la spécificité	Pourcentage	Écart-type	valeur
Événement supplémentaire	3	0	0	0	3	37,5	0,52	0
Description	6	3	37,5	2,2	3	37,5	0,93	.251
Éléments supplémentaires	11	5	62,5	0,52	6	75	1,6	.079
Commentaires	7	5	62,5	2,85	2	25	0,46	.203

Tableau 10*Éléments de structuration du récit*

	Nombre de personnes ayant présenté la spécificité	Nombre de personnes avec une maladie schizophrénique ayant présenté la spécificité	Pourcentage	Écart-type	Nombre de personnes ayant contrôlé la spécificité	Pourcentage	Écart-type	p-valeur
Connecteurs temporaux	12	7	87,5	1,51	5	62,5	1,07	.375
Connecteurs additifs	16	8	100	0,76	8	100	1,69	.869
Connecteurs causaux	9	3	37,5	1,06	6	75	0,84	.199
Connecteurs contrastifs	7	4	50	0,54	3	37,5	0,92	1
Marqueurs de discours	12	6	75	2,27	6	75	2,44	.787
Difficulté d'élaboration	16	8	100	3,44	8	100	2,88	.751

Tableau 11*Expressions référentielles définies*

	Nombre de personnes ayant présenté la spécificité	Nombre de personnes avec une maladie schizophr énique ayant présenté la spécificité	Pourcenta ge	Écart-type	Nombre de personnes contrôle ayant présenté la spécificité	Pourcenta ge	Écart-type	p-valeur
END	16	8	100	2,93	8	100	3,63	.832
ENP	4	2	25	0,46	2	25	0,46	1
EAD	9	5	62,5	1,07	4	50	0,74	.52
EAP	16	8	100	2,55	8	100	2,39	.534

END : expression nominale définie

ENP : expression nominale partitive

EAP : expression adjectivale possessive

EAD : expression adjectivale démonstrative

Tableau 12*Adjectifs qualificatifs*

	Nombre de personnes ayant présenté la spécificité	Nombre de personnes avec une maladie schizophr énique ayant présenté la spécificité	Pourcenta ge	Écart-type	Nombre de personnes contrôle ayant présenté la spécificité	Pourcenta ge	Écart-type	p-valeur
Adjectifs qualificati fs	15	7	87,5	2,72	8	100	1,92	.958

Tableau 13*Expressions nominales indéfinies*

	Nombre de personnes ayant présenté la spécificité	Nombre de personnes avec une maladie schizophr énique ayant présenté la spécificité	Pourcenta ge	Écart-type	Nombre de personnes contrôle ayant présenté la spécificité	Pourcenta ge	Écart-type	p-valeur
ENI	16	8	100	2,38	8	100	0,84	.004
EAI	3	1	12,5	0,35	2	25	0,46	.587

ENI : expression nominale indéfinie

EAI : expression adjectivale indéfinie

Tableau 14*Langage interne d'état*

	Nombre de personnes ayant présenté la spécificité	Nombre de personnes avec une maladie schizophr énique ayant présenté la spécificité	Pourcenta ge	Écart-type	Nombre de personnes contrôle ayant présenté la spécificité	Pourcenta ge	Écart-type	p-valeur
Émotion	9	3	37,5	0,76	6	75	1,3	.131
Physiologie	5	2	25	0,74	3	37,5	0,76	.70
Cognition	5	3	37,5	0,76	2	25	0,46	.561
Modalité	9	3	37,5	0,76	6	75	1,04	.131
Évaluation	8	2	25	1,41	6	75	1,19	.113

Tableau 15*Expressions pronominales*

	Nombre de personnes ayant présenté la spécificité	Nombre de personnes avec une maladie schizophr énique ayant présenté la spécificité	Pourcenta ge	Écart-type	Nombre de personnes contrôle ayant présenté la spécificité	Pourcenta ge	Écart-type	p-valeur
EPPe	15	7	87,5	4,11	8	100	4,07	.833
EPD	10	4	50	2,66	6	75	1,67	.549
EPRf	12	6	75	2,33	6	75	1,28	.872
EPI	12	7	87,5	2,17	5	62,5	2,2	.831
EPA	3	2	25	0,46	1	12,5	0,35	.587
EPRv	14	7	87,5	1,73	7	87,5	1,36	.912

EPPe : expression pronominale personnelle

EPD : expression pronominale démonstrative

EPRf : expression pronominale réfléchie

EPI : expression pronominale indéfinie

EPA : expression pronominale adverbiale

EPRv : expression pronominale relative

Annexe 7 : Notice d'information

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mes études à l'école d'orthophonie de Nantes, je suis amenée à rédiger un mémoire de fin d'année. Mme Cyprien, orthophoniste et Mme Quémart, enseignant-chercheur, m'encadrent dans ce projet.

Ce travail consiste en l'étude de la structure narrative chez les patients adultes ayant une maladie schizophrénique sans déficience intellectuelle. Le but est d'examiner leur discours à différents niveaux (microstructure et macrostructure) et de le comparer à celui d'une population contrôle sans pathologie psychiatrique. Ainsi, nous verrons s'il existe des spécificités discursives propres à la population avec une maladie schizophrénique.

Afin de mettre en avant ces particularités discursives, nous réalisons des passations de l'épreuve de récit sur images tirée du PELEA auprès de patients adultes ayant une maladie schizophrénique. Ils doivent être majeurs (entre 18 et 45 ans préférentiellement), ne doivent pas présenter de déficience intellectuelle, leur vision et leur audition doivent être normales ou corrigées et leur traitement doit être bien toléré.

Nous réalisons également ces passations auprès d'une population sans pathologie psychiatrique. Les participants doivent remplir les mêmes critères d'inclusion et être appariés selon des critères précis (âge, sexe) avec les patients avec une maladie schizophrénique.

Les passations se dérouleront au sein du CreSERC (CHU de Nantes), le 26 février 2024. Elles s'apparentent à une situation de bilan où plusieurs épreuves seront réalisées : d'abord, deux épreuves de langage formel issues du TLE, puis une épreuve de récit sur images issue du PELEA. Les productions de cette épreuve seront enregistrées afin d'être analysées ultérieurement. Enfin, un questionnaire de fonctionnement social sera à remplir par les participants. Nous mettrons ainsi en lien leurs réponses à leurs résultats à l'épreuve de narration. Les entretiens dureront environ 45 minutes par participant.

Vos droits à la confidentialité

Les données d'expérimentation seront traitées avec la plus grande confidentialité, aussi la participation à une étude se fait dans le respect de l'anonymat. Aucun renseignement susceptible de révéler votre identité ne sera dévoilé. Un code aléatoire sera attribué aux données de chaque participant. Le document établissant la correspondance entre ce code et l'identité des participants sera conservé dans un lieu sécurisé, et accessible uniquement au responsable scientifique ou à des personnes autorisées. Ce document sera détruit après anonymisation des données pour l'analyse

Vos droits de poser des questions à tout moment

Vous pouvez poser des questions sur la recherche à tout moment (avant, pendant et après la procédure de recherche) en vous adressant au responsable scientifique dont les coordonnées sont rapportées ci-dessous.

Vos droits à vous retirer de la recherche à tout moment

Votre contribution à cette recherche est volontaire. Après avoir lu cette notice d'information, vous signerez un formulaire de consentement éclairé. Vous pourrez retirer ce consentement à tout moment et demander à ce que les données d'expérimentation soient détruites en vous adressant au(x) responsable(s) scientifique(s).

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à vous adresser au(x) responsable(s) scientifique(s), dont les coordonnées figurent ci-dessous.

Nous vous remercions par avance pour votre collaboration.

Illona DERET, étudiante responsable du projet – 07 60 91 64 22 – Illona.DERET@etu.univ-nantes.fr

Annexe 8 : Lettre de consentement éclairé

LETTRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Coordonnées du responsable du projet (étudiant)

Nom : DERET

Prénom : Illona

Mail : Illona.DERET@etu.univ-nantes.fr

Titre de l'étude : La structure narrative chez les patients avec une maladie schizophrénique sans déficience intellectuelle

Coordonnées du participant

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Dans le cadre de la réalisation d'une étude, Mme DERET Illona, étudiante en orthophonie m'a proposé de participer à une investigation organisée par le Centre de Formation Universitaire en Orthophonie (CFUO) de Nantes.

Elle m'a clairement présenté les objectifs de l'étude, m'indiquant que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Afin d'éclairer ma décision, une information précisant clairement les implications d'un tel protocole m'a été communiquée, à savoir : le but de la recherche, sa méthodologie, sa durée, les bénéfices attendus, ses éventuelles contraintes, les risques prévisibles, y compris en cas d'arrêt de la recherche avant son terme. J'ai pu poser toutes les questions nécessaires, notamment sur l'ensemble des éléments déjà cités, afin d'avoir une compréhension réelle de l'information transmise. J'ai obtenu des réponses claires et adaptées, afin que je puisse me faire mon propre jugement.

Toutes les données et informations me concernant resteront strictement confidentielles. Seules les responsables du projet y auront accès.

J'ai pris connaissance de mon droit d'accès et de rectification des informations nominatives me concernant et qui sont traitées de manière automatisée, selon les termes de la loi.

J'ai connaissance du fait que je peux retirer mon consentement à tout moment du déroulement du protocole et donc cesser ma participation, sans encourir aucune responsabilité. Je pourrai à tout moment demander des informations complémentaires concernant cette étude.

Ayant disposé d'un temps de réflexion suffisant avant de prendre ma décision, et compte tenu de l'ensemble de ces éléments, j'accepte librement et volontairement de participer à cette étude dans les conditions établies par la loi.

Fait à _____ le _____

Signature du participant

Signature de l'étudiant

La structure narrative chez les patients avec une maladie schizophrénique sans déficience intellectuelle

RÉSUMÉ

La maladie schizophrénique s'articule autour de trois symptômes : négatifs, positifs, ainsi que la désorganisation. Chacune de ces composantes a des conséquences sur la pragmatique du langage, affectant notamment la cognition sociale et la structure narrative. D'après la littérature, les patients ayant cette maladie présentent des spécificités dans les trois dimensions du récit : la macrostructure, la microstructure et le langage interne d'état. Au moyen d'une grille d'analyse utilisée par Drzazga (2022) et d'une épreuve de récit sur images issue du PELEA, nous avons analysé le discours de 8 participants avec une maladie schizophrénique sans déficience intellectuelle. Les données ont été comparées avec celles de 8 participants sans pathologie psychiatrique. Les résultats ont mis en avant des spécificités chez les participants avec une maladie schizophrénique au niveau de la macrostructure et de la microstructure : leur récit est moins cohérent que celui du groupe contrôle, ils emploient également davantage d'expressions nominales indéfinies. En revanche, aucune particularité n'a été décelée dans le langage interne d'état. Le fonctionnement quotidien de ces participants a été recueilli au moyen d'un questionnaire, mais les résultats obtenus n'ont pas apporté d'éclaircissements sur les difficultés narratives observées.

Mots-clés : Maladie schizophrénique, structure narrative, récit, analyse, discours

ABSTRACT

Schizophrenia is based on three symptoms: negative, positive and disorganization. Each of these components has consequences for language pragmatics, affecting social cognition and narrative structure in particular. According to the literature, patients with this disease present specificities in the three dimensions of narrative: macrostructure, microstructure and internal state language. By means of an analysis grid used by Drzazga (2022) and a picture-based narrative test derived from the PELEA, we analyzed the discourse of 8 participants with schizophrenic illness without intellectual disability. The data were compared with those of 8 participants with no psychiatric pathology. The results revealed specific macro- and microstructural features in participants with schizophrenia: their narratives were less coherent than those of the control group, and they used more indefinite noun phrases. On the other hand, no particularities were detected in the internal state language. The daily functioning of these participants was collected by means of a questionnaire, but the results obtained did not shed any light on the narrative difficulties observed.

Keywords : Schizophrenia, narrative structure, story, analysis, speech
