



HAL
open science

Intérêt de la prise en charge orthophonique des personnes souffrant de schizophrénie, dans une perspective de réhabilitation psychosociale: étude de cas

Clémence Findlay

► To cite this version:

Clémence Findlay. Intérêt de la prise en charge orthophonique des personnes souffrant de schizophrénie, dans une perspective de réhabilitation psychosociale: étude de cas. Médecine humaine et pathologie. 2012. hal-01874222

HAL Id: hal-01874222

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01874222v1>

Submitted on 14 Sep 2018

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.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE NANCY

**MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU CERTICAT DE CAPACITE
D'ORTHOPHONIE**

**INTERET DE LA PRISE EN CHARGE ORTHOPHONIQUE DES PERSONNES
SOUFFRANT DE SCHIZOPHRENIE, DANS UNE PERSPECTIVE DE
REHABILITATION PSYCHOSOCIALE : ETUDE DE CAS.**

Directeurs de mémoire : Mme Caroline BOUCARD et M. Philippe CLAUDON

Année universitaire : 2011/2012

FINDLAY Clémence

9 rue Saint-Michel

54 000 Nancy

Tél : 06 81 73 00 68

Née le 20/03/1987

Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer ma reconnaissance aux personnes qui m'ont fait l'honneur de participer au jury de cette soutenance de mémoire. Je remercie Monsieur le professeur Michel Musiol d'avoir accepté de présider le jury de cette soutenance de mémoire. Je remercie également Madame Véronique Sibiril et Madame Caroline Sevrain qui m'ont fait le plaisir d'en être rapporteurs.

Je tiens à exprimer toute ma gratitude à Madame Caroline Boucard et à Monsieur Philippe Claudon qui ont accepté de diriger ce travail. Le temps qu'ils m'ont consacré tout au long de cette année universitaire, leurs conseils avisés, et leur optimisme durant les tout derniers moments furent très précieux pour moi cette année et m'ont permis de mener à bien cette idée de départ.

Je remercie Mme K pour s'être lancée avec moi dans cet espace, pour m'avoir fait confiance, et m'avoir parlé.

Je remercie Caroline Louviot, président d'Espoir 54, pour avoir jeté un œil intéressé sur mon projet, et m'avoir si bien accueillie au sein de son service. Je remercie par ailleurs Coralie Huynen, la référente de Mme K, pour les échanges intéressants que nous avons eus. Je remercie le Docteur Beau, psychiatre de Mme K, pour m'avoir consacré un peu de son temps et m'avoir fait confiance.

Je tiens à remercier Rachel Legardeur, qui a grandement participé à mon cheminement professionnel *-et même plus-* durant toute cette année universitaire. Je suis heureuse de commencer à travailler avec une telle vision de la profession en tête grâce à vous.

Je remercie ma mère Élisabeth pour les mots, et mon père Andrew pour la parole.

Je remercie François pour son regard et tout ce qui arrivera.

Enfin j'ai une pensée pour toutes mes amies, du ce2, de la première ou deuxième année, et les autres pour n'avoir pas été loin durant toutes ces années.

INTRODUCTION	7
1. MOTIVATIONS SCIENTIFIQUES	7
• La prosodie.....	7
• Le lexique et la sémantique.....	8
• Le discours	8
2. PROBLÉMATIQUE.....	9
PARTIE THEORIQUE.....	11
1. LA COMMUNICATION DES PERSONNES ATTEINTES DE SCHIZOPHRÉNIE.....	11
1.2 <i>Les troubles du langage des patients schizophrènes</i>	12
1.3 <i>Les différentes manifestations des troubles selon la symptomatologie positive ou négative</i>	13
• Les symptômes négatifs	13
• Les symptômes positifs	14
1.4 <i>Les troubles de la communication des patients schizophrènes</i>	14
• Les troubles affectant la prosodie	15
• Les troubles lexico-sémantiques	16
• Les troubles discursifs.....	17
• Les troubles pragmatiques	18
• La question de la théorie de l'esprit.....	19
1.5 <i>Les causes des troubles de la communication des patients schizophrènes</i>	20
• Les conséquences de troubles de la pensée.....	21
• Les conséquences de difficultés d'expression de la pensée.....	21
• Une perturbation de l'initiation et de la production d'actions volontaires.....	22
• La défaillance du self monitoring (Frith 1996).....	23
• Les troubles de la cognition sociale	23
• L'altération du sens de l'effort.....	24
1.6 <i>Conclusion</i>	25
LA RÉHABILITATION PSYCHO-SOCIALE.....	26
1. DÉFINITION	26
1.2 <i>Les valeurs qui guident la réhabilitation</i>	26
1.3 <i>Les concepts liés à la notion de réhabilitation</i>	27
• La réadaptation.....	27
• La réinsertion	28
• Le rétablissement	28
1.4 <i>La notion du « social » dans la réhabilitation</i>	29
2. HISTORIQUE	29
3. INTÉRÊT POUR LES PATIENTS PSYCHIATRIQUES-SCHIZOPHRÈNES	31
3.1 <i>Les symptômes visés</i>	32
3.2 <i>Les objectifs</i>	32
3.3 <i>Mise en œuvre</i>	34
3.4 <i>Les limites</i>	35
4. UTILISATION EN ORTHOPHONIE	36
L'ORTHOPHONIE EN PSYCHIATRIE ADULTE	38
1. L'HOMME ET LE LANGAGE.....	38
1.1 <i>Langage et communication</i>	39
1.2 <i>La fonction symbolique du langage</i>	39

1.3	<i>Pensée et langage</i>	40
1.4	<i>Le caractère social du langage</i>	41
2.	LE LANGAGE EN PSYCHIATRIE	41
2.1	<i>Les débuts de la psychiatrie</i>	41
2.2	<i>L'apport de la psychanalyse</i>	42
2.3	<i>Et maintenant</i>	44
3.	LE LANGAGE EN ORTHOPHONIE	44
3.1	<i>Le langage et la communication</i>	44
3.2	<i>L'appréhension d'un symptôme</i>	45
3.3	<i>Les demandes</i>	46
3.4	<i>La spécificité du cadre orthophonique</i>	46
	MÉTHODOLOGIE	48
1.	POPULATION.....	48
2.	CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION.....	49
	• Critères d'inclusion	49
	• Critères d'exclusion	49
	OUTILS MÉTHODOLOGIQUES	49
1.	UNE PHASE D'ENTRETIENS ET D'ÉVALUATION.....	50
1.2	<i>Le protocole MEC</i>	50
1.3	<i>L'échelle de communication verbale de Bordeaux</i>	50
1.4	<i>Q.A.L.A</i>	50
1.5	<i>Les entretiens</i>	51
2.	UNE PHASE DE MÉDIATION	52
2.1	<i>Lieu des séances</i>	52
2.2	<i>Calendrier de l'étude</i>	52
2.3	<i>L'atelier DIXILUDO</i>	53
3.	LA PHASE D'ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DE LA PRISE EN CHARGE.	53
	MODE DE TRAITEMENT DES DONNÉES	54
	DÉMARCHE EXPLORATOIRE	55
	RÉSULTATS ET ANALYSES	55
1.	ANALYSES DES DONNÉES ET TRAITEMENT DES HYPOTHÈSES	55
1.2	<i>Premiers entretiens et bilan de Mme K</i>	55
1.3	<i>Anamnèse</i>	55
1.4	<i>Histoire de la maladie</i>	56
1.5	<i>Prises en charge</i>	56
1.6	<i>Mode de vie actuel</i>	56
1.7	<i>Traitement</i>	57
1.8	<i>Communication</i>	57
2.	BILAN DE MME K.....	57
2.1	<i>Résultats aux épreuves du protocole MEC</i>	57
	• Compétences paraverbales :	58
	• Compétences lexico-sémantiques :	58
	• Compétences discursives :	59
	• Compétences pragmatiques :	59
	• Questionnaire sur la conscience des troubles :	60
2.2	<i>Résultats à l'ECVB</i>	61
2.3	<i>Objectifs des séances</i>	62
	• L'interaction.....	62
	• Le plaisir dans la communication	63

• Travail langagier	63
• Objectif à long terme.....	64
SYNTHÈSE ET CONCLUSIONS POUR LES HYPOTHÈSES	64
• Estime de soi	64
• Possibilité de partager des idées, des informations autour d'une situation commune	65
• Le tour de rôle, l'interaction	65
• Écho à son vécu.....	66
• Plaisir	66
• La fluence.....	67
• Le regard	67
POSITIONNEMENT PERSONNEL DANS LA RECHERCHE ET LES SITUATIONS CLINIQUES	67
• La négociation du cadre	68
• La gestion des « non-objectifs » de la patiente, de sa passivité.....	68
• La gestion des silences, du vide.....	69
• La gestion de la distance avec la patiente, la façon de parler de soi, de parler d'elle.....	69
• La préparation du matériel : pas <i>orthophonique</i> forcément, le besoin d'un fil rouge.....	70
• Des séances négociées ensemble, la proposition d'un modèle imparfait.....	71
• Gestion du transfert et du contre-transfert	72
• Gestion du <i>avant</i> et <i>après</i> la séance	72
• La « suite »	73
CONCLUSIONS	74
1. SYNTHÈSE GLOBALE DES RÉSULTATS ET DES HYPOTHÈSES THÉORIQUES	74
• Langage non verbal.....	74
• L'expression des émotions.....	75
• Questionnaire	75
2. CRITIQUES SUR LA DÉMARCHE ET LE TRAVAIL	76
BIBLIOGRAPHIE	79

INTRODUCTION

1. Motivations scientifiques

La schizophrénie est une maladie de la pensée et la plus fréquente des psychoses mentales chroniques. Elle toucherait 0,85% de la population mondiale. Le terme fut introduit en 1911 par Bleuler dans son ouvrage La démence précoce ou le groupe des schizophrénies. Il signifie étymologiquement « l'esprit scindé ».

C'est une pathologie mentale caractérisée par des difficultés de relation avec la réalité. Ses retentissements sur la vie quotidienne du patient en font l'une des maladies mentales les plus handicapantes. Elle touche le sujet jeune –adolescent ou jeune adulte-, ce qui est d'autant plus pénalisant pour l'évolution future et les perspectives d'avenir du patient.

Le tableau clinique est caractérisé par une dissociation psychique qui peut se constituer de signes positifs, comportant alors deux symptômes typiques psychotiques : le délire et les hallucinations (auditives, visuelles et tactiles). Des signes négatifs peuvent également être présents, qui quant à eux se caractériseront par des troubles de la pensée, du langage, de la communication, des troubles de l'affectivité ainsi que des troubles psychomoteurs et un repli sur la vie intérieure.

Les tableaux cliniques peuvent être très variables d'un patient à un autre et peuvent prendre des formes cliniques telles que la schizophrénie simple, la schizophrénie paranoïde, l'hébéphrénie, la catatonie, la schizophrénie pseudo-névrotique, l'héboïdophrénie, la schizophrénie affective.

Chez ces patients la relation avec la réalité est perturbée, mais aussi celle avec autrui. Les troubles de la communication verbale et non verbale sont très prégnants dans la symptomatologie. Les troubles du langage sont à envisager comme le reflet des troubles de la pensée et on notera tout particulièrement des difficultés dans ces quatre composantes langagières :

- **La prosodie**

Notamment la prosodie émotionnelle qui est particulièrement touchée, l'intonation peut être monotone, et il peut y avoir des difficultés à interpréter la prosodie d'autrui.

- **Le lexique et la sémantique**

On note une réduction de la disponibilité lexicale, un manque du mot qui entraîne une réduction de la fluence verbale. La production du patient est diminuée, à l'extrême il peut être mutique.

- **Le discours**

Le patient présente une désorganisation du discours, peut faire des associations qui paraissent surprenantes et imprévisibles, que l'on ne peut pas toujours interpréter. On parle « d'incohérence schizophrénique » ou de « bizarrerie schizophrénique ».

Il y a un non respect des règles de cohérence textuelle, une fréquente perte de l'axe thématique, et des ruptures énonciatives qui seraient caractéristiques du discours schizophrénique.

Quand les troubles sont très graves le discours peut s'apparenter à un jargon, on peut parler de schizophasie, le discours étant alors totalement incompréhensible.

- **La pragmatique**

Il y a une affectation globale de la pragmatique du langage, c'est l'aspect de la communication qui est le plus touché chez le patient schizophrène.

Le patient présente des difficultés d'adaptation à l'interlocuteur, une absence de prise en compte de l'histoire conversationnelle qui existe entre lui et les autres et des difficultés à respecter les règles conversationnelles.

Ces troubles coexistent en réception et en expression, et ont pour conséquence de limiter les interactions sociales des patients, qui peuvent parfois se cantonner aux soignants qui les entourent. Ces difficultés de communication perturbent tous les aspects de la vie du patient, qu'ils soient relationnels, sociaux et professionnels, et ont aussi des conséquences sur son autonomie.

L'isolement qui en découle accroît les risques de désocialisation, de désinsertion sociale, qui eux-mêmes prolongent les durées d'hospitalisation. Un handicap social vient alors se surajouter au tableau clinique du patient schizophrène.

Or une communication efficace est une compétence clé pour l'insertion et la prise en charge globale du patient en permettant des contacts avec les soignants et l'extérieur et la compréhension des informations concernant sa maladie et son traitement. La bonne intégration de ces informations permettrait également d'atténuer l'anosognosie dont souffrent de nombreux patients schizophrènes (Castillo, 2008).

La plupart des patients ne sont pas hospitalisés de façon prolongée et vivent dans des structures légères ou auprès de leurs proches, leur autonomie et leur insertion dans la société grâce à une communication efficiente est donc un enjeu crucial dans leur prise en charge.

L'association d'un traitement pharmacologique permettant le traitement de l'accès aigu et la prévention des rechutes ainsi qu'une intervention psycho-éducative permet d'améliorer le pronostic à long terme. Le projet thérapeutique proposé au patient doit forcément envisager l'avenir en plus du traitement des symptômes immédiats et inclure l'objectif de « guérison sociale ».

Le traitement ne peut s'envisager qu'à long terme. En effet la chronicité des troubles impose d'intégrer des mesures de réadaptation et de resocialisation, qui ont pour but d'améliorer spécifiquement les capacités déficitaires dans un projet de réinsertion sociale et d'amélioration de la qualité de vie.

2. Problématique

La spécificité des troubles communicationnels du patient schizophrène nécessite une prise en charge spécifique que l'orthophoniste, de par ses compétences concernant les troubles de la communication et du langage, est à même d'effectuer. Son intégration au sein de l'équipe de soin participe à une prise en charge globale du patient qui prend en compte toute la sémiologie.

L'objectif de ce mémoire est de créer et d'objectiver l'efficacité de la mise en place d'une rééducation qui permettrait d'améliorer les aspects les plus déficitaires de la communication du patient schizophrène, en intégrant cette rééducation dans une prise en charge globale à visée pragmatique et adaptative, dans un objectif de « guérison sociale », afin que le langage soit utilisé en tant qu'outil de communication.

Le dispositif que nous souhaitons créer a pour objectif d'entraîner les capacités déficitaires mises en évidence grâce à une évaluation orthophonique spécifique, pour permettre à terme au patient de nourrir des contacts sociaux et de participer aux échanges de la société et d'accroître ses capacités à vivre en société.

Ceci s'effectuera grâce à un dispositif souple, progressif et individualisé. Un travail écologique, avec des supports de situation de la vie quotidienne permettra la généralisation des acquis de la rééducation et un rapide transfert au quotidien.

Par ailleurs nous tenterons par le biais de ce travail de spécifier et légitimer la place de l'orthophonie en psychiatrie adulte, en mettant en évidence l'efficacité de ce type d'intervention. En effet si le rôle des orthophonistes en pédopsychiatrie est reconnu, leur place en psychiatrie adulte reste peu développée.

Dans ces pathologies les troubles du langage sont pourtant bien souvent très prégnants. Si la psychiatrie s'y intéresse de façon interprétative, les considérant comme le reflet de l'organisation psychique du patient, l'orthophonie peut agir sur l'outil de communication lésé qu'est le langage dans ces pathologies, chercher à travailler sur la forme, la capacité du langage à signifier et à entrer en relation avec autrui.

L'intégration d'une évaluation et d'un suivi orthophonique en psychiatrie permettrait de donner un sens nouveau au suivi thérapeutique du patient. En effet il s'agirait de considérer le patient comme être au monde, en interaction avec ce dernier grâce aux outils de communication sur lesquels nous travaillons traditionnellement en orthophonie. Les séances d'orthophonie peuvent servir d'espaces d'ouverture sur le monde, protégés, dans lesquels le patient peut développer et réintégrer progressivement les capacités nécessaires à une communication et une interaction efficaces.

PARTIE THEORIQUE

Notre partie théorique se composera de la façon suivante :

Dans un premier temps nous décrirons les troubles de la communication chez le patient schizophrène. Nous décrirons les différents aspects du langage touchés tels que la pragmatique, le discours, le lexique et la sémantique.

Dans un second temps nous chercherons à préciser la notion de réhabilitation psychosociale et sa légitimité dans la prise en charge de patients schizophrènes. En effet, les patients schizophrènes ont des difficultés d'intégration dans la vie communautaire. Une rééducation de l'autonomie et des compétences sociales permet alors d'optimiser le pronostic et de favoriser l'observance au traitement, tout en permettant une meilleure insertion sociale. Nous chercherons à comprendre les intrications de tels programmes avec la communication du patient, et les effets positifs qu'ils peuvent avoir sur cette dernière.

Enfin nous évoquerons la place de l'orthophonie en psychiatrie adulte. En effet si elle n'est pas encore très présente dans les prises en charge interdisciplinaire des patients, nous pensons que les thérapeutes de la communication ont toute leur place dans ce domaine. Notre intervention auprès de ces patients participerait à la compréhension de sa maladie par le sujet, permettant d'améliorer l'observance au traitement et son implication dans la prise en charge globale.

Cela permettrait également d'améliorer la qualité de vie des patients, en facilitant la réinsertion sociale et l'autonomie, la communication en interaction, l'accroissement de l'estime de soi.

1. La communication des personnes atteintes de schizophrénie

Le langage et la pathologie psychiatrique sont étroitement liés. C'est au travers du langage que s'expriment les difficultés d'établissement des relations avec autrui et avec le monde extérieur dont peuvent souffrir ces patients. Par ailleurs, pour le psychiatre, le discours du patient est un moyen privilégié pour aborder le patient, sa symptomatologie et le vécu de

ses troubles. C'est à partir de sa verbalisation que le patient peut faire part de son fonctionnement psychique.

1.2 Les troubles du langage des patients schizophrènes

La symptomatologie langagière des patients schizophrènes fut l'objet de descriptions détaillées, dès les premières évocations de la maladie, puisque les troubles du langage furent toujours considérés comme l'un des principaux symptômes de la maladie.

Kraepelin (Barrelet, 1993) évoque pour la première fois cette maladie dans la cinquième édition de son traité de psychiatrie (1896) sous le nom latin de *dementia praecox* (démence précoce). Celui-ci nomme schizophasie la production langagière de certains de ses patients : « langage incompréhensible de par le groupement des mots utilisés, qui sont généralement usuels ». Le discours est désorganisé, ceci est considéré comme la conséquence de troubles de la pensée. Ses caractéristiques, pour la forme la plus typique, sont la présence de thèmes de prédilection, d'associations tangentielles, d'un vocabulaire abstrait et des enchaînements d'idées qui peuvent être justifiés par l'allitération ou par l'assonance.

Dans un article datant de 1911, La démence précoce ou le groupe des schizophrénies, Bleuler (Bourgeois, 1999) récuse le terme de démence précoce pour introduire celui de schizophrénie, qu'il forme à partir des termes grecs schizein (fractionnement) et phrèn (esprit) pour traduire l'idée d'une scissure de l'esprit, ce qu'il considère être la source de la maladie. Il postule également que la schizophrénie se caractérise par des troubles du cours de la pensée, qui sont les signes primaires. Ceux-ci ne sont pas observables formellement, mais peuvent être inférés à partir du discours des patients. Ces symptômes sont considérés comme ayant une valeur diagnostique.

Les signes secondaires sont de l'ordre de troubles affectifs, de l'ambivalence et de l'autisme. Ils sont selon Bleuler le reflet d'une adaptation difficile à l'environnement (André-Joris, *in* Musiol et Trognon, 2000).

Les troubles du langage décrits par Bleuler sont notamment un mutisme, l'usage de néologismes, des persévérations, des stéréotypies, un phénomène d'écholalie, une modification de la prosodie, et ce à des degrés variables selon les patients.

Dans son manuel de psychiatrie (1967) Henri Ey postule que « les troubles de la pensée formelle comportent et impliquent les mêmes troubles caractéristiques du langage, puisque

l'idéation est inséparable de son expression verbale. Penser entortillé ou discontinu, c'est forcément parler entortillé et discontinu ». Il évoque des altérations phonétiques dans la structure des mots, l'intonation et le rythme, ainsi que des altérations sémantiques qui peuvent aboutir à la « salade de mots » parfois décrite chez les patients. La conversation est également décrite comme étant très perturbée, le langage est détourné de sa fonction communicationnelle, et serait utilisé comme une langue « personnelle » et non plus comme un langage communautaire.

1.3 Les différentes manifestations des troubles selon la symptomatologie positive ou négative

Si l'on peut décrire de façon générale les troubles langagiers des patients, il faut également se pencher sur la différence de symptômes selon que ceux-ci se trouvent être de nature soit positive soit négative.

Il est nécessaire de tenir compte de ces différences quant à leur écho dans l'aménagement de la prise en charge du patient qu'elles vont nécessiter.

- **Les symptômes négatifs**

Aussi appelés symptômes déficitaires, ils se traduisent par une diminution ou une perte des fonctions normales. Ces symptômes ne sont pas spécifiques à la schizophrénie, et peuvent également faire partie des tableaux dépressifs (Hartmann, 1990 cité par Musiol et Trognon, 2000). Le patient présente un manque d'initiative de l'action, ainsi qu'une indifférence affective. Ces symptômes ont des conséquences plus graves sur la vie des patients, notamment sur leur vie sociale et familiale. Leur sévérité serait en lien avec la désinsertion sociale de ceux-ci.

Les symptômes langagiers sont quant à eux de l'ordre de la pauvreté du discours, le patient peut être mutique, inhibé et donc moins enclin à aller vers l'autre et à communiquer, on notera la présence d'un manque d'initiative verbale et parfois d'un déficit d'attention. Ce type de symptômes semble faire partie du tableau résiduel de nombreux patients stabilisés et accentue le repli social dont ils souffrent pour la plupart.

Ces symptômes ont mauvaise réputation dans la mesure où ils semblent échapper à la compréhension et aux solutions, cependant ils peuvent avoir des vertus protectrices. Le retrait social peut par exemple réduire les angoisses et les symptômes positifs.

- **Les symptômes positifs**

Typiquement, ces symptômes se surajoutent à la perception du réel des patients. Ils peuvent vivre une distorsion délirante de la réalité, et présenter des hallucinations. Cela engendre la plupart du temps un sentiment de dépossession de soi anxiogène.

Ceci a des conséquences sur leur langage et leur communication, entraînant un manque de cohérence et une désorganisation du discours. En témoignent des changements de sujet surprenants, une absence d'axe thématique et de liens logiques entre les phrases (Hardy-Baylé 2003) ainsi que des déraillements. Le discours peut être ponctué de néologismes. Les hallucinations et le délire entraveront le patient dans sa prise en compte des stimuli extérieurs, accentuant les difficultés interactionnelles.

1.4 Les troubles de la communication des patients schizophrènes

Les troubles ont ainsi été décrits comme des manifestations langagières, en se basant sur une comparaison avec un langage « normal ». Ce langage est le moyen privilégié d'expression de la pensée, et nous souhaitons dans ce mémoire évoquer le caractère fonctionnel de ce langage, l'usage qui en est fait.

Selon Jean Perrot (1998), « il n'existe pas de langage qui soit pratiqué sans servir de moyen de communication ». Le langage a pour intention principale la communication. C'est pourquoi nous proposons de considérer les déficits langagiers selon leurs retentissements sur la communication de ces patients. Si le langage est effectivement un objet que l'on peut découper en éléments formant une structure, comme des symboles articulés entre eux, la communication implique un interlocuteur, la transmission d'informations à autrui selon un code partagé.

Les usages du langage étant lésés dans cette pathologie (Musiol et Trognon, 2000), on considère que les spécificités du langage de ces patients ont des conséquences sur leurs possibilités de communication et d'interaction, qui ont elles-mêmes des retentissements sur de nombreux aspects de la vie des patients, tels que leur vie quotidienne, leur autonomie, leur réinsertion, leurs relations avec leur entourage et les soignants. Nous pensons ainsi qu'agir sur ces troubles peut permettre une amélioration globale de la qualité de vie du patient, et ainsi favoriser sa réinsertion. C'est en effet un enjeu d'autant plus crucial que la schizophrénie est la pathologie psychiatrique qui provoque le plus de rejet et de stigmatisation (Castillo, 2008).

Dans cette perspective quatre domaines sont communément décrits dans la littérature. Ils peuvent être altérés indépendamment des autres, à des degrés divers selon les patients. Ces

quatre domaines sont également ceux qui feront l'objet de notre bilan auprès des patients à travers le protocole MEC, et à partir desquels il est possible d'envisager une rééducation afin de pallier les troubles de la communication que leur atteinte génère.

- **Les troubles affectant la prosodie**

La prosodie permet grâce aux phénomènes d'accentuation et d'intonation, ainsi que la variation de paramètres tels que la hauteur, la durée et l'intensité, la transmission d'informations et d'émotions.

Chez les patients souffrant de schizophrénie, la prosodie émotionnelle –qui permet la communication de sentiments- est la plus altérée, tant sur le versant expression que réception.

Au niveau de l'expressivité émotionnelle plus globalement, ces patients ont des difficultés à utiliser leur voix pour exprimer des émotions (Murphy et Cutting, 1990), mais aussi leurs mimiques (Braun et al 1991 cités par Frith 1996). Si la symptomatologie de ces patients est plutôt négative il est fréquent qu'ils présentent un émoussement des affects, alors « le sujet a un visage et une voix sans expression, il ne s'implique pas dans l'entretien et ne manifeste pas de réponses émotionnelles aux changements de sujet dans la conversation » (Wing 1995). Leur voix est souvent décrite comme étant beaucoup plus monotone que la normale (Leff & Abberton 1981).

Il sera plus difficile alors de faire passer des éléments subtils de la communication non verbale que permet cette prosodie, tels qu'un sourire pour indiquer le caractère ironique d'un énoncé, ou un haussement de sourcils pour indiquer son étonnement.

Au niveau réceptif la compréhension de la prosodie peut elle aussi être problématique. En effet ces patients peuvent avoir des difficultés à reconnaître et à discriminer la prosodie émotionnelle, mais aussi à identifier les expressions émotionnelles véhiculées à travers le visage du locuteur (Cutting 1985, Gessler & al 1989 cités par Frith 1996). Par ailleurs, lorsque ces mimiques sont bien interprétées, les patients ne parviennent pas à réajuster leur discours pour s'adapter aux besoins de l'interlocuteur ainsi témoignés (un froncement de sourcils pour indiquer de l'incompréhension par exemple) (Good cité par Hardy-Baylé 1994).

Ces difficultés au niveau de la prosodie, qui sont liées à celles touchant la mimo-gestualité, feraient partie d'un trouble plus général que Frith (1996) nomme « appauvrissement de la communication ». La difficulté à distinguer les émotions de l'autre rend en effet les interactions sociales malaisées, car cela implique des ratages dans la compréhension du message de l'autre, ainsi que de la présentation de son propre message à l'interlocuteur.

Par ailleurs pour qu'une conversation puisse s'engager avec l'autre, il nous faut reconnaître son intention de communiquer. Cela se traduit à l'aide de signes non verbaux tels que l'action de relever le menton, de se pencher en avant, ou un raclement de gorge. Ce sont des signes ostensifs, et selon Frith (1996) un trouble d'identification de ces signes pourrait expliquer certaines manifestations typiques de la schizophrénie, tel que l'isolement social, mais aussi la tendance à percevoir des signes ostensifs alors que la personne n'en pas a produit. Cette dernière propension pourrait expliquer le délire de référence, les patients pensant à tort que des personnes cherchent à entrer en contact avec eux.

La prosodie est ainsi un élément central du langage, dont les troubles doivent être pris en compte si l'on souhaite tendre vers une amélioration effective des capacités de communication.

- **Les troubles lexico-sémantiques**

Cet aspect du langage est celui qui permet la compréhension et l'expression de mots, mais également de phrases et de textes.

Les troubles de ce domaine chez les patients schizophrènes peuvent être de différents types. Les connaissances lexicales et syntaxiques sont généralement intactes, toutefois des difficultés de recherches lexicales entraveraient les capacités d'évocation (Frith et Allen 1988 cités par Murray 1997) et la faculté à faire des liens entre les mots et énoncés.

Concernant les capacités d'évocation, il peut y avoir un manque du mot, une réduction de la fluence, des difficultés à générer des réponses spontanées, des troubles de l'évocation. La fluence et la richesse des messages produits seront pour ces raisons appauvris, Cela a bien sûr un impact sur l'informativité dont sont capables ces patients, les échanges communicationnels étant plus succincts.

Les patients peuvent également présenter des difficultés à faire des liens entre les mots. Cela se traduit par de l'incohérence, de l'illogisme dans les propos (Andreasen 1979 citée par Frith 1996). Concernant les liens entre les phrases, Andreasen note des déraillements dans 56% des cas étudiés. Cette incohérence pourrait être expliquée par une utilisation inappropriée des marques de cohésion. Les patients utilisent des éléments lexicaux sans référent, ou des références incertaines (Rochester, Martin et Thurston, cités par André-Joris, *in* Musiol et Trognon, 2000).

Le traitement du sens métaphorique des énoncés, du sens figuré, des proverbes sont des domaines dans lesquels les patients rencontrent également des difficultés (Iakimova 2006). En effet les patients auront tendance à comprendre les énoncés selon leur sens littéral, et à

négliger le contexte dans lequel l'expression est émise, ce qui peut causer des incompréhensions.

Ces difficultés spécifiques ont tendance à appauvrir les échanges de part leurs implications sur le discours qu'ils perçoivent et qu'ils n'interprètent pas forcément correctement, ainsi que sur les messages qu'ils produisent qui peuvent manquer de précision et de fil conducteur au yeux de l'interlocuteur. Il sera alors plus difficile pour ce dernier de proposer une réponse.

- **Les troubles discursifs**

La compétence discursive est impliquée dans la transmission d'informations d'une personne à une autre sous une forme conversationnelle, procédurale ou narrative.

Cette compétence sera affectée chez les patients, que ce soit au niveau réceptif ou expressif. C'est le trouble le plus fondamental, car le plus spécifique, et le plus souvent retrouvé dans cette maladie (André-Joris *in* Musiol et Trognon, 2000).

Au niveau expressif le déficit majeur des patients porterait sur l'usage des règles qui permettent de combiner des phrases en vue de construire son propos, le discours ne serait pas correctement formulé.

Une absence de respect des règles de cohésion et de cohérence est souvent décrite. Les règles du discours ou de la conversation ne sont pas respectées (Chaika cité par Boyer 1981), ce qui est à mettre en lien avec les capacités pragmatiques que nous évoquerons par la suite. Les ruptures de la cohésion grammaticale et lexicale sont fréquentes, entravant par là même la compréhension de l'interlocuteur.

Cette caractéristique est très prégnante chez les patients, tant et si bien que c'est à présent un critère diagnostique selon le DSM IV TR.

Cette désorganisation du discours pourrait être la conséquence d'un défaut de planification stratégique de la parole. Ce dernier a pour fonction de sélectionner les contextes pertinents de l'interaction (André-Joris, *in* Musiol et Trognon, 2000). Hoffman (1986) stipule que la présence de nombreuses phrases ne s'intégrant pas dans le plan global du discours est responsable de cette désorganisation et de ses conséquences en terme de communication.

Dans une épreuve de type Pace, Cohen et al (cités par Hardy-Bayle 1994) notent un temps de réponse croissant pour produire les descriptions, une forme du discours plus stéréotypée, ainsi qu'une moindre informativité. Les réponses inappropriées ne sont pas inhibées.

Au niveau réceptif les patients ont des difficultés à utiliser tous les éléments produits par le locuteur, et à réaliser des inférences pour arriver à une compréhension complète. Cela va

entraîner de nombreuses erreurs d'interprétation, et retentir sur les interactions que peuvent avoir les patients.

Cette compétence discursive est donc une compétence clé pour l'établissement d'un dialogue fluide avec autrui. Les difficultés que nous venons de décrire nécessitent donc d'être envisagées afin de permettre une communication plus efficiente.

- **Les troubles pragmatiques**

La pragmatique est la capacité à utiliser un énoncé pour remplir une certaine fonction dans un contexte donné, c'est la dimension du langage que l'on utilise pour exprimer ses propres intentions, ses connaissances par rapport à un contexte donné. Ce domaine s'intéresse à la façon dont on utilise le langage en situation de communication, en fonction de la situation et de l'interlocuteur. Le domaine de la pragmatique a pour objectif d'expliquer la façon avec laquelle nous communiquons par le langage.

La schizophrénie peut être parfois décrite comme une « pathologie pragmatique » (Trognon et Musiol 1996 cités par Verhaegen 2007), c'est à dire une « pathologie des principes qui gouvernent l'usage du langage » (Trognon, 1992, Trognon et Musiol, 1996, cités par Musiol et Trognon, 2000). C'est cet aspect de compétence sociale de la communication que nous devons considérer chez ces patients en vue de rétablir leurs compétences sociales.

Ce domaine peut être désigné sous le terme de compétence communicative, qui est elle-même composée d'une compétence conversationnelle, nécessitant la gestion des tours de parole, l'initiation d'un thème de conversation, et l'établissement d'un référent commun. La compétence discursive enfin permet d'assurer la cohésion globale de ses énoncés.

Concernant la prise en compte du contexte, certains patients peuvent faire appel à des contextes très éloignés de ceux de la conversation, sans tenir compte de ce qui a été dit précédemment, ni du savoir partagé. Rochester, Martin et Thurston (cités par André-Joris, in Musiol et Trognon, 2000) évoquent l'inaptitude des patients à gérer le contexte dialogique. En effet le manque de pragmatisme des associations qu'ils produisent a pour conséquence l'opacification de leur discours. Cela peut se marquer dans l'échange par des ruptures conversationnelles (Hardy-Baylé, 1994) qui sont déconcertantes pour l'interlocuteur.

Nous faisons une utilisation constante des inférences pragmatiques dans la vie de tous les jours, ce qui explique les conséquences très lourdes qu'ont les troubles touchant ce domaine de la communication chez les patients, notamment au niveau des interactions sociales.

Une communication efficace implique que l'on reconnaisse et que l'on se représente les intentions d'autrui. Selon Grice, la communication est essentiellement une activité

coopérative, qui permet que les deux acteurs de l'interaction tendent vers un but commun à travers un échange efficace. Que l'interlocuteur et le locuteur partagent le même système de stratégies inférentielles est encore plus important que le contenu sémantique lui-même. Il postule l'existence d'une série de maximes conversationnelles qui codifient l'usage du langage et sont requises pour la réussite de la communication. Elles sont au nombre de quatre : la maxime de quantité, de qualité, de relation ou de pertinence, de manière. Dans le discours schizophrénique il y a des transgressions fréquentes de plusieurs ou de l'ensemble de ces maximes, qui ont bien sûr des retentissements sur leurs possibilités de communication avec autrui.

Frith et Corcoran (1996) ont réalisé une expérience dans laquelle des patients lisent un dialogue, et doivent choisir la fin qu'ils considèrent comme la plus probable. Chaque réponse proposée permet de tester l'une de ces maximes. Les résultats de cette expérience montrent que les patients enfreignent les règles conversationnelles, et que ceux qui souffrent d'une symptomatologie négative ont une altération des performances de l'ensemble des maximes.

Les principes de coopération, d'optimisation et de pertinence sont des principes sur lesquels nous nous appuyons pour communiquer. Leur non-respect plonge l'interlocuteur dans un doute et une incertitude profonde, et ne lui ne permet pas d'établir des inférences sur l'intentionnalité des propos.

Pour qu'une situation de communication ait lieu, cela présuppose forcément une réciprocité. En effet selon le schéma de communication de Jakobson, sont nécessairement présents un émetteur et un récepteur, entre lesquels s'établit un message par quelque canal que ce soit, dans un contexte donné.

- **La question de la théorie de l'esprit**

Une situation de communication ne peut s'établir sans la composante de la théorie de l'esprit, c'est à dire la capacité à attribuer des états mentaux à autrui. Cette capacité est à la base des interactions sociales de la communication, puisqu'elle permet de s'ajuster à l'autre dans l'interaction.

Les patients schizophrènes ont des difficultés à inférer les états mentaux d'autrui de façon générale, mais également à faire des déductions sur le savoir, les croyances et les intentions de leurs interlocuteurs (Brüne, 2005). Ces difficultés à inférer les pensées et sentiments d'autrui compromettent les interactions sociales.

Cet obstacle à la communication se retrouve surtout chez les patients qui présentent une désorganisation, mais également dans une moindre mesure chez les patients de type paranoïde (Frith et Corcoran 1996).

Frith (1996) et Abu-Akel (cité par Brüne, 2005) avancent l'hypothèse d'une théorie de l'esprit hyperactive, qui interdirait aux patients l'accès à leur esprit, ce qui créerait des situations dans lesquelles les patients seraient en présence de pensées qui leur paraîtraient comme ne faisant pas partie d'eux-mêmes. Ce phénomène serait la cause du syndrome d'influence dont souffrent certains schizophrènes, et qui résulte en la conviction qu'ils ont d'agir sous l'influence de forces extérieures. Avec le retrait de la pensée et la diffusion de la pensée, les pensées « imposées » forment le syndrome d'aliénation de la pensée, décrit par Fish (Frank, 2010).

Il y a une dissociation de l'atteinte selon que les patients soient locuteurs ou récepteurs. Les performances des patients sont assez pauvres en tant que locuteurs. Les troubles réceptifs sont plus discrets, mais leurs répercussions ne sont pas anodines. Cette incapacité à inférer sur le savoir d'autrui empêche les patients d'apporter les informations nécessaires au dialogue. Cette asymétrie dans les performances peut être ainsi expliquée, l'interlocuteur qui ne souffre pas de schizophrénie aura le souci de tenir compte de ce qu'il ignore son auditeur, alors que le patient schizophrène non, ce qui le rendra moins compréhensible.

Sperber et Wilson (1989, cités par Verhaegen, 2007) définissent la communication comme un « *processus qui met en jeu deux dispositifs de traitement de l'information* ». Ils insistent sur la distinction entre deux manières de communiquer : une qui repose sur un processus de décodage –basée sur des processus cognitifs langagiers–, une autre qui repose sur des inférences et donc basée sur des processus cognitifs inférentiels. Un énoncé peut être décodé à partir de sa syntaxe et de la signification des mots dont il est composé, ce qui donne accès au sens littéral mais n'indique pas forcément ce qu'il a voulu dire le locuteur.

Appréhender ce que le locuteur a voulu dire exige en effet de tenir compte du contexte et de faire des inférences sur le savoir du locuteur et ses intentions. Très souvent ce que veut dire le locuteur ne coïncide pas avec le sens littéral, comme lors de l'utilisation de métaphores ou d'ironie.

Des difficultés dans ce domaine sont donc des obstacles qui peuvent empêcher l'établissement d'une communication efficiente entre le patient et son environnement, ce qui a des conséquences préjudiciables dans tous les domaines de sa vie et sur ses perspectives.

1.5 Les causes des troubles de la communication des patients schizophrènes

Après avoir décrit la nature de ces troubles, nous souhaiterions interroger les processus à l'œuvre au sein de la symptomatologie schizophrénique.

- **Les conséquences de troubles de la pensée**

« La désorganisation formelle de la pensée peut être fascinante. Elle peut nous permettre d'explorer la richesse du langage. » (Kingdon, 2011). Le langage serait le reflet de la pensée schizophrénique, et les phénomènes de manque de finalité du discours, ou de mise en avant sous-buts non hiérarchisés au détriment du but principal en sont les principaux symptômes (André-Joris, in Musiol et Trognon, 2000).

L'envahissement du signifiant, vidé de son signifié, qui a lieu dans les psychoses conduit à des troubles du langage. Le lien est rompu entre les deux entités du mot.

Dans le discours il est possible d'appréhender une pensée incohérente grâce aux paralogies métaphoriques, qui découleraient du parasitage des pensées originelles abstraites par des pensées plus concrètes (André-Joris, in Musiol et Trognon, 2000).

Les phénomènes de barrages et de fading en sont les principaux révélateurs.

- **Les conséquences de difficultés d'expression de la pensée**

En effet un patient présentant des troubles formels de la pensée n'a pas forcément de pensées anormales, mais c'est la façon dont elles sont exprimées qui l'est, et alors des anomalies du langage vont alors refléter ces difficultés.

« Souvent la personne s'efforce de communiquer mais n'y arrive qu'à grand-peine. Les pensées (ou au moins ce qu'elles essaient de transmettre) sous-jacentes à la conversation peuvent être tout à fait logiques (quand elle peuvent être comprises), mais c'est leur expression qui ne semble pas l'être » (Kingdon, 2011).

Par ailleurs le langage n'est pas simplement la traduction de pensée, c'est un outil de communication. C'est la traduction de pensées en vue de les communiquer à autrui. Les anomalies se situeraient donc au niveau de l'usage du langage, de la performance linguistique, et ne surgiraient que lorsque qu'il s'agit de recourir au langage pour communiquer. C'est pourquoi les troubles ne se limitent pas à la parole, mais concernent tous les modes non verbaux de communication.

L'akataphasie par exemple, avec des phénomènes de carillonnage de mot ou d'ellipses, est le reflet d'une discordance entre l'expression verbale et le processus idéique, la pensée (André-Joris, in Musiol et Trognon, 2000).

Ceci a des conséquences fonctionnelles dans la mesure où l'entourage (familial, médical) peut avoir tendance à faire semblant de comprendre ou même y renoncer, ce qui signifie que le patient va recevoir peu de conseils ou de réponses pour l'aider à changer et par conséquent à clarifier ce qu'il veut dire (Kingdon, 2011).

- **Une perturbation de l'initiation et de la production d'actions volontaires**

Selon Frith (1996) il est possible de rapporter ces troubles à une perturbation de l'initiation et de la production des actions volontaires qui serait secondaire à un mauvais fonctionnement du SAS (système attentionnel de supervision) de Shallice, ce qui peut entraîner trois types d'anomalies observables dans le discours des patients schizophrènes ainsi que dans la communication non verbale :

- L'appauvrissement de la production des actions, qui appauvrit le discours, la complexité syntaxique des productions (Fraser et al, 1986, Thomas et al, 1987 cités par Firth, 1996) ainsi que la fluence (en particulier lors de tâches d'évocation). L'émoussement des affects, en terme d'usage des mimiques et de la prosodie en vue de communiquer, est également lié à ce phénomène.
- La présence d'actions persévératives et stéréotypées. Le discours serait appauvri en raison du peu de mots qui le composent, et le fait que ce petit nombre de mots est par ailleurs répété. Cela a pour conséquence un rapport types/occurrence souvent bas dans le discours des patients (Manschreck et al, 1984, cité par Foudon et al, 2006).
- De fréquentes actions inappropriées au contexte. En général le discours spontané des patients se distingue par l'utilisation de mots déconcertants. Dans les tâches de fluence verbale les patients peuvent proposer des mots inattendus par rapport à la catégorie énoncée.
- Une forme extrême de mots inattendus est représentée par les néologismes, que les patients peuvent utiliser. Ces mots pourraient servir à décrire l'étrangeté de leurs expériences subjectives, et ont bien sûr pour conséquence l'incompréhension de l'interlocuteur.

A cause de ces trois phénomènes, les patients se retrouvent dans l'incapacité d'engendrer des actions intentionnelles, en cherchant à atteindre un but. Cela entraîne l'incapacité à réaliser des actions volontaires, et des difficultés à générer des idées nouvelles.

- **La défaillance du self monitoring (Frith 1996)**

Cette atteinte d'un processus cognitif de haut niveau impliqué dans l'organisation et le contrôle de l'action aurait pour conséquence la perte de l'expression des intentions, et l'impression que peuvent avoir les patients d'être soumis à leur propre comportement qui apparaîtrait comme exigé par une force étrangère. Ceci est causé par des difficultés au niveau conscient et non au niveau automatique du contrôle de l'action. Schneider, (cité par Franck, 2010) évoque ces expériences d'étrangeté des actes et des états personnels comme caractérisant les symptômes de premier rang, qui sont souvent fréquents chez les patients, même si ce n'est pas le cas en permanence ou chez tous les patients. Selon Kant, (cité par Franck, 2010), le sujet aurait perdu la capacité de s'affecter à lui même certains états internes.

Participerait à cette impression une dégradation de la faculté à distinguer les modifications dues à son action de celles dues à des événements extérieurs, ce qui entacherait les possibilités de compréhension du monde environnant et entraînerait une désorganisation du comportement. Le self monitoring nous donne la possibilité de distinguer les actions liées à nos propres actions ou celles qui sont dues à des facteurs extérieurs, et ainsi de désigner les causes des événements perçus. L'intégration de certaines données sensorielles et motrices serait altérée, ce qui aurait pour conséquence une impossibilité pour le patient à se reconnaître comme auteur de certaines actions (Franck, 2010).

Le monitoring des réponses permet la correction d'erreurs avant qu'elles n'aient été prononcées. Un dysfonctionnement de ce monitoring rendra impossible la prise de conscience des actions projetées, les réponses inappropriées ne pourront être écartées avant d'avoir été énoncées.

Dans une tâche (Leudar cité par Frith, 1996) dans laquelle un patient doit décrire les actions de l'expérimentateur de façon à ce qu'un auditeur puisse les reproduire, les patients schizophrènes vont produire plus de descriptions erronées et inadéquates que les sujets contrôle. Ils vont chercher à se corriger dans la même proportion que les sujets contrôle, cependant les corrections sont également erronées ou inadéquates et n'apportent par conséquent pas d'amélioration effective à la communication.

- **Les troubles de la cognition sociale**

La cognition sociale est un terme désignant tous les processus cognitifs à la base de nos relations avec les autres, englobant des processus élémentaires comme le traitement des mimiques et d'autres plus complexes, comme ceux qui sont impliqués dans la théorie de l'esprit. Ces compétences sont à l'œuvre dans toutes les interactions que nous avons avec autrui.

Les patients pour nombre d'entre eux présentent un déficit en cognition sociale, ce qui a pour conséquence des erreurs d'interprétations de la parole, des émotions et des désirs d'autrui, mais également de ses propres émotions.

Il est alors impossible pour ces patients d'avoir accès à la compréhension des émotions des autres, de leurs intentions, la saisie de l'environnement est alors altérée, et le patient peut ne plus avoir confiance en cet environnement (Franck, 2010). Par ailleurs, les patients présentant ces troubles ont de grandes difficultés dans l'imitation de mouvements buccaux et manuels réalisés par quelqu'un d'autre, ainsi que dans la reproduction de mimiques (Park, cité par Green, 2008). Ces contre-performances seraient dues à l'incapacité à se représenter et à manipuler mentalement des actions sociales.

Ces troubles ont donc une grande responsabilité dans les processus de désocialisation, voire de retrait social dont souffrent certains patients. Le pronostic fonctionnel dépend également beaucoup des performances en cognition sociale, notamment en ce qui concerne l'intégration sociale et professionnelle.

Les anomalies du traitement de l'information, causées par des particularités structurales de certaines régions du cerveau ainsi que par une connectivité neuronale, favorisent le développement de ces difficultés. Les actions de remédiation cognitive, sollicitant la plasticité cérébrale, peuvent permettre d'agir sur les processus impliqués dans la cognition sociale, en complément des psychotropes et de la psychothérapie (Franck, 2010).

- **L'altération du sens de l'effort**

Les patients souffrant d'un syndrome d'influence ont des altérations de la perception de l'effort volontaire (Lafargue, 2010). En effet, ils ont des difficultés à ajuster à l'avance leur commande motrice par l'intermédiaire de leur sens de l'effort, à simuler mentalement des mouvements, et ne prennent conscience de leur volonté d'agir qu'au moment où leur corps bouge réellement, alors que les personnes non atteintes de schizophrénie en prennent conscience environ 200 millisecondes avant d'initier effectivement le mouvement.

Selon le philosophe Maine de Biran (cité par Lafargue, 2010), la sensation d'effort est le sentiment intime de la cause ou force productive du mouvement. C'est grâce à cette

appréhension subjective de l'effort fourni que le sujet agissant peut s'attribuer l'initiation et le contrôle de ses actions.

Ainsi si cette sensation est perturbée, le patient aura le sentiment d'être l'observateur passif de ses propres actes, ce qui peut l'amener à croire que ses pensées ou actions sont contrôlées par une volonté extérieure à la sienne. Cela le conduit à une impression de perte de contrôle de soi.

Que les patients aient conscience des implications de leur vécu subjectif peut les amener à mieux le comprendre et ainsi à mieux vivre les déficits cognitifs et les émotions qui y sont liés.

1.6 Conclusion

Nous avons au cours de cette partie cherché à décrire les troubles langagiers présents chez les patients souffrant de schizophrénie, et leurs conséquences en terme de capacités communicationnelles. A terme leur pérennisation entraîne un évitement des situations de conversation, et par conséquence un retrait social.

Ces manifestations seront le point de départ de notre travail de rééducation, dont l'un des objectifs sera le rétablissement des compétences sociales.

La réhabilitation psycho-sociale

1. Définition

L'action de réhabiliter consiste à rétablir dans l'estime, la considération d'autrui, les malades stigmatisés et leurs parents culpabilisés (Lalonde, cité par Petitjean in Vidon, 1995). Ce mot trouve racine dans le mot latin *habilis*, capable.

Le but général de la réadaptation psychosociale est de restaurer, de maintenir et d'améliorer la qualité de vie des patients souffrant de maladies mentales en les aidant à développer et à utiliser des habiletés sociales et fonctionnelles pour vivre, apprendre et travailler dans la communauté avec le plus d'autonomie et de satisfaction possible (Anthony et Liberman, cités par Petitjean in Vidon, 1995).

1.2 Les valeurs qui guident la réhabilitation

Certaines valeurs socles guident l'intervention de réhabilitation psychosociale, quel que soit son contexte d'intervention, les patients et les professionnels qui vont la pratiquer. (Bachrach, 1996).

- Le respect des droits des usagers, ce qui se traduit par la détermination des objectifs par les patients eux-mêmes dans la mesure du possible.
- Les besoins, quels qu'ils soient, auxquels on va tenter de répondre par le biais de l'intervention.
- Le développement du potentiel du patient, et la réappropriation de son pouvoir d'agir (*empowerment*). Ce processus permet à l'individu d'assumer davantage de responsabilités, de croire en sa capacité à avoir un plus grand contrôle sur son environnement et de développer des stratégies concrètes lui permettant de jouer un rôle plus actif dans l'atteinte de ses objectifs de vie (Young et Ensing, 1999, cités par Provencher, 2002).

- L'espoir par rapport au futur, qui est essentiel à toute démarche de rétablissement. (Deegan, 1988, cité par Provencher, 2002). Cet espoir correspond à l'anticipation d'un avenir perçu comme bon, et doit être investi par le patient, son entourage et les soignants.
- La participation active du patient, qui est soutenue de multiples façons, et est la pierre angulaire de la réhabilitation. Le patient est responsabilisé.

1.3 Les concepts liés à la notion de réhabilitation

Nous nous proposons à présent de chercher à spécifier les termes qui gravitent autour de cette notion de réhabilitation, et avec lesquels elle est parfois confondue. Selon Goutal (*in* Vidon, 1995), ces termes que nous allons spécifier se distinguent, puisque « *la réadaptation se réfère plutôt aux soins, la réinsertion au social, et la réhabilitation au Droit* ».

- **La réadaptation**

En anglais le terme de *rehabilitation* désigne à la fois le processus d'intervention, que nous désignons *réadaptation*, et l'objectif à atteindre, qui est la *réhabilitation* (Barbès-Morin 2006).

Ce terme est vraisemblablement le plus ancien et le plus employé dans la psychiatrie d'après-guerre. Il se définit par le fait de « se mettre en harmonie avec les circonstances, le milieu » (Le petit Robert, 1998). La réadaptation est « un processus complexe qui a pour but de rétablir la valeur sociale de l'individu et plus particulièrement sa capacité de travail au plus haut niveau » (Bernard, cité par Vidon, 1995). Elle fait appel à des techniques destinées à développer certaines compétences et à réduire certaines incapacités sociales du sujet (Dubuis *in* Vidon, 1995). Elle est fréquemment perçue comme une facette à part entière du traitement (Barbès-Morin, 2006).

Lors de la première conférence en psychiatrie, Jolivet (cité par Vidon, 1995) a proposé cette définition : « La réadaptation peut être définie comme l'ensemble des soins spécifiques s'adressant à des malades pour lesquels, après une période de soins curatifs adéquats, une insertion ou réinsertion professionnelle suffisante apparaît problématique mais pour lesquels on peut espérer une évolution positive, afin qu'ils participent de façon libre, spontanée et responsable à toutes les formes de la vie sociale ».

A ses origines, elle est centrée sur l'objectif du retour au travail. La réadaptation se ferait au travail et par le travail thérapeutique.

Selon Dubuis (*in* Vidon, 1995), la réadaptation n'est qu'un moment, « probablement le plus médical et le plus technique », dans le retour de l'individu qui a le moins besoin de soins vers la communauté. Cette intervention est individualisée et globale, et tend vers l'insertion de la personne dans le milieu le moins restrictif possible, tenant compte de ses limites, et l'aidant à tirer partie de ses capacités. Selon Petitjean (*in* Vidon, 1995), la réadaptation est le temps du passage de l'être social à l'être malade.

- **La réinsertion**

Le fait de chercher la réhabilitation des patients facilite leur réinsertion.

C'est le concept de *resettlement*, que l'on évoque dans les expressions telles que « réinsertion par le travail », « réinsertion par l'hébergement »...La réinsertion est une procédure sociale, que l'on peut considérer comme une étape dans la réhabilitation du patient.

Ce terme est peu utilisé au profit de celui de *rehabilitation*, tel que les anglo-saxons l'utilisent, puisque limitant souvent la seule recherche d'évolution à l'insertion dans un champ professionnel, au détriment d'une vision plus globale de la problématique du patient (Rechtman, *in* Vidon 1995).

- **Le rétablissement**

C'est une notion évoquée en psychiatrie depuis les années quatre-vingts, d'abord via des écrits de patients (Provencher, 2002). Ce concept s'impose de plus en plus dans le champ de la psychiatrie, ce qui a pour conséquence des évolutions dans la conception de la maladie mentale et de l'intervention en psychiatrie.

L'évolution vers la chronicité des psychoses n'est plus perçue comme un fait naturel, la maladie est plutôt perçue comme une condition que la personne vit, à un moment donné.

La définition du terme, « la remise en fonction ou en vigueur (...), le retour à la santé » (Le petit Robert, cité par Provencher, 2002) contraste avec celle qu'en font les patients et leurs soignants. Le rétablissement selon eux correspondrait à l'élargissement du pouvoir d'agir sur ses conditions de vie, l'accès à un état de bien-être et d'harmonie, la mise en œuvre de projets de vie basés sur l'utilisation des ressources personnelles et environnementales.

C'est le dépassement des symptômes, des limites fonctionnelles et sociales rattachés à la pathologie, grâce à des transformations multidimensionnelles et à l'activation de processus personnel, interpersonnel et sociopolitique.

C'est l'intrication de tout ces processus qui permettrait l'accès à un rôle social, à un certain bien-être et à une qualité de vie (Provencher, 2002).

1.4 La notion du « social » dans la réhabilitation

L'acception commune du domaine du social désigne généralement les modalités pratiques de la vie, telles que les contingences de logement, de travail, sans forcément référer aux aspects symboliques de l'espace social (Rechtman *in* Vidon 1995).

La réhabilitation psychosociale, de part le champ théorique et pratique qu'elle ouvre, nécessite d'élargir la notion de social aux règles sous-jacentes à l'attribution des places, des devoirs et des droits de chacun dans une société. Cet aspect du soin au patient est rendu nécessaire par la modification des comportements par rapport à ceux qui seraient attendus, ce qui a pour conséquence le déficit relationnel qui frappe les patients et qui est si prédominant chez les personnes atteintes de troubles mentaux, notamment schizophréniques.

Rechtman souligne l'utilité de l'idée de « sociabilité », qui renvoie à « l'ensemble des relations qu'un individu entretient avec d'autres, compte tenu de la forme que prennent ces relations ». Ainsi ce sont ces relations qui sont altérées par la pathologie psychiatrique, et l'objet de la réhabilitation est bien de « restaurer la relation à autrui, telle que définie et validée dans la culture du patient, plutôt qu'à développer une hypothétique capacité relationnelle en soi ».

2. Historique

La réhabilitation psychosociale est une discipline assez récente en psychiatrie, le terme même est utilisé depuis un peu plus de 20 ans.

Se développe après la deuxième guerre mondiale l'idée d'un individu vivant en société, libéré de tout exclusion sociale, ségrégation ou stigmatisation. Ceci fait suite à une représentation de la maladie mentale qui serait sous l'influence d'un double mouvement : de la société à l'individu, et de l'individu à la société. (Dubuis *in* Vidon, 1995).

Cette mouvance se développe d'abord aux États-Unis, à travers des réseaux associatifs et des associations familiales. Le mouvement donne alors l'impulsion pour créer une meilleure coordination et une décentralisation des soins vers la communauté. Ce développement est également permis par la naissance de la « psychiatrie communautaire » dans les années 1960. Ce terme englobe les thérapies favorisant le maintien du malade dans son milieu, le milieu pouvant être la famille, la cité, le milieu professionnel, les médecins... (Gomes, Regnault, Roeland *in* Vidon, 1995).

En France l'évolution des modalités thérapeutiques conduit à prôner la désinstitutionnalisation des patients afin de les maintenir dans le champ social. Ceci part d'une volonté économique et politique, mais aussi du constat de la nocivité des hospitalisations prolongées. Ainsi, entre 1970 et 1990, la moitié des places d'hospitalisation en psychiatrie ont été supprimées (Antoniol et Vidon, *in* Vidon, 1995), et les durées moyennes de séjour sont passées de 250 jours en 1971 à 41 jours en 1991 (Vidon, 1995). Ce mouvement de sectorisation a absorbé celui d'anti-psychiatrie et de psychiatrie communautaire, plus présent en Grande-Bretagne sous l'impulsion de David Cooper et en Italie, où une loi votée en 1978 aboutit à la fermeture des hôpitaux psychiatriques.

Cette politique de soins fondée sur la sectorisation cherche à assurer la réinsertion depuis les années 90 (Dubuis *in* Vidon, 1995). En effet depuis une circulaire sur le secteur psychiatrique du 14 mars 1990 et la loi du 27 juin 1990, la réinsertion et la réhabilitation des malades font partie des missions des institutions psychiatriques. Lesage (cité par Kovess et Caria *in* Vidon, 1995) définit d'ailleurs la désinstitutionnalisation « comme un mouvement social dont les acteurs seraient animés, pour des raisons diverses, par la volonté de favoriser les réinsertion des patients institutionnalisés depuis de longues périodes ».

Cette désinstitutionnalisation peut avoir pour conséquence le syndrome de la porte tournante (*revolving door syndrom*) – présent pour l'instant surtout dans les pays anglo-saxons- , qui atteint les patients désinstitutionnalisés qui vivent dans de mauvaises conditions et retournent à intervalle régulier en institution faute de service extra-hospitalier compétent (Vidon, 1995). Certaines recherches indiquent que 70% des hospitalisations pour des problèmes psychiatriques seraient en fait des réhospitalisations (Pelsser, 1983). Les patients qui présentent ce syndrome ont un taux de suicide, d'arrestation et de rechute très important (Boudreau 1984 cité par Vidon, 1995). Le nombre de réadmissions diminue toutefois lorsqu'il existe des structures extrahospitalières de qualité (Woosh 1977, cité par Vidon, 1995), et qu'un suivi aussi global que possible est assuré.

La circulaire du 14 mars 1993, qui reprend la définition de la sectorisation entérine la nécessité de « poursuivre le développement des structures alternatives » (Vidon, 1995).

Entre une certaine surprotection des malades en milieu institutionnel et la faible protection dont ils pâtissent dès qu'ils sortent de ces milieux, la création d'espaces intermédiaires est indispensable afin d'accompagner socialement les patients à leur sortie de l'institution. Les services hospitaliers n'ont pour la plupart pas pu modifier leurs structures pour s'adapter à ces nouveaux besoins, aussi des structures associatives ont créé des espaces de soins en vue de réaliser des projets de réhabilitation (Dubuis *in* Vidon 1995).

Les structures grâce auxquelles les patients peuvent bénéficier de ce suivi, ainsi qu'une réhabilitation psychosociale si elle est proposée sont de type CMP, hôpital de jour, CATTP. Celles-ci sont censées prendre en compte la dimension sociale, d'exclusion, que comporte la maladie mentale (Gomes, Roland et Regnaut *in* Vidon, 1995).

3. Intérêt pour les patients psychiatriques-schizophrènes

La réhabilitation psychosociale est une pratique originellement utilisée chez les cérébrolésés, qui intervient plus récemment auprès de patients psychiatriques en complément des autres traitements existants (médicamenteux, psychothérapeutiques), généralement lorsque l'état du patient est stabilisé.

Les patients schizophrènes en bénéficient tout particulièrement. En effet la schizophrénie étant une maladie chronique, des mesures pour vivre au mieux malgré les limitations quotidiennes de la maladie sont nécessaires.

Les médicaments à eux seuls permettent de réduire la majorité des symptômes positifs de la maladie mais n'ont que peu d'effets sur les symptômes négatifs. Pourtant ces derniers sont ceux qui altèrent les fonctions sociales et la communication, ce qui justifie le recours à des techniques complémentaires (Cancro et Angrist, 1978 cités par Lecomte, 1984). Pelsser (1983) estime que dans le cadre de la schizophrénie les traitements pharmacologiques « se contentent souvent de soigner (mais) n'arrivent pas facilement à guérir ». La réduction symptomatique ne permet pas de faire l'économie de la fonction du symptôme dans l'économie psychique. Trop miser sur la chimiothérapie induit une certaine passivité du patient à l'égard de ses troubles.

Lalonde (1980, cité par Pelsser, 1983) souligne l'intérêt de combiner les approches thérapeutiques. Ce serait l'association d'un traitement médicamenteux (antipsychotiques de seconde génération) et des stratégies actives de réhabilitation qui permettrait une meilleure autonomie sociale (Leguay, 2010).

Les patients schizophrènes sont particulièrement victimes d'exclusion, et l'évolution contemporaine des structures familiales et économiques rend les mécanismes de marginalisation plus menaçants. C'est pourquoi il est nécessaire de considérer les difficultés sociales de ces patients, et de chercher à les améliorer (Dubuis *in* Vidon, 1995).

En effet, selon Rechtman (*in* Vidon, 1995), la réhabilitation permet d'agir sur cette interface entre le malade et le champ social, ce qui selon lui n'est pas possible avec la seule approche psychopathologique. La réhabilitation permet la prise en compte dynamique de l'effet de la pathologie sur les relations sociales (au sens large) que les patients sont susceptibles ou non de lier.

3.1 Les symptômes visés

L'objectif de l'intervention thérapeutique auprès des patients schizophrènes est d'améliorer la symptomatologie, afin d'augmenter le pronostic fonctionnel dont dépend la future autonomie sociale des patients.

La réhabilitation agit selon trois axes : le logement, le travail et l'un des principaux traits de la pathologie schizophrénique, à savoir l'altération des fonctions sociales. Ce « handicap psychosocial » est souvent la cause d'une dépendance quasi totale aux soins hospitaliers (Olié et Vanelle *in* Vidon, 1995).

Selon Legeron (cité par Simonet, 2005) ces difficultés ne sont pas à considérer comme une conséquence de la maladie, mais au contraire être perçues comme des cibles d'interventions thérapeutiques spécifiques.

Le réseau social de ces malades est réduit par rapport à celui de la population générale et cet appauvrissement augmente fortement avec l'âge et la durée de la maladie. Ciompi (1977) estime que 72% des sujets de son étude ont un réseau social très diminué et que 65% d'entre eux ne sont pas autonomes dans leur vie en général. Or des habiletés sociales efficaces et un réseau social développé sont des facteurs de prévention de rechute.

3.2 Les objectifs

Saracena (cité par Kovess et Caria *in* Vidon, 1995) définit trois objectifs à la réhabilitation :

- la capacité à se suffire à soi-même
- l'établissement de réseaux sociaux d'échange
- d'habiletés dans certains travaux

De façon plus générale, la réhabilitation peut être définie comme une stratégie d'ensemble qui a comme but ultime d'augmenter le statut de citoyen du patient psychiatrique. Le but de l'intervention est l'amélioration des capacités du patient, ou la favorisation de la mise en place de stratégies alternatives, afin d' « améliorer le fonctionnement de la personne de façon à ce qu'elle puisse avoir du succès et de la satisfaction dans le milieu de son choix avec le moins d'intervention possible » (Gomes, 1993, cité par Vidon, 1995).

Réhabiliter une personne qui présente des troubles mentaux, c'est lui permettre de montrer « à nouveau ou enfin », des habiletés nécessaires à son adaptation à l'environnement économique et social (Gasser *in* Vidon, 1995).

Cette réhabilitation peut permettre également de faire évoluer les attitudes et les structures sociales, rendant caducs certains préjugés et en faisant accepter que les patients psychiatriques aient aussi une place dans la société. Ceci ne se fait pas de manière très aisée, la société actuelle favorisant plutôt la compétitivité et la rentabilité et ne laissant que peu de place à la différence.

La question de la réhabilitation est souvent envisagée de façon fractionnée (logement, santé), par les pouvoirs publics notamment. Une approche globale réunissant soins médicaux, psychologiques et mesures sociales, sous-tendue par une conceptualisation qui tient compte à la fois de la maladie du patient, mais aussi de ses problèmes environnementaux (Dubuis *in* Vidon, 1995), permet d'apporter une réponse d'ensemble cohérente au patient.

L'objectif à terme peut constituer l'accès à un emploi, surtout au sein de cette population adulte. Le retour ou l'acquisition d'un emploi, après avoir continué ou non des études, est très bénéfique. En effet il a été démontré que le travail permettait l'amélioration de l'estime de soi, du fonctionnement social et de la santé mentale (Twamley, 2003 cité par Fiszdon, 2004). Selon Jolivet (cité par Lecomte, 2007), occuper un emploi serait considéré comme l'indice ultime du fonctionnement social et d'intégration dans la communauté.

Cependant la réhabilitation ne se réfère pas à une norme ou à un idéal préfixés (Gasson *in* Vidon, 1995). Les objectifs sont déterminés en fonctions des habiletés du patient, cette réhabilitation a donc un caractère très relatif selon les personnes.

Doré (cité par Vidon, 1995) énonce que ces objectifs peuvent aussi viser à diminuer le nombre de patients marginalisés, incarcérés, ou encore la fréquence des ré-hospitalisations et les durées de séjours.

Des objectifs concrets, à court et moyen terme, sont poursuivis. Ils peuvent concerner des domaines tels que la communication, l'hygiène, la gestion de l'argent et participent à remplir l'objectif plus général d'accès à une vie satisfaisante, dans laquelle les espoirs et les aspirations ne seraient pas interdits, et ce malgré la maladie et ses manifestations.

3.3 Mise en œuvre

Ce travail de réhabilitation s'effectue généralement selon trois phases, une fois la pathologie stabilisée (Anthony et Liberman, 1986).

La phase d'évaluation permet de mettre en évidence les capacités et les difficultés de la personne, afin de circonscrire ses besoins au mieux. C'est au cours de cette phase que l'on cherche à faire émerger et à mettre en évidence les besoins psychologiques, résidentiels, sociaux et vocationnels du patient (Farkas et al, 1994). Des outils spécifiques sont alors utilisés, tels que des batteries d'évaluation, des questionnaires et auto-questionnaires. C'est une phase préalable, mais qui viendra également clore un cycle d'intervention afin d'évaluer les progrès du patient, et de débiter un nouveau cycle d'intervention.

La phase de planification permet d'établir avec le patient un plan d'action centré sur ses besoins propres. Sont alors spécifiés les objectifs de développement des habiletés du patient, ainsi que les moyens nécessaires pour les réaliser. Il y a une réactualisation perpétuelle du plan d'intervention, afin de coller au mieux à l'évolution du patient et à ses désirs.

La phase d'intervention est la réalisation concrète du plan d'action. Les deux stratégies d'action que l'on pourra alors utiliser sont le soutien du développement des compétences et habiletés chez l'utilisateur et le développement des ressources environnementales.

Si l'on se réfère au modèle de classification du handicap de Wood (1980) (cité par Anthony et Liberman, 1986) déficience, incapacité, handicap, les objectifs lors d'une action de réhabilitation auprès de patients atteints de schizophrénie sont de remédier aux incapacités et de compenser les handicaps.

Lors de la mise en œuvre d'une telle intervention, il faut considérer la « spécificité tragique du mode de fonctionnement psychique » des patients, qui ont renoncé à être sujets de leur histoire. L'incapacité à investir libidinalement les activités qui ont lieu au sein d'un cadre

thérapeutique, leur passivité face à un désir qui leur aurait été imposé ne peut que mener à l'échec de la réhabilitation. (Andréoli cité par Vidon, 1995).

Cette entreprise de réhabilitation doit permettre d'aménager avec ces patients un idéal du moi plus réaliste, afin de favoriser une reconstruction du Moi permettant une revalorisation narcissique plus adéquate, qui mise sur l'espoir d'une amélioration satisfaisante pour eux (Frenette, 1988).

Lors de l'établissement d'une réhabilitation psychosociale, il faut avoir conscience de la nécessité de prendre en compte le patient et ses conditions d'existence, mais aussi l'attitude de la société face à ce malade. C'est ce que Rechtman (*in* Vidon, 1995) nomme la coexistence d'une double contrainte. En effet selon lui « le préjudice relationnel qu'expérimente le malade mental tient autant au handicap que sa maladie entraîne qu'à la réaction de l'environnement social ». Ainsi établir un projet de réhabilitation psychosociale implique obligatoirement de prendre en compte l'incompréhension voire le rejet que la société peut renvoyer à ces patients. L'objectif qui consiste à mieux adapter le patient à son environnement ne doit pas être désolidarisé de celui qui vise à adapter l'environnement au patient.

3.4 Les limites

Lesage (cité par Kovess et Caria *in* Vidon, 1995) estime qu'il y a une nécessité à soigner dès lors qu'une personne souffrant de maladie mentale présente des difficultés significatives dans les sphères cliniques ou sociales et qu'une intervention thérapeutique ou sociale peut contenir ou réduire ce problème. Nous pensons que cette intervention dans le cadre de la réhabilitation psychosociale nécessite quelques précautions à sa mise en œuvre, et qu'il faut avoir conscience de ses limites.

Tout d'abord son appropriation par les soignants ne doit pas les mener à adopter une attitude simplificatrice qui consisterait à prendre « la conséquence pour la cause », et à chercher à résoudre les obstacles sociaux sans tenir compte des mécanismes psychiques qui les engendrent (Hawkins et Rabber, 1993, cités par Vidon, 1995). En effet répondre aux problèmes de réalité extérieure que rencontrent les patients sans prendre en compte leur réalité intérieure est un leurre. Mannoni (1976), explique qu'« à trouver des remèdes à la place du patient, on lui confisque sa vie au nom du médical ».

L'ambition de resocialisation des patients ne doit pas conduire à la construction d'un faux self, à cause duquel les patients se construiraient une identité d'emprunt pour coller à une demande de normalisation sociale. Selon Saucier (1987) il est même dangereux de considérer

que l'incompétence sociale de tous les patients en psychiatrie serait une maladie traitable, que l'on peut soigner à tout prix, car entre l'injonction sociale qu'il faut guérir à tout prix et la réalité de la grande difficulté, sinon de l'impossibilité de guérir, se creuse un fossé douloureux chez les patients mais aussi chez les soignants.

La question de la passivité de certains patients chroniques peut également être une embûche à la mise en place d'un programme de réhabilitation sociale. Ce retrait et cette résistance au changement, perçu comme vulnérabilisant, sont des stratégies que le patient met en œuvre afin de se protéger. L'intervention de réhabilitation sociale ne doit pas fragiliser le patient en le forçant à agir, mettant alors en péril ce fragile équilibre qu'il a tenté de créer.

Ceci est fortement lié à la question de la demande du patient. Peut-il y avoir soin s'il n'y a pas de demande ? Cette absence de demande, fréquente, peut être due à l'anosognosie qui entoure les troubles mais aussi aux mécanismes de défense mis en place face aux difficultés. Un préalable à la mise en place de toute réhabilitation devra être de considérer que l'on a en face de soi une personne plutôt qu'une maladie ou un symptôme, et qu'il est parti prenante des décisions qui le concernent. Ainsi les mécanismes qu'il a mis en place ne devront pas être perçus comme des embûches à la réhabilitation, mais comme un fonctionnement qui lui est nécessaire pour se vivre.

Cela va de paire avec la prise en compte des spécificités de l'individu. Or ce type d'approche peut parfois reposer sur le mythe de l'uniformité du thérapeute et du patient (Kiesler cité par Lecomte, 1999), cette technique pouvant suggérer que l'évolution du patient dépend de l'application de procédures et de techniques particulières. Or Lambert (cité par Lecomte, 1999) conclut une étude portant sur les processus et les résultats thérapeutiques en affirmant que les caractéristiques du thérapeute contribuent jusqu'à huit fois plus à l'obtention de résultats positifs que l'utilisation de techniques spécifiques.

4. Utilisation en orthophonie

La pratique orthophonique, de par son cadre souvent régulier et protégé, la relation traditionnellement duelle qu'elle implique, permet la construction d'un espace médiateur avec le patient et de nourrir son narcissisme (Lavoie, 1987).

Elle permet d'offrir au patient, à l'instar des interventions psychothérapeutiques, une démarche thérapeutique à travers les dimensions suivantes (Grencavage et Norcross, cités par Lecomte, 1999) :

- un cadre thérapeutique stable et sécurisant

- un processus d'influence interpersonnel dans lequel le thérapeute représente une force socioculturelle
- une relation thérapeutique déterminante
- un processus d'implication du patient
- un processus d'intervention offrant un cadre explicatif inspirant
- un processus d'apprentissage cognitif et attentif caractérisé par l'augmentation de l'espoir

Ceci tout en ayant une action spécifiquement centrée sur le langage et la communication du patient.

Cet espace partagé permet la reconstruction d'un lien, lien qui fait cruellement défaut chez ces patients qui souffrent d'une pathologie mentale, grâce à une alliance thérapeutique solide. Cette alliance est reconnue comme le facteur déterminant du succès thérapeutique (Lecomte, 1999). La situation duelle et « sur-mesure » que nous partageons avec le patient nous permet de créer un cadre thérapeutique le moins angoissant possible, et le plus en accord avec les désirs du patient. De plus cette situation duelle lui sert de point d'appui pour sortir de lui-même et aller vers les autres (Lavoie, 2007).

Ce soutien social et socialisant que nous pouvons proposer au patient est une partie importante de la rééducation, car ce soutien est considéré comme un facteur de protection des plus importants en santé mentale et un très fiable prédicteur de l'adaptation (Lecomte, 2007).

Ce lieu est aussi l'occasion de nourrir une relation dialogique avec le patient. Les interactions ayant ainsi lieu nous permettent d'effectuer un travail d'étayage du discours du patient qui contribue à l'élaboration de la conversation (Barthélémy *et al*, 2010), et à la création d'un espace communicationnel. Ceci se fait en partie grâce au regard que nous pouvons porter sur le patient dans ce cadre, le considérant d'emblée en sa qualité d'interlocuteur.

C'est un lieu qui permet d'être à la fois en dehors et en dedans du champ social, situant nos interventions en contexte réel de vie. Nous pensons que ce lieu, centré sur le patient et sa singularité mais aussi sur les contingences sociales, économiques et familiales avec lesquelles il faut composer, n'est pas incompatible avec des objectifs de réhabilitation psychosociale. En ce sens nous pouvons proposer au patient une sorte d'espace protégé dans lequel il peut élaborer et expérimenter des situations qui sont problématiques pour lui « à l'extérieur », ceci afin d'éveiller ses capacités d'autonomie et de lui rappeler ses possibilités.

La question de la généralisation des acquisitions nous préoccupe beaucoup lors de nos prises en charge, et cette visée de réhabilitation peut être l'occasion d'ancrer dans notre pratique ces notions de travail écologique, de transfert au quotidien, et de chercher à rapprocher notre

pratique du vécu quotidien du patient, avec ses opportunités d'action, d'apprentissage et de développement.

L'approche individuelle devenant un complément nécessaire aux autres mesures de soins et le suivi ambulatoire des patients psychiatriques se généralisant, nous pensons que l'intervention orthophonique peut s'y intégrer et compléter l'offre de soins proposée aux patients de façon efficace.

Cette thérapie pourrait prendre place dans les lieux d'accueil classiques de patients atteints de schizophrénie, tels que les CMP ou les hôpitaux de jour, mais aussi en libéral au sein d'un réseau qui se créerait sur mesure autour du patient.

L'orthophonie en psychiatrie adulte

La formule consacrée pour évoquer la pratique orthophonique est de dire qu'elle se situe au carrefour de plusieurs disciplines. Elle s'est enrichie au cours de son évolution et de ses praticiens de domaines connexes et frontaliers : la médecine, la linguistique, la pédagogie, la psychanalyse, etc. L'orthophonie peut se définir par ses marges, par ses limites.

Dans sa pratique, l'orthophoniste peut être amené à rencontrer une patientèle très variée, de l'enfant à l'adulte, de la personne handicapée à la personne aphasique. Selon nous le continuum de son action se situe sur le langage, et sur le lien à l'autre qu'il permet.

Notre pratique, si elle est développée en pédopsychiatrie, n'est pas très reconnue auprès des patients adultes. Un des arguments étayant cet état de fait est qu'il s'agirait d'un problème de *fond* avec ces patients, alors que nous ne traiterions que la forme. Et si notre pratique avait trait au fond, alors nous ne serions plus dans notre champ de compétence.

Nous allons tenter dans cette partie d'envisager la place du langage dans la structuration de l'homme puis dans la symptomatologie psychiatrique. Nous évoquerons par la suite le positionnement de l'orthophoniste vis-à-vis de ce langage, et la façon d'appréhender le patient et la pratique qui en découle, et qui pourrait déterminer notre action en psychiatrie.

1. L'homme et le langage

L'être humain est avant tout un « être de langage » (Dolto, 1987), c'est substantiellement un être parlant (Margolin, 1970). Nous sommes des êtres parlants, mais aussi des êtres communicants, en relation avec l'autre grâce à ce langage.

Le langage est le médiateur par excellence du sujet de l'objet (Margolin, 1970). Il permet l'élaboration des objets qui sont parlés. Désigner un objet, l'objectiver, permet à l'homme de sortir de sa sujétion par rapport aux choses (Jacob, cité par Margolin, 1970).

Le langage façonne par ailleurs le cerveau. Plus le langage d'un homme sera pauvre, plus ses structures seront fragiles. Selon le neurophysiologiste Paul Chauchard, qui confirme le jugement du psychologue Jean Piaget : « La pensée de l'homme est totalement tributaire du langage qu'il a appris enfant » (cités par Ouellette, 1964).

1.1 Langage et communication

Langage et communication ne sont pas synonymes. Ainsi Trognon, Pachoud et Musiol (*in* Musiol et Trognon, 2000) reprennent les travaux de Sperber et Wilson et indiquent que si les liens entre langage et communication sont contingents, il est possible de communiquer sans utiliser le langage. Le langage peut en effet servir un autre but que celui d'instaurer une communication, notamment dans les domaines de la cognition tels que le raisonnement, la mémorisation, ou dans ses fonctions de codage et de représentation de l'information. La fonction de communication du langage peut ainsi apparaître comme un « usage latéral et contingent du langage ».

1.2 La fonction symbolique du langage

Le langage peut être considéré comme le témoin de l'accès au symbolisme. La fonction symbolique correspond à la capacité de l'être humain à créer et à donner du sens, elle permet le jeu, la fantaisie. Le langage est à considérer comme le représentant de la fonction symbolique, mais aussi le témoin de l'accès à cette fonction.

La pensée et le langage sont tous deux solidaires d'un processus plus général encore qui est la constitution de la fonction symbolique (Piaget cité par Ouellette, 1964). La symbolisation à travers le langage permet de rendre compte de l'absence. La faculté symbolisante permet la formation du concept comme distinct de l'objet concret, qui n'en n'est qu'un exemplaire. C'est le fondement de l'abstraction. Cette capacité représentative d'essence symbolique qui est à la base des fonctions conceptuelles n'apparaît que chez l'homme (Benveniste, 1966).

Benveniste (1966) rappelle que le langage n'a pas été inventé ou découvert par l'homme. Une langue est le produit d'une création collective et d'une longue évolution. Ce n'est pas un outil, il fait partie de l'humanisation. « C'est dans et par le langage que l'homme se constitue comme sujet, parce que le langage seul fonde en réalité, dans sa réalité est celle de l'être, le concept d'égo. C'est un homme parlant que nous trouvons dans le monde, un homme parlant à un autre homme, et le langage enseigne la définition même de l'homme ».

1.3 Pensée et langage

Le langage est à la fois « intérieur », comme « support à la pensée », et « extérieur », comme moyen de communication (Ouellette, 1964). Si l'on considère qu'une pensée préexiste au langage, ce dernier ne serait qu'un moyen d'exprimer et de communiquer des idées qui sont en soi indépendamment de lui. Cette conception qui postule que le langage est un simple instrument extérieur à la pensée permettant de l'exprimer de manière transparente est partagée par Descartes et Hobbes.

Pour Hobbes notamment les signes n'existent que dans le but de nous rappeler nos pensées, ils ne sont pas signification en soi. En effet, « l'usage général de la parole est de transformer notre discours mental en discours verbal, et l'enchaînement de nos pensées en un enchaînement de mots » (Hobbes, 1651, cité par Malherbe, 1984).

Pensée et langage semblent indissociables pourtant. La pensée est un dialogue intérieur avec son esprit. Selon Merleau-Ponty (1945) « la parole et la pensée sont enveloppées l'une dans l'autre », en effet lorsque nous apprenons une langue, nous apprenons à penser. Une langue est un organisme, aussi à chaque communauté linguistique correspond une structure différente qui conditionne un type de pensée différent (Ouellette, 1964). La pensée n'est rien d'intérieur, elle n'existe pas hors du monde et hors des mots.

Le langage est donc étroitement lié à la pensée, il l'influence et réciproquement : « la pensée fait le langage en se faisant par le langage ». En effet « le langage n'est pas au service de la pensée, il est d'abord cette pensée et ensuite sa communication » (Delacroix cité par Ouellette, 1964).

Le langage permet d'exprimer et de communiquer nos pensées, de dévoiler aux autres, en rendant public et commun, ce qu'il y a de plus personnel et d'intime. Cependant cet instrument est aussi une entrave, en ce sens qu'il contraint à utiliser des formes fixes et conventionnelles. Ces mots, ces concepts appauvrissent nécessairement ce que nous désirons dire.

Les mots parlés ou écrits entretiennent avec notre corps et notre inconscient les rapports les plus intimes. Ceci non seulement grâce à leur signification, mais aussi par leur forme, quelle

qu'elle soit. Ils trahissent et révèlent ce qu'il en est de notre propre position dans le monde, par rapport aux êtres, aux choses et à soi-même. L'homme est au monde par le langage, mais ce pont de langage, qui fait la spécificité humaine de notre relation à ce qui est, est un lien souple (Hottois, 1986).

1.4 Le caractère social du langage

La société, comme la langue, est un réseau de relations, si bien que l'on ne peut vraiment concevoir le fait linguistique que tel un fait social. Le linguiste et sociologue Marcel Cohen souligne que « le langage a ses lois propres de structure et d'évolution ; d'autre part il dépend des autres faits sociaux » (cité par Ouellette, 1964).

La conscience et le langage ne se conçoivent donc pas hors de la matrice sociale. En effet une langue ne naît que parce que l'échange est nécessaire, c'est pourquoi il n'y a une langue que si cette institution est un « mode de communication fondé sur une règle indépendante des sujets particuliers » (Granai, cité par Ouellette, 1964).

Une langue est ainsi également un fait social déterminé par les besoins de l'échange et ayant son existence propre.

Ce caractère social du langage est inhérent à l'homme. Piaget écrira « l'adulte pense socialement même lorsqu'il est solitaire » (cité par Ouellette, 1964).

2. Le langage en psychiatrie

La psychiatrie est la science de l'homme mentalement malade, c'est une branche de la médecine. Le domaine de la psychiatrie est tributaire des rapports entre les phénomènes existants, les vécus exprimés par les patients, et ceux qui sont saisis et étudiés par les observateurs. L'étude du langage en psychiatrie pose donc problème car il concerne à la fois l'homme, ses relations avec son monde intérieur et son univers environnant.

2.1 Les débuts de la psychiatrie

Si au Moyen-âge la folie a un statut à part, à partir de la Renaissance, avec le développement de la médecine et de l'anatomie, l'étude de la folie devient une méthode pour étudier le monde et ses paradoxes en s'affranchissant des convenances. A cette période Erasme publie notamment « L'éloge de la folie » (1511), un ouvrage dans lequel s'exprime la déesse de la folie, au profit d'un écrit satirique.

Dès la fin du Siècle des lumières, dans tous les états souverains et en France dès la révolution s'instaure la médicalisation de la folie. Des hôpitaux sont créés spécifiquement pour ce type de soins. C'est la période du « grand regroupement », du « grand enfermement » comme l'écrira Michel Foucault, période à laquelle on souhaite alors selon lui « faire taire la folie » (Ritz, 2009).

C'est l'époque des premières nosographies. Les traitements hospitaliers se font encore sous l'influence de la théorie des humeurs, mais les soins se développent et l'on voit apparaître les premiers traitements psychologiques.

Au 18^{ème} siècle se développe en Grande-Bretagne le mouvement philanthropique, grâce auquel se fondent de nombreux asiles publics et privés. Le patient commence à être envisagé comme un sujet, on lui propose des chambres individuelles, et le personnel se qualifie. En France est publié à cette période le rapport de Tenon (1788) sur la réforme des hôpitaux. Ce chirurgien dresse alors un état des lieux sévères des hôpitaux français et propose des idées nouvelles. Trois ans plus tard Joseph Daquin publie « La philosophie de la folie ». Il y écrit que « la médecine ne s'est occupée jusqu'ici que de la manière de traiter les fous quant aux moyens physiques, elle a négligé dans ce traitement, ceux qu'on pourrait tirer de la philosophie ».

La psychiatrie naît réellement au tout début du 19^{ème} siècle avec des personnes comme Philippe Pinel. Sous son impulsion le fou devient un sujet, il postule que chez ces patients il y a une part de raison à laquelle le traitement s'adresse.

La psychiatrie française continue d'évoluer sous l'influence d'Esquirol, un ancien élève de Pinel. Une grande importance est alors accordée à l'approche clinique et anatomo-pathologique. Il y a un effort thérapeutique pour prendre en compte la dimension psychologique du délire, et apporter un traitement moral aux patients. Les asiles continuent à se développer.

Au 20^{ème} siècle les concepts cliniques tels que ceux des démences et de la schizophrénie sont révisés, et dès 1900 le mouvement psychanalytique s'organise autour de Freud.

En parallèle se développent la neurophysiologie, la cartographie des aires du cerveau de Brodman, et les thérapeutiques de choc telles que les chocs insuliniques ou les chocs convulsivant au cardiazol.

2.2 L'apport de la psychanalyse

La reconnaissance de l'inconscient comme structure de manque est ce qui a caractérisé l'entreprise de Freud. Lors de ses rencontres avec les patients, il a proposé l'idée d'une pensée

séparée de la conscience qui agirait sur le corps (Montagne, 2006). Il a ainsi avancé l'idée que l'homme est composé d'une structure psychique dont une partie se dérobe à la connaissance, la sienne mais aussi celle d'autrui.

L'analyse tient en un traitement exclusivement symbolique (et d'ailleurs essentiellement langagier) de troubles dont la nature présumée est également symbolique. C'est une intervention de l'homme parlant et écoutant auprès de l'homme souffrant du langage (Hottois, 1986).

La psychanalyse établit par ailleurs que les occurrences de la vie humaine sont liées à la rencontre avec l'autre, l'être humain qui écoute et qui répond à celui qui parle. L'inconscient est ainsi la conséquence inconnue d'une relation à l'autre dans le langage.

La proposition de Freud est ainsi d'éclairer les pans de cette structure psychique grâce à un procédé dans lequel la parole permettrait de surmonter les résistances qui protègent la conscience de la présence d'éléments indésirés quand ils resurgissent.

L'affirmation de la nature symbolique de l'homme et de la psychanalyse culmine dans l'œuvre de Lacan (Hottois, 1986). Dans une approche analytique et sous l'influence des linguistes, Lacan passe d'un inconscient structuré comme une image à un inconscient structuré comme un langage. Il affirme que le langage est la condition de l'inconscient (Montagne, 2006). Les lois de son fonctionnement sont celles qui régissent les langues parlées. Il abandonne la primauté des imagos et leur détermination inconsciente pour accorder au signifiant une place centrale dans le champ de l'humain. Son questionnement autour du langage prend place dès les premiers textes : « Le phénomène de la folie n'est pas séparable de la signification de l'être en général, c'est-à-dire du langage pour l'homme ». (Rodrigues-Martin, 2006). La thérapie psychanalytique se développe à travers la parole.

Les linguistes s'intéressent au discours de la folie sous l'impulsion de Lacan : Luce Irigaray, T. Todorov. Ils s'interdisent toute considération psychologique car pour eux le dogme conditionne l'écoute. Le signe est arbitraire, c'est une unité biface composée d'un support matériel (phonique ou autre) le signifiant et d'un élément idéal : le signifié. Partout où il y a du signe, il y a du sens et là où il y a du signe, l'objet à quoi ce signe réfère est absent dans le même temps qu'il est présentifié par ce substitut, ce valant-pour qu'est le signe (Peraldi, 1978).

Todorov, dans son Dictionnaire encyclopédique du langage, tend à faire de ce qu'il appelle la « secondarité » l'essence du langage humain. « Le langage verbal est le seul à comporter certaines propriétés spécifiques, à savoir : a) On peut l'utiliser pour parler des mots mêmes qui le constituent, et à plus forte raison, d'autres systèmes de signes b) On peut utiliser les mots dans un sens qui n'est pas connu au préalable de la communauté linguistiques, tout en se

faisant comprendre grâce au contexte (c'est, pas exemple, l'emploi des métaphores originales) » (cité par Hottois, 1986).

2.3 Et maintenant

A l'après-guerre apparaît une diversification des psychothérapies, avec l'apparition des thérapies familiales et systémiques et des thérapies comportementales ou cognitivo-comportementales.

La découverte des médicaments psychotropes modifie également l'appréhension de la pathologie du patient. C'est le début de l'essor de la psychiatrie dite biologique.

Aujourd'hui se pose la question de l'identité et de l'avenir de la psychiatrie, qui peut tendre à privilégier une approche descriptive, statistique. Le développement des sciences annexes en psychiatrie change la conceptualisation des phénomènes mentaux, leur explication et leur prise en charge.

3. Le langage en orthophonie

Il nous semble précieux de nous interroger sur la nature de notre intervention en orthophonie, de tenter de la définir afin d'en circonscrire les enjeux et de chercher à apprécier la compatibilité de cette intervention avec des patients souffrants de troubles psychiatriques, notamment de schizophrénie.

Selon Vasse (1981), en orthophonie nous serions aux premières loges pour écouter et repérer les traces d'un sujet laissé en souffrance. Être en souffrance est ici entendu dans le sens d'une attente d'autorisation à se manifester sans pouvoir le faire, être aliéné dans une représentation qui ne représente rien, une représentation muette, un symptôme. Le sujet ne sera plus en souffrance dans l'organisation du discours à partir du moment où une oreille entend que ça parle de lui là où il imaginait que ça ne parlait de rien. Dire qu'un sujet est en souffrance dans le discours qui l'aliène, c'est dire que le sujet souffre de ne pouvoir être entendu comme sujet parlant et désirant.

3.1 Le langage et la communication

En tant que thérapeutes du langage et de la communication, proposons-nous au patient de nous intéresser à son langage ou à sa communication ? Selon Geneviève Dubois (1990),

rééduquer le langage-objet ou la communication-objet « serait aussi absurde que d'apprendre à voler à une mouette en cage ».

L'étude que l'on fait du langage du patient semble osciller entre deux problématiques différentes. L'une considérant le langage comme complètement coupé du sujet qui le parle, coupure dans laquelle ne peut prendre place une dynamique à l'objet, ou celle qui produit une confusion totale entre le langage et son utilisateur (qu'il soit le sujet psychologique ou le sujet social), confusion qui exclut la distance sujet-objet nécessaire à l'établissement d'un rapport avec l'objet langage (Beauvois, 1981).

Si l'on s'intéresse au langage en tant qu'objet, en tant que système figé, l'objectif est alors de le perfectionner, souvent à l'aide de techniques. Il sera envisagé comme un code brut, fait de signes et de signaux. Si on ne s'intéresse pas à ce qui permet la lecture de ces signaux, ainsi que toutes les manifestations non verbales et paraverbales qui ne prennent sens que dans l'interaction dans laquelle elles sont formulées (l'intonation, les silences et les mimiques par exemple) nous n'aurons qu'une vision parcellaire du système.

Si l'on prend en compte l'aspect communicationnel du langage, on va devoir et pouvoir aller au-delà de la sémantique, de la partie décodable du discours. C'est prendre en compte la dimension pragmatique du langage, le langage en tant qu'acte, traduisant une intentionnalité à l'autre. Notre postulat de départ est alors que le patient est un être de langage, et que son langage est un moyen pour lui de s'épanouir.

Ces deux aspects de notre travail semblent difficilement dissociables dans notre champ de compétences, la technique étant à la base d'une spécialité centrée sur le langage mais pouvant aussi priver le patient de sa liberté, voire de son statut de sujet, certaines techniques pouvant le considérer comme « un objet de rendement linguistique » (Dubois, 1990), nous contraignant à n'avoir qu'une vision partielle du trouble. L'approche qui considère le patient comme sujet parlant en interaction avec l'autre permet de donner du sens à sa problématique langagière et communicationnelle. Si l'on considère le langage comme un objet problématique, susceptible d'investissements divers, le discours du « parleur » pourra donner lieu à des interprétations autres que normatives, et l'exécution effective d'une parole peut trouver d'autres rationalités que celle du couple normalité/déviance (Beauvois, 1981).

3.2 L'appréhension d'un symptôme

Attribuer à ces troubles une valeur de symptôme permet de concevoir le langage, altéré dans sa dimension formelle, comme en même temps véhicule de sens. C'est entrer dans la « dimension de la signifiante » (Dubois, 1999). Plus qu'un trouble, nous entendons alors un symptôme.

Auprès de patients psychiatriques nous aurions des difficultés à trouver notre place, ne nous intéressant qu'à une forme, négligeant le fond. C'est comme si entre notre profession et la psychiatrie nous devions nous répartir les questions des patients : pourquoi ai-je ce symptôme, quel en est le sens ? Et comment l'éradiquer ?

Face à ces patients psychiatriques peut être encore plus que les autres, il serait criminel de censurer la dimension inconsciente de leur symptôme langagier. Sans pour autant prétendre pouvoir apporter une interprétation analytique, il nous paraît nécessaire de reconnaître l'existence de cet inconscient. En effet « derrière le symptôme-langage, la toile de fond de l'histoire individuelle et des mécanismes inconscients est déterminante » (Dubois, 1990). La visée de notre intervention est d'accueillir le symptôme sans que celui-ci ne devienne l'objet central de nos rencontres.

3.3 Les demandes

Le cadre orthophonique est un lieu dans lequel le symptôme peut devenir signe en prenant sens, peut investir sa dimension de « demande » (Dubois, 1990). Il peut alors prendre la forme d'un langage, en ce sens qu'il est vecteur de communication.

Il nous faut également avoir à l'esprit notre propre demande vis-à-vis du patient, et à quelle demande nous-même répondons. Est-ce à la demande du patient, si elle est formulée ? A celle de sa famille, ou même de la société qui ne tolère aucun écart à la norme. Et alors le radical ortho dans orthophonie prend tout son sens, « remettre droit » (Dubois, 1990).

3.4 La spécificité du cadre orthophonique

Il nous faut prendre garde dans nos prises en charge à ne pas masquer le symptôme en ne « s'attaquant », comme on peut parfois l'entendre, aux signes extérieurs qui n'ont pour but que de faire détourner le regard de la vraie question, du vrai trouble.

Auprès de ces patients nous pensons qu'il nous faut abandonner l'aspect déficitaire du langage au profit des aspects affectifs qui sous-tendent le désir et le plaisir dans le langage. Ceci tout en gardant ce filtre orthophonique qui nous permet un regard sur le langage du patient qui intègre la structuration de sa personnalité, de sa pensée, l'expression de ses affects, son accès à la symbolisation. De notre observation orthophonique découle une action thérapeutique. L'analyse, la mise en sens de la parole du patient, de ses désirs, pulsions et mouvement exprimés sont des aspects fondamentaux de la pratique orthophonique.

Le cadre orthophonique nous permet d'accueillir la singularité de cette parole, et de la préserver, tout en lui offrant des occasions de se situer dans un échange avec l'autre. C'est un

espace de création et de conciliation, un lieu dans lequel nous pouvons offrir la compétence d'une technique, tout en ouvrant le champ de l'écoute et de la parole. Cette conviction en les mots que nous portons nous permet d'aménager une aire de parole plus vaste, notre attitude appelle à d'autres mots (Dubois, 1999).

Le travail autour de la communication constitue la pierre angulaire de la prise en soins orthophoniques, et la mise en place d'une relation réciproque fondée sur un échange interactif en est le dénouement. Cet espace thérapeutique est un lieu de construction dans lequel les mots peuvent s'échanger et se prêter, cette parole y est écoutée et accueillie quelle que soit la forme qu'elle prenne. Permettre au patient d'expérimenter les différentes fonctions du langage lui permet d'accrocher ses désirs. Le postulat de base de cette rééducation est que l'autre est un être parlant, communicant.

Cette relation de soin nécessite donc une réflexion sur la norme, mais aussi sur la représentation que l'on a de la maladie, et en particulier la maladie mentale. En effet selon Cooper (1970), pour pouvoir soigner des personnes atteintes de maladies psychiatriques, il y a nécessité de comprendre et de rechercher les préjugés et les fantasmes sur soi et sur la maladie mentale, afin de pouvoir soutenir la compréhension du patient.

Méthodologie

Nous visons grâce à notre dispositif rééducatif l'amélioration des compétences communicationnelles, de l'estime de soi, de l'adaptation sociale et à terme de l'insertion professionnelle du patient, ainsi que tout autre objectif personnel du patient qui a jusqu'à maintenant été entravé par ses difficultés de communication.

Par ailleurs nous pensons que l'investissement de ce lien thérapeutique par le patient peut contribuer à lui redonner un statut de sujet à part entière, de part le regard porté sur lui dans ce cadre.

Enfin nous postulons que l'appropriation du contenu de la séance, des mots qui y sont dits et des activités effectuées, le plaisir que le patient peut y prendre, peut permettre l'émergence d'un désir de réinvestissement de la langue par le patient

L'intervention orthophonique est à même selon nous de répondre aux troubles spécifiques de la communication du patient schizophrène, et elle peut entraîner une amélioration de la qualité de vie du patient, notamment en améliorant son suivi médical global et son observance du traitement, favorisant la communication avec les soignants et l'expression du patient quant à ses questionnements ou son ressenti de sa maladie et sa prise en charge.

Permettre une meilleure fluidité de l'expression et lever les troubles de compréhension peut par ailleurs faciliter la participation du patient à des prises en charge psychothérapeutique ou à des groupes de communication.

Par ailleurs l'efficacité d'une telle prise en charge permettra de légitimer la présence d'orthophonistes en psychiatrie adulte, qui n'est que trop rare pour l'instant.

1. Population

Nous avons choisi de réaliser une étude de cas, afin de s'adapter au mieux aux troubles spécifiques d'un patient et de lui permettre d'investir la relation. Si la rééducation effectuée ne pourra s'appliquer à tous les patients schizophrènes, puisqu'établie « sur mesure » après la passation du bilan orthophonique et à partir des dires du patient, nous cherchons à rendre compte de la possibilité d'une rencontre entre ces patients et notre profession.

Notre population a été recrutée au sein des usagers du SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale) « Espoir 54 », par le biais d'une annonce que nous avons rédigée sur les conseils de Mme Louviot, directrice du SAVS, et qui est parue dans le journal diffusé au sein du SAVS.

Mme K s'est montrée intéressée par ce travail et en a parlé avec sa référente, afin de voir si sa participation à notre projet était pertinente par rapport à ses objectifs personnels. Nous nous sommes rencontrées une première fois au sein du SAVS afin d'évoquer ensemble notre projet et ce qu'elle en attendait, puis elle m'a confirmé son intérêt pour ce dernier et sa volonté d'y participer.

2. Critères d'inclusion et d'exclusion

- **Critères d'inclusion**

- patients diagnostiqués selon les critères du DSM IV
- stabilisés au niveau symptomatique
- suivis dans des structures légères
- Qui ont un objectif de réinsertion moyen/long terme
- Maîtrisant la langue française (langue maternelle)

- **Critères d'exclusion**

- troubles de la compréhension majeurs (mis en évidence lors du bilan)
- patient présentant une autre pathologie psychiatrique en plus de la schizophrénie
- anosognosie importante
- pathologie neurologique ou neurodégénérative
-

Outils méthodologiques

1. Une phase d'entretiens et d'évaluation

« A méconnaître le rapport au langage des sujets psychotiques, on risque de les écraser sous le poids d'idéaux normatifs qui génèrent une grande violence » (Rodrigues-Martin, 2006). Cette étape du projet nous permet d'évaluer objectivement les troubles du patient, et de hiérarchiser les domaines qui seront abordés au cours des séances.

1.2 Le protocole MEC

Nous avons choisi de réaliser ce bilan à l'aide du protocole Mec, créée en 2003 par Y.Joanette et B.Ska. Cet outil fut initialement construit pour évaluer les troubles de la communication verbale des patients ayant subi une lésion de l'hémisphère droit. Des corrélations entre les difficultés langagières et communicationnelles des patients cérébrolésés droit et celles des patients schizophrènes ont été faites (Bost et Lagriffol 2011), ce qui nous permet de penser que cette évaluation est pertinente dans le cadre de notre mémoire.

Ce bilan est en effet judicieux pour apprécier les composantes discursives, prosodiques, lexico-sémantiques et pragmatiques de la communication de tout patient susceptible de présenter des troubles dans ces différents domaines.

1.3 L'échelle de communication verbale de Bordeaux

Nous avons également fait passer un questionnaire permettant une auto-évaluation de l'efficience de la communication au quotidien par le patient, afin d'avoir une idée de la gêne ressentie au quotidien, et des limitations que ces difficultés entraînent.

Cette échelle, l'ECVB évalue l'efficacité de la communication des patients souffrant d'aphasie, de façon fonctionnelle. Elle se présente sous la forme d'un entretien semi-dirigé balayant neuf domaines tels que la lecture, les relations sociales et l'utilisation du téléphone. Nous avons sélectionné les items qui nous semblaient pertinent pour évaluer de façon subjective les difficultés communicationnelles que peut rencontrer la patiente dans sa vie quotidienne.

L'analyse des résultats du bilan nous a permis de déterminer les domaines de difficultés les plus préjudiciables pour une communication efficace, leur gravité et le degré de conscience qu'a la patiente de ses troubles.

1.4 Q.A.L.A

Enfin pour parfaire notre bilan nous avons inclus dans l'anamnèse certaines questions issues du questionnaire d'autoévaluation du langage aphasie. Ce bilan fut créé par V. Nigoghossian en 2007 en vue de compléter les bilans de langage proposés aux patients aphasiques. En effet ce questionnaire se propose d'appréhender la subjectivité et la singularité du patient. Il permet au patient, à un membre de l'entourage et à l'orthophoniste de porter un jugement qualitatif par rapport au langage de la personne intéressée.

Il permet également d'impliquer pleinement le patient dans son évaluation du langage, de le placer au centre de la relation de soin et de faire en sorte qu'il en soit le sujet agissant. Par ailleurs ce questionnaire vise également à stimuler l'expression du patient, ce qui nous paraissait être un objectif pertinent par rapport au bilan de Mme K.

Ce questionnaire est divisé en six parties (aspects généraux du langage, langage oral, langage écrit, modes de transposition, bilinguisme, conclusion), qui forment un total de 55 questions relatives aux capacités langagières du patient.

1.5 Les entretiens

Durant cette première phase nous avons également réalisé plusieurs entretiens avec la patiente dans le but de tisser un premier lien thérapeutique. En effet la problématique psychique du schizophrène le rend particulièrement vulnérable dans ses relations interpersonnelles, son statut de sujet étant constamment menacé.

Aussi nous avons pris le temps de poser le cadre thérapeutique que nous nous sommes proposé de créer avec la patiente, en veillant à la considérer comme sujet souffrant et non comme handicapé, et en soutenant son narcissisme. Cette relation positive que nous espérons créer permet en effet d'augmenter l'estime de soi chez le malade (Lavoie, 1987), et la foi en ses capacités propres.

Par ailleurs, une alliance thérapeutique positive, dans laquelle les outils rééducatifs sont utilisés avec flexibilité, permet d'améliorer les résultats de la prise en charge (Castonguay, 1996).

Ces premières rencontres ont permis à la patiente de s'exprimer sur son langage, et de faire évoluer la perception qu'elle en a et sa demande. Nous pûmes ainsi tenter d'appréhender la langue dont dispose Mme K pour « parer aux ravages du réel » (Rouillon, 2004 cité par Rodrigues-Martins, 2006) et les rapports qu'elle entretient entre le signifiant et l'objet.

2. Une phase de médiation

Cette intervention prend la forme d'une rencontre individuelle et régulière, mode de fonctionnement classiquement utilisé en orthophonie.

Nous souhaitons lors de ces rencontres mettre l'accent sur des situations écologiques de communication, ce qui nous semble particulièrement important face à une population adulte et pour laquelle nous visons une meilleure adaptation sociale. Ainsi nous souhaitons stimuler la participation active du patient en utilisant des situations de la vie quotidienne, des mises en situation et en étant particulièrement attentif à leur transfert en dehors des situations de rééducation.

L'établissement d'un protocole à l'avance que nous n'aurions plus qu'à « plaquer » sur le patient nous semble impossible et surtout peu souhaitable auprès de ces patients. En effet « la clinique de la psychose ne permet pas d'établir des protocoles qui vaudraient pour tous, si déjà il ne valent pas pour un » (Rodrigues-Martins, 2006). Tout au long de ce projet, nous sommes restées vigilantes quant au fait de ne pas être trop interventionniste, de ne pas nous substituer à l'autre en voulant plus que lui un changement. Nous cherchons à prendre en compte lors de cette intervention la personne qui est en face, en la considérant comme un réel interlocuteur, et un sujet, doté de ses spécificités, qui a un fonctionnement propre. En effet, « un patient ne pourra s'identifier à un soignant, et donc investir un projet, que si l'équipe a su au préalable s'identifier à lui », (Geller, 1990, cité par Vidon, 1995).

Nous souhaitons au contraire partir du désir du patient. En effet nous pensons que s'il est soutenu, encouragé, et non orienté ou prescrit, les paroles et les actes du patient pourront prendre sens et être assumés.

Les activités sont proposées au patient, jamais imposées.

2.1 Lieu des séances

Pour réaliser ce projet nous avons été accueillie au SAVS « Espoir 54 ». Les séances d'orthophonie en elles-mêmes se sont déroulées dans une des salles du local, dans laquelle se tiennent habituellement des activités faisant partie des différents modules auxquels participent les usagers du SAVS.

2.2 Calendrier de l'étude

Nous avons proposé à la patiente volontaire d'effectuer dix séances ensemble, de fin janvier jusque début avril. Il nous semblait important de fixer un cadre temporel dans lequel la patiente pourrait s'installer, mais aussi dont la fin était annoncée et pas trop lointaine, afin de coller au fonctionnement des modules auxquels elle prenait déjà part au sein d'Espoir 54. Que nous soyons d'accord sur le cadre temporel nous engageait réciproquement dans ce processus thérapeutique.

2.3 L'atelier DIXILUDO

En parallèle à ces séances d'orthophonie, nous avons participé à la totalité de l'atelier mis en place autour du jeu thérapeutique « Dixiludo ». Cet atelier s'est déroulé tous les mercredi après-midis pendant 8 séances, au sein d'un groupe de 7 usagers.

Cela nous a permis d'appréhender les difficultés de communication des patients en situation d'interaction et d'estimer leurs retentissements au quotidien. Par ailleurs nous avons ainsi pu prendre conscience de la situation d'isolement et de vide thérapeutique dans laquelle vivent la plupart des usagers d'Espoir 54, à l'instar de Mme K. Cette sorte « d'invalidation sociale » (Cooper, 1970), dont souffre ces patients nous a beaucoup interrogé, et nous a amené à considérer l'aspect réhabilitation psychosociale de notre projet sous un angle de réhabilitation d'un droit à la parole, sans que celle-ci ne soit forcément invalidée car *étiquetée* schizophrène.

Nous avons également pu constater, au fur et à mesure des ateliers, les bénéfices que pouvaient tirer les usagers de cet espace de parole protégé, et les voir peu à peu s'approprier une parole, s'autoriser à initier une conversation, et parler de façon plus incarnée.

Il était également intéressant pour nous de prendre part à cet atelier, Mme K y ayant participé il n'y a pas longtemps, et n'en ayant pas retiré beaucoup de bénéfices. Prendre connaissance du contenu de cette activité nous a été utile pour proposer à Mme K quelque chose de différent au fil des séances, et affiner nos objectifs.

3. La phase d'évaluation de l'efficacité de la prise en charge.

Nous souhaitons lors de cette phase finale nous fier au ressenti, et à l'aisance communicationnelle du patient, en l'observant selon une grille de lecture qui porte sur les aspects importants de sa communication.

Mode de traitement des données

Nous avons réalisé dix séances avec Mme K au cours desquelles nous lui avons proposé un travail autour du langage et de la communication, ceci en vue d'un réinvestissement possible de ces aspects de sa vie.

Notre travail a consisté à lui proposer un bilan orthophonique, puis à l'analyser pour comprendre la problématique particulière de cette patiente. La mise en évidence de l'appropriation du langage qu'a Mme K nous a permis d'établir quelques objectifs de travail qui nous ont servi de fils conducteurs dans l'élaboration et la proposition des activités proposées en séance.

La prise en compte des évolutions et de la modification du comportement de Mme K au et à mesure des séances nous a permis de faire évoluer notre travail et notre propre appréhension de la relation qui s'établissait. Nous avons cherché à nous ajuster au mieux aux besoins de Mme K, de façon évolutive.

L'analyse finale de cette intervention se fera à partir de nos observations de certains points clés de la communication de Mme K, en utilisant des données qualitatives.

Nous postulons que des rencontres telles que celles que nous avons réalisées avec Mme K, dans le cadre d'un suivi orthophonique, peuvent permettre aux patients schizophrènes de faire face au réel et au langage autrement. « Il s'agit toujours de considérer la rencontre en tant qu'elle est toujours ratée et qu'elle ne peut se produire que comme signe d'un réel. En somme la rencontre à toujours lieu d'une façon ou d'une autre. Elle a lieu de confronter l'intervenant à un rapport du sujet à la jouissance qui excède les cadres du désir, du fantasme, et de la jouissance phallique. C'est de cette rencontre dont tout un chacun veut se protéger en dressant la barrière de sa fonction, le cadre de l'activité, la tranquillité du groupe et la préservation du cadre institutionnel » (Rouillon, 2004 cité par Rodrigues-Martins, 2006).

Démarche exploratoire

Ce travail cherche à rendre compte de pertinence d'une prise en charge orthophonique auprès d'une patiente en souffrance dans sa communication, ceci dans un contexte de troubles psychiatriques et plus particulièrement schizophréniques. Prenant en compte la symptomatologie particulière de ces patients nous envisageons ce travail sous un angle laissant une place à la réhabilitation psychosociale.

Pour ce faire nous rencontrerons une patiente pendant dix séances afin de lui proposer un travail autour du langage et de la communication et tenter la mise en place d'un langage commun entre nous.

Nous espérons grâce à ce travail justifier l'intérêt de l'implication des orthophonistes dans le suivi de patients psychiatriques adultes.

Résultats et analyses

1. Analyses des données et traitement des hypothèses

1.2 Premiers entretiens et bilan de Mme K

Les deux premières séances que nous avons réalisées avec Mme K furent consacrées à des entretiens en vue d'établir son anamnèse, ainsi que la passation d'épreuves de bilan qui permirent d'objectiver ses difficultés.

Ces deux premières séances furent également l'occasion de faire émerger une certaine demande de la part de Mme K.

1.3 Anamnèse

Nous avons réalisé l'anamnèse de Mme K grâce à nos entretiens, mais aussi grâce à notre rencontre avec le Dr Beau, psychiatre au CPN de Laxou, qui a nous a donné son accord

concernant la prise en charge de Mme K, mais aussi quelques éléments importants de l'histoire médicale de Mme K et son traitement actuel.

Mme K est née le 12/11/59, elle a 52 ans. Elle est titulaire d'une licence de physique, après avoir effectué une prépa scientifique. A l'âge de 40 ans elle a préparé un BTS de production forestière, lors d'une période dans sa vie où elle se croyait « guérie ». Elle n'a cependant jamais travaillé.

1.4 Histoire de la maladie

En effet elle nous explique avoir été diagnostiquée schizophrène dès son adolescence, à la suite d'une décompensation. Ce diagnostic a été confirmé lors de ses décompensations suivantes, l'une vers l'âge de 20 ans, et la dernière en 1999. Ce dernier épisode marque une rupture dans sa vie. Dans son discours il y a un « avant », qui semble très différent de ce qu'elle vit maintenant. En effet Mme K s'est retrouvée sans domicile, expulsée, et sans soins. Elle a ensuite été hospitalisée au CPN de Laxou, puis dans un centre de post-cure jusqu'en 2010.

1.5 Prises en charge

Mme K a vécu à Paris durant sa jeunesse, et jusqu'à ses trente ans environ. Elle voyait alors un psychiatre toutes les semaines. Puis elle est revenue en Lorraine, d'où elle est originaire, et semble alors avoir cessé toute prise en charge, se sentant guérie comme nous l'avons déjà mentionné. La sévère décompensation qui a suivi fut d'autant plus mal vécue. Depuis qu'elle est rentrée à domicile elle voit le docteur Beau tous les deux mois. Un infirmier vient chez elle toutes les semaines également. Elle n'est suivie par aucun autre professionnel.

1.6 Mode de vie actuel

Mme K vit dans un appartement indépendant à Nancy, au sein d'un foyer. Elle est socialement très isolée, et se définit d'ailleurs comme « solitaire, enfin c'est peut-être du à la maladie ». Son unique lien avec l'extérieur est Espoir 54, où elle participe actuellement à un module de cuisine. Elle y a également effectué des modules de communication et de résolution de problème. En plus de la visite hebdomadaire d'un infirmier, elle reçoit celle d'une auxiliaire de vie tous les mercredis.

Elle est coupée de sa famille, et n'entretient pas de relations amicales. Elle me dit essayer d'avoir quelque chose à faire tous les jours, pour ne pas être tentée de rester au lit. Elle écoute beaucoup la radio (France Inter), et lit des revues telles que le Canard Enchaîné, Télérama ou Marianne. Les activités qui lui plaisaient (cinéma, lecture, sorties), font partie de sa vie « d'avant », et Mme K semble se les interdire à présent, volontairement, comme pour signifier un renoncement à la personne qu'elle était. Elle semble s'empêcher d'investir une quelconque activité de peur d'être déçue à nouveau, ou de devoir tout abandonner dans le cas où elle vivrait une nouvelle décompensation. Elle a également très peur d'être à nouveau expulsée, et le fait d'être sous curatelle renforcée –ce qui empêche tout non paiement de loyer- ne la rassure pas pour autant.

1.7 Traitement

Mme K reçoit trois ampoules de 1ml de Haldol tous les mois. Elle prend par ailleurs tous les jours un antipsychotique (Abilify), un anxiolytique (Seresta), ainsi que des somnifères. Ces informations sont à prendre en considération et à mettre en relation avec certaines plaintes de la patiente, notamment celles concernant un déficit de l'attention et des troubles de la mémoire.

1.8 Communication

« Demeurer dans son monde à soi équivaut à se mettre à l'abri de la parole » (Vasse, 1981). Nous avons déjà évoqué le retrait communicationnel dans lequel vit Mme K. Globalement elle se décrit comme « moins expressive » qu'avant, mais rajoute que c'est peut-être aussi parce qu'elle n'a « plus rien à dire maintenant ».

En discours spontané nous constatons que ses phrases sont courtes, son discours est assez pauvre, et elle présente un manque d'initiative verbale, ce qui se confirmera par ailleurs lors de la passation du bilan.

2. Bilan de Mme K

La passation du bilan s'est déroulée sur deux séances d'1h30.

2.1 Résultats aux épreuves du protocole MEC

- **Compétences paraverbales :**

Expression de la prosodie : dans le discours spontané, la voix de Mme K, n'est pas très modulée. L'intensité est faible. Lors d'épreuves dirigées Mme K réussit pourtant bien à répéter des phrases en respectant l'intonation (11/12), même si elle me dit trouver cette épreuve difficile.

Cette dichotomie entre le spontané et le dirigé nous paraît importante à remarquer, en ce sens qu'elle souligne la difficulté qu'à Mme K à parler et à incarner sa parole, à la porter en quelque sorte. Si ses mots ne sont pas les siens et qu'il ne s'agit que d'une épreuve de reconnaissance et d'imitation, aucune difficulté n'est présente.

Compréhension de la prosodie : Mme K a bien réussi les épreuves (10/12), dans lesquelles il faut reconnaître la nature de la phrase énoncée. Elle m'a cependant dit avoir trouvé cela difficile une fois l'exercice terminé, mais nous pensons que cela peut être lié à son désir de bien faire et sa crainte de ne pas être performante au cours de ce bilan, malgré nos tentatives pour la mettre en confiance.

Expressions faciales / contact visuel : Mme K est globalement peu expressive, peu de mimiques viennent étayer son discours. Le contact visuel est possible, mais assez fugace. Elle se décrit comme n'ayant jamais été très « volubile », n'ayant jamais utilisé beaucoup de gestes pour s'exprimer, ce que nous constatons également lors des entretiens, Mme K restant assez figée.

- **Compétences lexico-sémantiques :**

Évocation lexicale : les trois tâches d'évocation lexicale (libre, avec contrainte sémantique puis orthographique) ont pu être réalisées dans leur totalité. Mme K n'a jamais répété de mots, et a appliqué des stratégies efficaces d'exploration de ses connaissances sémantiques (catégorielles, dérivationnelles et par imagerie mentale).

Ses scores à ces épreuves sont ou très proches (18/18, 23/21) ou très en deça (40/49) du point d'alerte. En effet même si sa production de mots fut régulière tout au long de l'épreuve, Mme K a une vitesse d'évocation très ralentie.

Jugement sémantique : cette épreuve est parfaitement réussie (24/24). Mme K identifie parfaitement les liens sémantiques entre les mots, et peu les expliciter de façon très précise. Elle répond rapidement, et le terme générique d'une catégorie est facilement trouvé et explicité. Cette épreuve est une nouvelle fois l'occasion de mettre en évidence la précision lexicale dont elle peut faire preuve. Par ailleurs, Mme K a souvent énoncé plusieurs mots

pratiquement synonymes pour répondre (« fibres, textiles »), ce qui nous a semblé être le reflet de cette recherche de précision, mais aussi d'une certaine souplesse entre le signifiant et le signifié.

- **Compétences discursives :**

Discours conversationnel : Mme K est peu fluente. Ses réponses sont toujours adaptées, mais assez laconiques, assez désincarnées. Elle a des difficultés à parler d'elle, ne sachant alors pas de qui parler : elle « avant », elle « maintenant », qui n'existe pas, ou elle « sa maladie ».

Incitation verbale : Mme K dit d'elle-même lors des entretiens qu'elle ne prend pratiquement jamais la parole, sauf pour répondre à des questions. Au cours du bilan, elle me dit plusieurs fois, comme pour confirmer cette assertion « là je parle, mais c'est parce que vous me posez plein de questions ». En effet les réponses de Mme K sont en premier lieu assez laconiques, mais au fur et à mesure du bilan, notamment lors de la deuxième partie de la passation, Mme K développe un peu plus ses réponses, notamment si nous laissons plus de temps entre chaque échange. Les tours de parole sont bien respectés.

Discours narratif : lors des épreuves de rappel de l'histoire, Mme K montre qu'elle a bien compris le texte, et il n'y a aucune incohérence ou hésitation dans ses réponses. Le discours est bien organisé, ne mettant en évidence aucun défaut de planification.

Ses scores se situent en deçà du point d'alerte lorsqu'il s'agit pour Mme K de raconter l'histoire, en effet elle va à l'essentiel, et est efficace pour rendre compte des éléments principaux de l'histoire, mais omet par là même de nombreux détails. Ce comportement est à mettre en relation avec le caractère peu fluent du discours de Mme K et son inhibition.

Lorsque la compréhension de l'histoire est interrogée à partir d'un questionnaire, Mme K réussit parfaitement (12/12).

- **Compétences pragmatiques :**

Interprétation d'actes de langage indirects : (40/40) Mme K comprend parfaitement les situations dont il est question dans cette épreuve, mais a du mal à choisir entre une compréhension littérale ou indirecte des énoncés. Après avoir hésité à répondre sans trancher aux premiers énoncés (en donnant l'interprétation littérale et indirecte), elle comprend le but de l'épreuve et répond correctement à tous les autres énoncés. Elle me dit ne pas utiliser ce type de langage.

Interprétation de métaphores : Mme K accède parfaitement au sens figuré d'un énoncé, elle réussit parfaitement cette épreuve (40/40).

- **Questionnaire sur la conscience des troubles :**

Bien qu'il soit communément admis que les patients schizophrènes ont une conscience des troubles absente ou partielle (Castillo, 2008), Mme K ne souffre pas d'un défaut d'insight. Au contraire ce questionnaire met en évidence une bonne conscience des difficultés communicationnelles, qui sont presque revendiquées. En effet, Mme K dit ne pratiquement plus téléphoner, ne plus avoir d'humour, mais oscille entre expliquer ces changements par de la procrastination, par un manque d'envie, ou à certains moments par les difficultés qu'elle aurait à réaliser ces actes.

Ce qu'elle dit ainsi de son appréhension de la communication nous sera par la suite très précieux pour lui proposer des activités appropriées et des objectifs généraux cohérents avec sa situation. En effet Mme K a forgé son identité actuelle en partie via sa façon d'aborder le langage et la communication. Vouloir refonder cela serait ainsi la « détruire » en quelque sorte, en s'attaquant de façon frontale à ses défenses.

Ce questionnaire est l'occasion pour Mme K de nous dire qu'elle a l'impression de mal s'exprimer, de ne pas savoir choisir entre les mots, de bredouiller. Elle se demande si ces difficultés ne seraient pas dues à un « manque de pratique ». Il lui est impossible d'engager et entretenir une conversation, et il lui semble qu'elle n'a « de toute façon rien d'intéressant à dire ».

Ses difficultés nourrissent la mauvaise image que Mme K nourrit d'elle-même, tandis que cette mauvaise image et ce manque de confiance nourrissent son inhibition. Se mêle à cela une « fatigue », et une absence de désir, une « disparition des envies ».

Bien qu'un bon insight soit souvent considéré comme quelque chose d'encourageant, il est aussi souvent lié à des niveaux élevés de dépression, ainsi qu'à une faible estime de soi, ce qui fragilise les évolutions positives (Bouvet, 2010).

Par ailleurs nous avons ajouté à ce questionnaire quelques items tirés de l'échelle d'auto-évaluation QAALA qui sont l'occasion pour Mme K d'exprimer à nouveau ce renoncement d'investissement de sa communication, et du lien avec les autres qu'elle implique.

La passation de la Mec confirme ce dont Mme K nous a fait part lors des entretiens. En effet elle est tout à fait capable de répondre à des questions qui mettent en jeu sa compréhension, ses connaissances linguistiques, qui nécessitent la réalisation d'inférences et qui ne la

concernent que peu en quelque sorte, ce sans aucune difficulté. Elle a un très bon niveau de langage « passif », que des épreuves dirigées mettent en évidence.

En revanche les épreuves mettant en jeu une expression plus libre sont plus difficilement réalisées, de part l'inhibition et la retenue dont Mme K fait preuve. Il nous semble qu'une expression plus libre, plus fluide, est perçue comme vulnérabilisante pour la patiente, et détentrice de trop de paramètres inconnus pour être tentée. Ceci est à mettre en lien avec la très grande crainte de Mme K de revivre une nouvelle décompensation telle que la dernière qu'elle a vécue et qui a eu des conséquences qu'elle subit encore.

Des attentes et des résistances au changement et à l'engagement cohabitent chez Mme K. Il nous faudra avoir conscience de ces phénomènes lors de nos rencontres avec elle, et tenir compte de cette ambivalence en cherchant un juste équilibre entre l'écoute et la proposition de nouveauté, sans brusquer Mme K. En effet selon Mannoni (1970) « à vouloir diriger le changement, on obtient l'immobilisme (qui est un fait de défense à tout changement) ».

2.2 Résultats à l'ECVB

Nous avons sélectionné les items qui nous semblaient pertinents pour évaluer les retentissements des difficultés communicationnelles de Mme K au quotidien. Nous avons éliminé les items non pertinents par rapport à sa situation personnelle et à sa pathologie.

Le score maximum à cette échelle modifiée est donc de 54 points, répartis en cinq sous ensembles :

Expression des intentions : 2/6

Mme K préfèrera ne pas prendre la parole pour exprimer ses intentions, et « se débrouiller seule », plutôt que d'avoir à s'adresser à quelqu'un, quelle que soit la personne.

Conversation : 3/21

Mme K évitant tout type d'interaction, ce domaine est évidemment très chuté au niveau du score. Quel que soit l'interlocuteur, et quel que soit le sujet, avoir une conversation est quelque chose de très anxiogène pour elle, qui la met beaucoup en difficulté.

Téléphone : 3/15

Mme K n'est pas à l'aise pour utiliser le téléphone, dans quelque situation que ce soit, pour l'expliquer elle accuse sa tendance à « procrastiner ». Elle met en place des stratégies d'évitement pour ne pas être en difficulté.

Achats : 0/3

Mme K est autonome dans sa vie de tous les jours, et fait régulièrement les courses. Si son score est très bas c'est qu'elle ne sollicitera jamais d'aide ou de conseil de la part d'un vendeur si elle ne trouve pas quelque chose, préférant repartir sans que d'avoir à prendre la parole.

Relations sociales : 2/9

Mme K est comme nous l'avons déjà évoqué très isolée. Elle ne cultive aucune relation, se revendiquant comme « solitaire ». Elle admet cependant que cette solitude est « peut-être » due à ses difficultés à de communication, et à ses stratégies d'évitement.

Mme K obtient ainsi un score de 10/54 à cette échelle de communication, confirmant ses difficultés communicationnelles, et leurs retentissements. La passation de cette échelle fut également l'occasion pour elle de verbaliser les comportements que cela engendrait, que ces comportements soient subis ou élaborés de façon à contourner ces obstacles.

2.3 Objectifs des séances

Ces premiers entretiens et ce bilan nous ont conduit à faire évoluer nos objectifs de départ pour coller au mieux à la problématique de Mme K, tout en conservant cette visée de réhabilitation psychosociale poursuivie en filigrane, ayant trait à l'insertion sociale du patient et sa possibilité d'interaction avec l'environnement.

L'amélioration des compétences communicationnelles en elles-mêmes n'est en effet pertinente que si la situation d'interaction est investie. Nous savons à présent que Mme K a un bon niveau de langage, sait manier la langue si elle y est contrainte, comme lors des épreuves que nous lui avons proposées. L'amélioration d'une compétence bien précise telle que la prosodie ou la pragmatique ne nous paraît pas pertinente auprès de cette patiente.

- **L'interaction**

Il nous paraît intéressant que l'un des fils conducteurs de notre médiation auprès de Mme K soit de lui permettre d'accéder à la communication en interaction, sans que cela soit trop dangereux ou vulnérabilisant pour elle. En effet il nous faut toujours garder en tête que le retrait communicationnel qu'a opéré la patiente est pour elle une façon de maintenir un certain équilibre et d'éviter tout changement dans sa vie, le changement étant associé à un risque de nouvelle décompensation. Cette manifestation est à considérer selon nous comme un comportement adaptatif, et non déviant (Musiol, 1998, cité par Musiol, 2000).

Nous postulons que cette possibilité d'interaction est fortement liée à l'investissement par la patiente du lien thérapeutique et de la relation, ainsi que de son estime de soi. En effet Mme K perçoit de façon très négative sa façon de s'exprimer et ses possibilités d'interaction.

La composante de réhabilitation psychosociale de notre projet est envisagée ici comme un travail sur le lien. Cette approche permet selon Giraud et al (1993) de recentrer le soin et la fonction soignante en créant des liens infrapsychiques de base pour permettre plus tard l'accès aux liens du champ social.

- **Le plaisir dans la communication**

Selon Maud Mannoni (1970) le langage n'a rien à voir avec le besoin, il appartient au registre du désir. Le fait que Mme K puisse prendre du plaisir à s'exprimer nous paraît également un objectif recevable en soi, aussi il nous semble important d'utiliser pour ce faire du matériel proche de ses goûts personnels et grâce auquel un discours peut s'élaborer, ceci en vue de favoriser les étayages extérieurs.

Nous pensons que nos rencontres avec la patiente doivent être l'occasion pour elle d'être valorisée et regardée comme sujet communiquant, capable d'une communication qui lui est propre mais aussi partageable.

- **Travail langagier**

En poursuivant ces objectifs, nous pensons que la fluence et les capacités d'évocation de Mme K peuvent également s'améliorer, ainsi que l'initiation et l'exploitation d'un thème discursif.

Nous avons observé lors du bilan que Mme K a les capacités nécessaires pour être efficace lors d'une situation dirigée, artificielle. Le recours à celle-ci peut être utile au cours des séances afin de réassurer la patiente, cependant il nous a paru important de veiller à ne pas s'enfermer dans ce type de situation peu écologique et peu « engageante » pour la patiente.

Par ailleurs lors des entretiens Mme K a évoqué des difficultés de langage écrit qui la gênent et sont un frein à l'utilisation de ce moyen de communication. Aussi nous avons intégré cette dimension de la communication dans l'élaboration de nos séances, d'autant que c'est un domaine que Mme K a auparavant bien investi (tenue d'un journal, correspondances). Ceci fut par ailleurs l'occasion de laisser une trace des échanges qui avaient lieu, lorsque que l'une de nous était *secrétaire* de la séance.

La lecture, qui fut longtemps très investie par Mme K, nous semble également être un vecteur pertinent pour stimuler son expression, permettant l'élaboration d'un discours et une certaine décentration.

- **Objectif à long terme**

A plus long terme nous pensons que faciliter la communication de Mme K peut lui permettre d'envisager de participer avec profit à des programmes de réhabilitation psychosociale au sein d'Espoir 54 ou ailleurs.

En effet des programmes tels que l'IPT, PRACS ou RECOS pourraient favoriser la ré implication de Mme K dans un certain réseau social, et améliorer certains aspects de son fonctionnement cognitif de façon plus précise (par exemple la mémoire verbale, l'attention visuo-spatiale, la mémoire de travail, l'attention sélective et le raisonnement pour le programme RECOS).

Synthèse et conclusions pour les hypothèses

Nous avons cherché grâce à ce travail à éprouver la situation de rééducation orthophonique auprès d'une patiente fragilisée dans sa communication à cause de troubles schizophréniques. Nous tenterons ici de rendre compte de notre travail à travers les différents aspects de la prise en charge qu'il nous semblait intéressant d'observer afin d'évaluer le ressenti et l'aisance de Mme K lors de nos rencontres.

- **Estime de soi**

Mme K semblait avoir une image tellement négative d'elle-même que cet objectif nous paraît pouvoir être considéré comme l'un des plus importants. Ce travail s'est effectué en toile de fond.

L'analyse des résultats de son bilan fut une première occasion de poser un autre regard sur la communication de Mme K que celui qu'elle-même portait. Nous pûmes mettre en avant tous les aspects positifs de sa parole et de la façon dont elle a pu aborder les épreuves et la situation d'épreuves.

Tout au long des rencontres nous eûmes l'occasion de lui faire part de nos remarques quant à son aisance dans les activités ou sa fluence. Mme K émettait au début souvent des

commentaires négatifs sur ses réactions ou ses performances dans les différentes activités, puis au fur et à mesure a accepté que nous lui propositions une autre analyse de ses productions.

- **Possibilité de partager des idées, des informations autour d'une situation commune**

Les activités que nous avons proposées à Mme K s'établissaient souvent sur le mode du partage de représentations mentales ou de référents. En effet c'est dans l'expérience commune, partagée, que s'origine la communication (Mannoni, 1970). L'objectif de nos rencontres était de lui proposer un arrimage signifiant suffisant pour que Mme K puisse *faire avec* le langage. Nous gardions à l'esprit que les énoncés ne voulaient pas forcément signifier la même chose pour elle et pour nous.

Nous souhaitions proposer à Mme K un travail autour de la langue bien sûr, qui se ferait en coopération, et ainsi co-construire les activités que nous lui propositions. En effet, selon Beauvois, 1981, tout se passe comme si les patients schizophrènes se situaient dans un refus d'établir avec le langage un rapport qui poserait celui-ci comme code, et qui serait donc passible d'un traitement métalinguistique.

Le matériel que nous propositions à la patiente était un prétexte au réinvestissement de nouveaux objets en les expérimentant dans la relation à deux. La bonne réponse s'établissait de façon commune, nous lui propositions de nous mettre d'accord sur la réponse qui, choisie à deux, serait la bonne. En effet pour pouvoir partager quelque chose, selon Maud Mannoni (1970), il faut que le soignant accepte d'abandonner une position de totale maîtrise et accepte de ne pas savoir.

Ceci fut assez désarçonnant pour Mme K, qui au départ demandait toujours à ce que nous la corrigions. Peu à peu elle put se détacher de notre validation, et décider d'elle-même si sa réponse ou ses propositions de travail étaient correctes.

- **Le tour de rôle, l'interaction**

« C'est à ce point que l'intervenant peut se faire le secrétaire de l'aliéné en consentant de se faire le support d'une altérité qui constitue un lien au lieu même où tout lien ne peut que se défaire » (Rouillon, 2004, cité par Rodrigues-Martins, 2006). Les activités que nous avons proposées à Mme K se réalisaient toujours grâce à une co-construction. Pour cela il fallut qu'elle consente à notre présence, ce que nous avons essayé de faciliter en soutenant une position de non-savoir.

Au départ Mme K n'investissait pas cette place que nous lui proposons. Il fallait la relancer lorsque c'était son tour de parler, il ne lui était pas possible de rebondir sur nos interventions. Lors que nous pûmes lui laisser le temps de s'installer dans cette relation que nous lui proposons, elle put prendre la parole, voire initier l'interaction.

- **Écho à son vécu**

Parler d'elle était évidemment quelque chose de très difficile pour Mme K, n'étant pas sujet d'elle-même. Ses possibilités de saisir avec les signifiants quelque chose d'elle-même, de son histoire sont réduites, voire évitées.

Au fur et à mesure des rencontres avec les mots, Mme K a pu faire référence à son existence, évoquant des goûts, des lectures, des inclinaisons pour tel et tel domaine. Ceci se faisait toujours au passé, sauf à la dernière séance dans laquelle Mme K a évoqué différents aspects de sa vie en ces termes « j'ai/je n'ai pas », « je fais souvent »...

- **Plaisir**

Lors du bilan Mme K nous a donné l'impression de faire en sorte d'éviter tout plaisir, voire toute sensation tout court, ceci toujours dans le but de maintenir cet équilibre. Elle avait d'ailleurs évoqué le fait qu'elle ait évacué toutes les sources de plaisir possible dans sa vie, ne lisant plus vraiment, n'allant plus au cinéma par exemple, alors que c'était des activités qu'elle aimait auparavant.

Nous nous apprêtions donc à aller à l'encontre de son fonctionnement en mettant le plaisir au centre de nos rencontres. Mme K est d'ailleurs restée longtemps sur une certaine réserve, n'explorant par exemple pas du tout le matériel que nous lui proposons.

Nous souhaitions pouvoir nous décentrer de ce que nous étions en train de réaliser avec elle pour le commenter en même temps que nous le vivions, et ceci fut difficile au départ. Au fur et à mesure des séances elle a pu sortir, par envie, des limites que l'activité que nous lui proposons circonscrivait, en feuilletant un livre sur lequel nous travaillions par exemple, en lisant quelques pages et nous demandant même une fois dans quel magasin nous trouvions nos ouvrages.

Le fait qu'elle prenne l'initiative de changer les consignes nous donna également l'impression qu'elle acceptait que ces séances soient les siennes, qu'elle s'appropriait ce temps.

- **La fluence**

L'évolution de la fluence de Mme K est parallèle à son aisance lors de nos rencontres. Nous avons constaté lors du bilan que Mme K n'était pas entravée pour produire de longues phrases lorsque sa parole n'était pas sollicitée en son nom.

Cependant au fur et à mesure des rencontres et de la modification de son aisance dans l'interaction, les productions de Mme K ont pu se fluidifier, s'allonger, et sembler moins difficiles voire douloureuses à produire.

- **Le regard**

Mme K lors des premiers entretiens fuyait le contact visuel. Nous-même nous sentions agressive lorsque nous la regardions dans les yeux. Nous avons dès le début adapté notre façon de nous installer lors des séances de façon à éviter le face à face, pour que ce contact entre nous devienne tolérable, et s'inscrive dans une reconnaissance l'une de l'autre.

Peu à peu Mme K a pu consentir à ce regard que nous nous proposons de poser sur elle. Au fur et à mesure des activités que nous réalisons toutes les deux, Mme K s'est mise à nous regarder lorsqu'elle cherchait une réponse, voire à nous regarder lorsqu'elle attendait une validation de notre part.

Cette modification d'attitude de la part de la patiente nous a semblé être le témoin d'une rencontre possible avec l'autre, et surtout l'acceptation de la nécessité de communiquer avec cet autre.

Positionnement personnel dans la recherche et les situations cliniques

Ce travail de recherche fut nous l'occasion d'endosser pour la première fois totalement le rôle de praticien auprès d'un patient, sans référent à côté de soi. Cette mise en situation fut très précieuse pour nous, en ce sens qu'elle nous a permis de façonner la représentation que nous avons du rôle d'orthophoniste, mais aussi celle de la relation qui nous lie au patient.

Nous souhaitons dans cette partie évoquer les aspects qui nous ont le plus questionné au cours des rencontres avec Mme K, et qui nous ont permis de cheminer dans l'appropriation de ce rôle de thérapeute.

- **La négociation du cadre**

Pour que le patient puisse progresser il faut un certain accueil, une disponibilité, mais surtout lui donner l'assurance de trouver un adulte qui ne lui demande pas de changer (Mannoni, 1970). Dès notre première rencontre avec Mme K nous avons cherché à lui proposer notre présence et notre projet dans un climat d'alliance. Nous lui avons soumis l'idée de la co-construction d'un espace de circulation de la parole, d'échange. Nous postulions que ce cadre véhiculerait une idée de solidité et de cohérence, permettant au patient d'explorer cet espace thérapeutique, qu'il puisse s'y mouvoir facilement et librement (Dubois, 1999).

Nous avons cherché à ce qu'il soit possible que nous convenions ensemble de la forme et du fond de nos échanges. Ont ainsi été évoqués le cadre, la durée et la régularité des séances, mais aussi le contenu même de nos échanges. Cette liberté que nous proposons à Mme K, et cette façon de l'impliquer de facto au sein de nos échanges nous a semblé un peu l'effrayer. Cela allait à l'encontre de ce qu'elle prônait dans sa vie dernièrement, à savoir une sorte de résistance passive.

Cette parole nous a permis de nous situer face à Mme K. Ce fut l'occasion de préciser notre place, le champ et les modalités de notre intervention. Cela nous permis de dire également que nous renoncions à une position de maîtrise pour véritablement accompagner le sujet dans sa démarche, que nous restions et resterions à l'écoute en notre qualité de soignante.

En mettant en avant le fait que tout cela était nouveau pour nous aussi, que tout ce qui serait vécu et prononcé au sein de cet espace pouvait n'exister que dans ce cadre-ci, qui serait un espace de liberté aux frontières structurantes, nous avons cherché à donner des repères contenant et sécurisants à Mme K, afin qu'elle ait envie d'investir ce lieu et la relation.

Ce fut l'occasion d'établir la dimension symbolique de notre travail également, au travers des différentes règles qui furent posées comme indissociables de la dynamique thérapeutique, telles que celles qui déterminent l'assiduité et la régularité, la règle du *faire-semblant* dans les situations de jeu, la règle du secret que nous nous engageons à garantir.

- **La gestion des « non-objectifs » de la patiente, de sa passivité**

Nous avons débuté cette recherche en ayant comme paradigme que la rééducation orthophonique faciliterait la réalisation de certains objectifs concrets. Or après la passation du

bilan et une conversation avec la référente de Mme K il est apparu que l'objectif verbalisé de Mme K était que « les choses changent le moins possible ». Par ailleurs son âge, son histoire et sa situation actuelle n'étaient pas compatibles avec des objectifs classiques de réhabilitation psychosociale tels que l'accès à l'emploi ou la participation à des activités de loisirs, ce à court-terme en tout cas.

Gardant à l'esprit le postulat selon lequel « on ne doit jamais désirer à la place du malade » (Roger Gentis, in Mannoni, 1975), nous avons de ce fait pris le parti de proposer à la patiente un espace thérapeutique dans lequel elle pourrait investir le langage à sa guise, sans la pression d'avoir à forcément réinvestir ces expériences en dehors de ce temps partagé. Lui verbaliser ce postulat à la rééducation fut libérateur pour nous, en ce sens que cela nous a permis d'exploiter complètement le temps de la rencontre avec la patiente, puisqu'alors tout était potentiellement possible.

- **La gestion des silences, du vide**

Dès les premières rencontres avec Mme K nous nous sommes rendu compte que nous n'avions pas anticipé cet aspect de la prise en charge, et nous nous sommes trouvé assez démunie face aux silences de la patiente, ne sachant comment les interpréter et quelle devait être notre réaction.

Le vide est déroutant et générateur d'angoisse, et nous eûmes au cours des séances l'occasion de le vérifier. En effet notre premier réflexe fut de répondre aux silences de Mme K par des questions, certainement car cela nous mettait en échec par rapport à ce que nous lui propositions. Cela nous donna l'impression d'être agressive voire persécutante pour la patiente, en ne respectant pas son désir de ne pas parler. Or il était crucial pour nous que notre présence, notre parole, nos propositions ne soient pas sources d'angoisse pour Mme K.

Par ailleurs Mme K ayant une symptomatologie négative, des temps de latence plus importants était un aspect qu'il nous fallait prendre en compte dans nos interactions avec elle.

Le fait que nous disions à la patiente que le temps des séances était son temps à elle et non le nôtre marqua la possibilité d'une appréhension différente de ces silences également.

- **La gestion de la distance avec la patiente, la façon de parler de soi, de parler d'elle**

Selon Brémaud, 2010, « cette relation thérapeutique, très particulière, est un véritable jeu d'équilibre ». En effet soit le patient est trop proche de l'interlocuteur, ce qui accroît les

risques d'engluement dans l'imaginaire, soit il est trop loin et l'on risque alors de rompre le fragile lien qui a pu s'établir.

Nous prîmes dès le début de nos rencontres conscience de cet aspect particulier de la relation avec la patiente. Cela nous a intimé de faire preuve d'une grande prudence dans notre utilisation du langage, et dans notre comportement face à Mme K.

La gestion de la distance avec la patiente fut très importante pour nous, et il nous a fallu quelques ajustements pour nous sentir à l'aise avec cette question. Ne pas nous placer d'emblée comme une image forte, un référent détenteur de la bonne réponse, pour ne pas dire bonne parole, nous a permis d'être plus à l'écoute du symptôme de la patiente et de la respecter dans sa démarche et son appropriation des séances, du matériel et de la relation.

Selon Maud Mannoni (1970) dès lors que le patient atteint d'une pathologie psychiatrique trouve un autre à qui parler, et parler d'autre chose que de sa « maladie », il perd –en quittant les repères de la psychiatrie- , les stéréotypes de ses symptômes et de son discours.

Au départ il était impossible de ne pas faire coller notre discours au matériel. Évoquer des choses en dehors de l'ici et maintenant était quelque chose qui dérangeait Mme K. Souvent elle ne nous répondait pas. Puis peu à peu dans son discours sont apparues des réflexions telles que « j'ai lu ça », « j'ai déjà », « je n'ai jamais », « ah oui comme dans... ». Sa vie d'avant a pu être parlée, évoquée, et son quotidien aussi. La scission entre les séances et l'extérieur se fit moins forte.

Il nous arrivait nous aussi de faire écho à notre vie en dehors. Mme K ne répondait jamais, et ne rebondissait jamais à ce type de propos. Cependant lors de la dernière séance, celle qui eut lieu un mois après notre expérimentation, après que nous lui avons fait part de ce que cette rencontre nous avait apporté tant professionnellement que personnellement, Mme K nous surprit en nous posant des questions sur notre avenir professionnel et en rebondissant sur nos réponses.

- **La préparation du matériel : pas *orthophonique* forcément, le besoin d'un fil rouge**

Nous prîmes le parti dès le début de notre intervention de travailler à partir de matériel non spécifiquement orthophonique. En effet il existe pléthore de matériel pour travailler divers aspects du langage, cependant nous voulions mettre en avant le fait que les séances se construisaient avec la patiente, sur du matériel qui pouvait la toucher personnellement, construit sur mesure d'après ses réactions et commentaires. Du matériel « tout fait » nous paraissait trop s'inscrire dans une visée éducative de l'intervention orthophonique, qui

n'aborderait le patient que sous l'angle de ses déficits, cherchant à combler des manques dans une perspective normalisante.

Par ailleurs Mme K avait au départ pensé que toute notre intervention reposerait sur la passation de tests, rendant ainsi compte d'une certaine vision du soin qu'elle a pu concevoir. Lui proposer du matériel écologique, proche de ses intérêts, provenant de revues, de livres etc, nous permettait de nous défaire de cette image de soignant qui « sait ». En effet toute parole devient impossible de la part du patient si son discours s'adresse à un spécialiste censé détenir la réponse (Mannoni, 1970).

Nous nous sommes rendu compte dès les premières séances que Mme K avait besoin de temps pour s'installer dans l'activité. Reprendre du matériel d'une séance sur l'autre, suivre un certain rituel (consacrer les dernières minutes à un jeu traditionnel comme Le Pendu par exemple) étaient des choses qui la rassuraient. Que le cadre, la forme soient prévisibles laissait plus de place à l'inconnu dans ce qui allait s'élaborer, se dire et s'échanger au cours de la séance.

- **Des séances négociées ensemble, la proposition d'un modèle imparfait**

Dans notre travail avec Mme K nous avons souhaité toujours mettre en avant le fait que nous élaborions les choses ensemble. Les consignes étaient négociées à deux, les activités toujours effectuées sur le principe du tour de rôle. Nous avons dès le départ insisté sur le fait que ces rencontres étaient inédites pour elle comme pour nous, et que comme nous n'avions aucune obligation de résultats qui seraient évalués selon un modèle précis, que nous ne pouvions pas mal faire ou nous tromper.

Ainsi nous avons cherché à éviter cette place de sujet supposé savoir, qui pouvait nous être dévolue d'emblée à cause de notre statut. Mme K confirmera d'ailleurs nous l'avoir donnée en disant avoir été surprise de ne pas « faire que des tests » au cours des séances, comme nous l'avons déjà évoqué.

Nous avons cherché à évoluer au fur et à mesure de nos rencontres avec la patiente selon cette démarche afin d'éviter que celles-ci ne scellent une séparation d'avec elle. En effet il nous faut partir du postulat que la rencontre avec le patient est faite de la possibilité qu'on a de s'identifier à l'autre, c'est à dire se sentir atteint par le malheur de l'autre, au point de faire de ce malheur un « drame commun ». Ceci doit se faire en vue d'éviter que la prise en charge proposée au patient le rejette de son statut de sujet, pour occuper la position impersonnelle d'objet d'étude ou de soins. « A devenir un cas (de médecine), il (le patient) perd la parole » (Mannoni, 1970).

Éviter l'introduction d'un sens, d'une intention de comprendre les dires de la patiente permet également de la préserver.

- **Gestion du transfert et du contre-transfert**

« *Ressentir, éprouver* que nos patients déplacent sur nous des pensées, des désirs est une avancée remarquable dans notre travail », Dubois, 1999.

Lors des rencontres avec la patiente nous avons pris conscience de notre propre transfert à l'égard de Mme K, ne nous sentant pas tout à fait légitime dans ce projet que nous lui proposons. Nous avons peur de ne pas lui plaire, de la malmenier avec une demande qui serait trop forte ou formulée à mauvais escient, que lui demander d'être un sujet porteur de sa parole était agressant. Bien consciente que l'enjeu est d'offrir au patient une surface projective dans laquelle les manifestations contre-transférentielles seraient réduites au maximum, nous avons cherché à identifier ce phénomène et à ce qu'il interfère le moins possible dans notre relation thérapeutique et dans notre capacité à écouter et à entendre la demande de l'autre.

Il nous a fallu également prendre en compte le transfert du patient sur nous-même, ne pas interpréter ses manifestations d'agressivité ou de mépris.

- **Gestion du *avant* et *après* la séance**

Le déroulement de nos rencontres était assez ritualisé. Nous arrivions avant Mme K pour nous installer dans la pièce de travail, puis allions la chercher dans la salle commune. Lors des quatre premières séances Mme K était allongée sur l'un des canapés et semblait dormir. Cela nous donna à chaque fois l'impression de la déranger, de vraiment devoir aller *la chercher* pour qu'elle vienne partager la séance avec nous. A la cinquième séance Mme K était assise et nous regarda lorsque nous arrivâmes dans la pièce, puis lors des séances suivantes elle nous salua en disant « Bonjour Clémence ».

Les séances avec la patiente étaient construites autour d'un matériel qui servait de médiateur. Ce matériel, propice à l'élaboration d'un discours, servait d'intermédiaire pour éviter une rencontre trop brutale, trop frontale entre la patiente et nous-même. Ce court temps qui précédait nous interrogea également en ce sens qu'il était dénué de cet objet médiateur, nous étions donc totalement face à face, Mme K et nous-même. Il était très difficile de parler de façon informelle avec Mme K. Nous lui demandions « Est-ce que vous allez bien ? » une fois installées, car nous souhaitions l'accueillir et que la réponse à cette question nous intéressait

réellement, cependant nous avons des scrupules à la poser, sachant qu'elle pouvait être génératrice d'angoisses.

Par ailleurs nous avons l'impression de mettre *de facto* Mme K en difficulté en lui demandant si sa semaine s'était bien passée, sachant qu'elle réduisait ses activités au minimum, et vivait cela de façon très ambivalente.

L'*après* des séances nous questionna également, et nous mit mal à l'aise les premiers temps. Au terme des premières rencontres Mme K semblait réellement s'échapper de la pièce, demandant « C'est fini ? » sans nous regarder. Cela nous renvoya l'idée que nous la contraignions à partager ce temps avec nous, qu'il lui était pénible, qu'elle le subissait. Puis nous avons repensé cette attitude à la lumière du bilan que nous avons effectué ensemble, et avons réfléchi à cette ambivalence qui caractérise le comportement de Mme K. Oui elle venait à chacun de nos rendez-vous, participait, laissait entrevoir un certain plaisir aux activités partagées, mais le moment de partir – au moins durant les premières séances – semblait également être vécu comme une délivrance. Comme si ce qui lui était rendu visible, possible au travers de nos séances était aussi plaisant qu'angoissant, qu'une scission apparaissait entre sa vie et les séances et que le passage de l'un à l'autre ne se faisait pas de façon fluide.

- **La « suite »**

Nos rencontres avec Mme K ont eu lieu grâce à cet impératif universitaire qu'est le mémoire de fin d'études. Cette relation de nécessité, en quelque sorte, qui nous liait à elle nous posa quelques difficultés. En effet il nous parut biaiser d'emblée ce lien que nous tentions de permettre entre Mme K et parole, entre Mme K et nous-même.

Comment rencontrer Mme K, et pas un objet d'étude ? Puis au terme du nombre de séances fixées, tout simplement arrêter car l'année universitaire est terminée ? Ceci nous paraissait aller à l'encontre d'une relation, qui plus est une relation de soin. Ainsi lors de la dernière séance fixée par le contrat thérapeutique que nous avons établi au départ, nous avons souhaité proposer à Mme K de se revoir dans un mois. Nous lui avons fait part de notre frustration, d'autant plus qu'elle avait investi un rôle actif au cours des dernières séances. Cette proposition ancrera le fait que nous étions chacune orthophoniste et patiente, mais surtout des sujets en relation. Nous lui avons d'ailleurs proposé d'inverser les rôles lors de cette rencontre supplémentaire, et que ce soit elle qui nous propose une activité autour du langage. Ce regard que nous nous proposons de poser sur la patiente la posait comme capable d'une élaboration discursive, ce qui la désarçonna. D'ailleurs elle n'a pas proposé d'activité lors de la dernière séance, ne « s'en sentant pas capable ». Nous pensons tout de même qu'à long terme Mme K pourrait investir ce rôle.

Conclusions

1. Synthèse globale des résultats et des hypothèses théoriques

Comme nous l'avons indiqué précédemment, il ne nous paraît pas possible de rendre compte objectivement d'une évolution de la communication de Mme K, sans que cela soit artificiel ou biaisé. La réitération d'un bilan de langage serait en effet vaine, du fait du possible effet re-test et de l'inefficacité d'une situation de communication dirigée pour évaluer Mme K.

Par ailleurs il serait présomptueux de penser qu'une dizaine de rencontres suffirait à transfigurer une façon d'appréhender la communication ancrée depuis de nombreuses années.

Le linguiste André Martinet dans son ouvrage Eléments de linguistique générale affirme qu'aucune communauté linguistique ne peut être considérée comme composée d'individus parlant une langue en tous points semblables. L'objectif de ces rencontres n'est pas la guérison, et n'est pas que Mme K se mette à parler *normalement*, ou comme tout le monde. Ainsi nous ne fixons pas comme objectif une forme de langage prétendument objectivable à atteindre, qui nous permettrait de rendre compte de progrès quantifiables.

Cependant il nous est possible de rendre compte de façon subjective d'un certain mouvement dans l'investissement du langage par Mme K.

- **Langage non verbal**

Au niveau de la mimo-gestualité, les comportements qui tendaient à rendre le lien social se sont estompés. Mme K a pu peu à peu nous regarder franchement dans les yeux, sortir d'une rigidité certaine et laisser ses gestes et sa position étayer son discours.

- **L'expression des émotions**

Les émotions ont également pu trouver une place dans cet espace que nous avons créé ensemble. Que ce soit en témoignant de son humeur ou en inférant sur les émotions des personnages dans les différentes activités que nous avons réalisées, des mots tels qu'angoisse, vide, ennui, joie ont pu trouver leur place.

Par ailleurs lors d'une certaine séance Mme K a pu montrer sa mauvaise humeur, alors qu'elle s'était montrée jusque là très neutre, presque comme anesthésiée. Nous avons interprété cela comme le fait qu'elle ait pu investir cet espace comme un lieu dans lequel elle pouvait se détacher de cette rigidité, cette retenue qui la maintient en équilibre par ailleurs.

- **Questionnaire**

Nous avons proposé à Mme K de remplir un questionnaire chez elle afin qu'elle puisse s'exprimer librement sur les rencontres qu'elle a partagées avec nous. Il était possible de répondre questions que nous lui avons proposées grâce à des réponses pré-établies pour prendre en compte la fluence réduite de Mme K, mais nous l'avons également incitée à développer ses réponses. Nous lui avons précisé que nous ne discuterions du questionnaire que si elle le souhaitait, afin de ne pas l'inhiber dans ses réponses.

Mme K n'a pas souhaité faire de commentaires sur ce questionnaire lorsqu'elle nous l'a rendu lors de notre dernière séance prévue, cependant lorsque nous nous sommes revues un mois plus tard il a été possible de l'évoquer et qu'elle me reprécise certaines de ses réponses.

Elle a pu nous faire part de sa surprise quant au contenu des séances. Elle a évoqué le fait qu'elle pensait que celles-ci auraient servi à « passer plein de tests » (ce qui peut s'entendre, dans la mesure où Mme K est si à l'aise lors d'épreuves dirigées), et qu'elle ne s'attendait pas à ce que ce soit si « ludique », et « avec de vrais mots ».

A la question « cette intervention vous permet-elle de penser que l'orthophonie serait une prise en charge adaptée à vos besoins ? » Mme K a répondu que non. Elle a pu justifier sa réponse en disant qu'elle ne voyait pas l'intérêt de faire rembourser par la sécurité sociale des séances durant lesquelles on ne faisait que « jouer et parler ». Sa réponse s'insère totalement dans l'attitude générale de Mme K vis-à-vis de la notion de soins. En effet elle a une utilisation très fonctionnelle de la médecine, qu'elle sépare franchement de toute notion d'affects, d'échanges. Ainsi il nous paraît cohérent qu'un lieu dans lequel elle puisse parler en son nom et dans lequel elle en serait même complice, ne lui paraisse pas pouvoir s'intégrer à sa prise en charge.

Ce travail effectué ensemble n'a pas permis à Mme K d'accéder au registre de la demande, mais a laissé émerger chez elle un consentement à poursuivre le traitement. Elle a pu consentir à notre présence, en tant que soignante mais aussi en tant que personne.

Ce travail effectué ensemble a permis d'offrir à Mme K un « lieu-lien thérapeutique » (Dubois, 1999), dans lequel nous avons tenté de l'écouter, de l'aider et de l'accompagner dans son chemin vers la communication.

2. Critiques sur la démarche et le travail

Ce travail de toute une année avec Mme K nous a apporté énormément. Il nous a notamment aidé à construire notre identité de thérapeute.

En effet ce fut pour nous l'occasion de nous questionner sur les fondements théoriques à la base de notre pratique. Nous avons débuté ce travail en nous intéressant aux thérapies cognitives et comportementales, qui sont en plein développement dans le traitement de la schizophrénie. Cependant lors de l'élaboration de ce mémoire et des rencontres avec Mme K nous avons ressenti des manques dans nos connaissances et influences, ce qui nous a amené à diversifier nos sources d'informations.

Ce travail nous a par ailleurs forcé à nous interroger sur notre conception de la langue, du langage, de la parole, à nous approprier ces concepts au profit de notre action en tant que soignant. Ces notions sont au cœur de notre travail, et nous les avons fait nôtres grâce à ces rencontres avec Mme K. Nous avons également pu nous interroger et comprendre l'importance fondamentale dans notre pratique des notions de signifiante, d'intentionnalité, d'interaction.

Par ailleurs au départ, ne nous ayant pas totalement approprié l'exercice du mémoire, nous avons l'impression qu'il nous fallait nous effacer complètement derrière notre sujet, ne produire que des données objectives, afin de tendre vers la production d'un travail qui aurait été généralisable. Or, au fur et à mesure de l'avancée de notre rédaction et expérimentation, nous nous sommes rendu compte que ce travail se déroulait de telle façon, que les rencontres avec Mme K prenaient telle coloration car nous transparaissions forcément derrière notre statut d'orthophoniste. Nous avons ainsi pris la conscience et la mesure de notre personnalité et des effets de l'inconscient dans notre futur travail.

Nous avons éprouvé la prise de conscience de ce transfert qui s'établit spontanément dans toute relation humaine et ses intrications dans la relation de soin. Nous avons éprouvé quelques difficultés à accepter son importance et le fait qu'il nourrisse la relation thérapeutique. Cependant le reconnaître nous a permis d'en percevoir la dynamique dans cette

relation thérapeutique qui s'établissait, et de rester sensible et lucide face aux différents affects dont nous furent l'objet au cours des rencontres, de ne pas céder à la tentation de la maîtrise et de l'emprise qu'un transfert puissant aurait pu nous conférer (Dubois, 1999).

Ce travail ne porte que sur un cas unique. Le parti pris qui a consisté à effectuer une prise en charge unique dans le cadre de ce mémoire se justifie en ce sens qu'il ne se propose pas d'élaborer un protocole de rééducation réutilisable avec chaque patient présentant ce type de troubles. En effet nous avons choisi de ne pas nous adresser à *un cas de...* mais à un sujet, une personne, ce qui implique de faire du « sur-mesure ».

Le choix que nous avons fait de désigner l'échange comme moyen thérapeutique nous a questionné sur la spécificité de notre profession. On pourrait nous faire le reproche du manque de technique spécifique utilisée dans l'élaboration de la partie pratique de ce mémoire. Cependant nous justifions ce choix car il nous semblait que la co-construction des séances avec Mme K nous permettait de ne pas nous placer d'emblée dans la position de celle qui saurait d'emblée ce qui est bon pour elle. Nous avons choisi de ne pas viser le bien, le bon, - décidé par nous-même de façon arbitraire- mais l'émergence du désir. Il nous semble qu'un point essentiel dans la prise en soins des patients, notamment les patients souffrant de pathologie psychiatrique, est l'attention portée aux solutions qu'ils inventent.

Il fut difficile de déterminer les limites de notre intervention auprès de Mme K. Nous avons déjà éprouvé les différentes implications thérapeutiques de notre profession lors de nos différents stages, mais ce mémoire fut plus particulièrement l'occasion de nous questionner tout au long de ce travail : en quoi sommes-nous orthophoniste en agissant ainsi ? Est-il de mon ressort de dire ceci ou cela ? Sommes-nous à notre place, en quelque sorte ?

Dans le cadre de ce type de rencontres, élaborer le symptôme est une nécessité. Cette conception de la situation thérapeutique témoigne de notre enracinement dans la dimension symbolique du langage. Notre dire invite alors l'autre à s'y engager, à prendre le risque de s'y soumettre, ce qui n'est alors pas synonyme d'interprétation verbalisée (Dubois, 2011).

Pistes de recherche et perspectives préventives et/ou thérapeutiques

Cette étude laisse apparaître que les patients stabilisés atteints de troubles psychiatriques de type schizophrénique en difficulté dans leur communication peuvent tirer partie d'une prise en soins orthophonique.

Ces rencontres et ce cheminement doivent tendre à permettre au patient de réinvestir la communication avec autrui de façon plus aisée et la moins dangereuse possible.

Notre travail s'est concentré sur la problématique particulière de Mme K et était limité par des contraintes temporelles. Cependant d'autres aspects de la symptomatologie des patients souffrant de schizophrénie pourraient être envisagés et évoqués dans le cadre d'une relation thérapeutique constituée d'un orthophoniste et d'un patient.

Il nous semblerait intéressant de prendre en compte les retentissements des troubles des patients sur leurs fonctions exécutives et d'envisager leur réadaptation au sein d'une prise en charge adaptée. En effet ces patients souffrent pour la plus grande partie d'entre eux de troubles des fonctions exécutives, et au niveau cognitif il est clairement démontré que les atteintes dans les capacités cognitives d'un patient souffrant d'une maladie mentale grave sont étroitement reliées à un faible niveau de fonctionnement dans la collectivité (Corbière, 2006).

Par ailleurs il nous paraîtrait intéressant d'envisager un suivi tel que celui que nous avons proposé à Mme K à un patient qui aurait un projet de réinsertion ou des objectifs précis, afin de chercher à confirmer les avantages à concilier réhabilitation psychosociale et thérapie orthophonique.

Enfin l'expérience que nous avons vécue en co-animant l'atelier autour du jeu Dixiludo nous a convaincu de l'intérêt d'une prise en charge de groupe auprès de ces patients, et de l'intérêt d'un travail commun avec d'autres professionnels. La pertinence de ce type d'intervention pourrait être éprouvée grâce à un travail qui traiterai de la place que peut trouver l'orthophonie dans ce type de rencontres.

Bibliographie

BACHRACH, L.L. (1996), Psychosocial rehabilitation and psychiatry: What are the boundaries ? Canadian Journal of Psychiatry, 41, 28-35.

BARBES-MORIN G, LALONDE P (2006). La réadaptation psychiatrique du schizophrène. Annales Médico psychologiques, 164, 529-536.

BARRELET L, PIGUET D, CORRADINI S (1993). Schizophrénie et troubles du langage. L'encéphale, 19, 533-540.

BARTHELEMY S, MUSIOL M, GIMENEZ G (2010). Le repérage de l'affect dans l'entretien clinique avec le patient souffrant de schizophrénie : proposition méthodologique. L'évolution psychiatrique, 75, 455-470.

BAZIN N, LEFRERE F, PASSERIEUX C, SARFATI Y, HARDY-BAYLE M-C (2002). Troubles formels de la pensée : traduction française de l'échelle d'évaluation de la pensée, du langage et de la communication (Scale for the assesment of thought, language and communication : TLC). L'encéphale, 28, 2, 109-122.

BIEDER J. (2000). Troubles du langage chez des patients dit schizophrènes. Annales médico psychologiques, 5, 419-423.

BERQUIN C. (2010). Etude des troubles de la communication verbale chez des sujets atteints de schizophrénie (mémoire d'orthophonie). Université de Montpellier I.

BENVENISTE E (1966). Problème de linguistique générale. Paris, Gallimard.

- BLEULER E. (1950). Dementia praecox or the group of schizophrenias. New York, International Universities Press.
- BOURGEOIS M-L. (1999). Les schizophrénies. Paris, PUF, « Que sais-je ? ».
- BOUVET C, ETTAHER N, DIOT E. (2010). Insight, dépression, estime et satisfaction de vie chez des personnes souffrant de schizophrénie. *L'évolution psychiatrique*, 75, 471-484.
- BOYER P. (1981). Les troubles du langage en psychiatrie. Paris, PUF, Nodules.
- BREMAUD N. (2010). Note sur le négativisme schizophrénique. *L'évolution psychiatrique*, 75, 445-453.
- BRÜNE M. (2005). « Theory of mind » in Schizophrenia : A Review of the Literature. *Schizophrenia Bulletin*, 31, 21-42.
- CASTILLO MC, LANNOY V, SEZNEC JC, JANUEL D, PETITJEAN F. (2008). Étude des représentations sociales de la schizophrénie dans la population générale et dans une population de patients schizophrènes. *Évolution psychiatrique*, 73, 615-628.
- CHEVALIER N. (1997). Apport de l'orthophonie chez le patient schizophrène : de la théorie au cas clinique (mémoire d'orthophonie). Université de Montpellier I.
- CHEVRIER E-M. (2005). Les pratiques de l'orthophonie avec l'enfant psychotique : quels déterminants théoriques ? (Mémoire d'orthophonie). Université Louis Pasteur, faculté de médecine de Strasbourg.
- CIOMPI L, MULLER C. (1977). L'évolution des schizophrénies. *Évolution psychiatrique*, 42, 1219-43.
- COCHER A, SAOUD M, GABRIELE S, BROAILLIER V, EL ASMAR C, DALERT J, D'AMATO T (2006). Impact de la remédiation cognitive dans la schizophrénie sur les stratégies de résolution de problèmes et l'autonomie sociale : utilisation du logiciel Rehacom. *L'encéphale*, 32, 189-197.
- COOPER D (1970). Pyschiatry et anti-psychiatry. Paris, Seuil.
- CORBIERE M, LESAGE A, VILLENEUVE K, MERCIER C (2006). Le maintien en emploi de personnes souffrant d'une maladie mentale. *Santé mentale au Québec*, 31, 215-235.
- D'AMATO T, COCHER A, SAOUD M, GUYON M, BRUNELIN J (2008). Réhabilitation psycho-sociale et clinique de la schizophrénie. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 109, 9-13.

- DUBOIS G (1999). Langage et communication. Paris, Masson
- EY H, BERNARD P, BRISSET C (1967). Manuel de psychiatrie. Paris, Masson.
- FISHER D, AHERN L (2002). PACE : une approche qui va plus loin dans *l'empowerment*. Santé mentale au Québec, 27, 128-139.
- FISZDON J, BELL M (2004). Remédiation cognitive et thérapie occupationnelle dans le traitement ambulatoire du patient souffrant de schizophrénie. Santé mentale au Québec, 29, n°2, 117-142.
- FOUDON N, REBOUL A (2006). Discours pathologiques : quatre études de cas. Nouveaux cahiers de linguistique française, 27, 211-240.
- FRANCK N (2010). Approche neurocognitive des troubles du vécu dans la schizophrénie. Évolution psychiatrique, 75, 409-419.
- FRENETTE M, HENRY A (1988). Réinsertion des personnes souffrant de schizophrénie : une marginalité à vie ? Santé mentale au Québec, 13, 125-131.
- GAILLARD P, DEGIOVANNI A, PARROT F et al, (1993). Une approche psycho-éducative et cognitive de traitement d'adolescents schizophrènes. Résultats de deux années de pratique. Annales médico psychologiques, 151, 336-339.
- GEORGIEFF N. (1998). La schizophrénie. Paris, Dominos Flammarion.
- GRASSI S, FONTAN B. (1994). « Ca c'est une fleur ou un homme ? », ou analyse du discours de quelques schizophrènes (mémoire d'orthophonie). Université Paris IV.
- GREEN M, LEITMAN D (2008). Social cognition in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 34, 670-672.
- HARDY-BAYLE MC, PASSERIEUX C, CLAUDEL B, OLIVIER V, CHEVALIER JF (1994). Les troubles de la communication chez les schizophrènes. Explication cognitive et relecture clinique. L'encéphale, vol 20, 4, 393-400.
- HARDY-BAYLE MC, HARDY P, CORRUBLE E, PASSERIEUX C. (2003). Enseignement de la psychiatrie, 2^{ème} édition. Rueil-Malmaison, Doin éditions.
- HOTTOIS G (1986). L'inflation du langage et la dissociation du sens dans la philosophie contemporaine. Laval théologique et philosophique, 42, 61-69.
- IAKIMOVA G, PASSERIEUX C, HARDY-BAYLE MC (2006). La compréhension des métaphores dans la schizophrénie et la dépression. Une approche expérimentale. L'encéphale, 32, 995-1002.

KINGDON D, TURKINGTON D (2011). Thérapie cognitive de la schizophrénie. Bruxelles, De Boeck.

LAJONY WEISSENBACH L. (2009). Utilisation d'un programme de renforcement de l'autonomie et des compétences sociales comme outil de réhabilitation chez un groupe de patients schizophrènes (mémoire de DES de psychiatrie). Université Henri Poincaré, faculté de médecine de Nancy.

LAVOIE JC. (1987). L'approche individuelle pour le schizophrène aussi. *Santé mentale au Québec*, 12, 32-39.

LECLERC C. (1996). Adaptation à la communauté de jeunes adultes ayant vécu une ou plusieurs hospitalisations en psychiatrie. *Santé mentale au Québec*, 21, 53-72.

LECOMTE C, LECOMTE T. (1999). Au-delà et en deçà des techniques cognitives comportementales dans le traitement des troubles graves : les facteurs communs. *Santé mentale au Québec*, 24, 19-38.

LECOMTE Y. (1999). Perspectives sur la thérapie cognitive de la schizophrénie et des délires. *Santé mentale au Québec*, 24, 7-18.

LECOMTE Y, STIP E, CARON J, RENAUD S. (2007). Une étude exploratoire de l'adaptation de personnes souffrant de schizophrénie. *Santé mentale au Québec*, 32, 137-158.

LEFF J, ABBERTON E. (1981). Voice pitch measurements in schizophrenia and depression. *Psychological medicine*, 11, 849-852.

LEGUAY D, ROUILLON F, AZORIN J-M, GASQUET I, LOZE J-Y, ARNAUD R, DILLENSCHEINER A. (2010). Évolution de l'autonomie sociale des patients schizophrènes selon les prises en charge. L'étude ESPASS. *L'encéphale*, 36, 397-407.

LEROY F, BEAUNE D (2008). Langage et schizophrénie, l'intention en question. *Annales médico psychologiques*, 8, 599-690.

LEROY F, BEAUNE D (2005). Langage et schizophrénie : intention, contexte et pseudo-concepts. *Bulletin de psychologie*, 58, 567-578.

LESAGE A. (1987). Deux modèles de services de réhabilitation en Grande-Bretagne. *Santé mentale au Québec*, 12, 117-123.

LOMBERTIE E.R (1993). Soins et réhabilitation des patients atteints de schizophrénie d'évolution défavorable. *Annales médico psychologiques*, 151, 343-345.

LÔO P (1993). Que sont nos (schizophrènes) devenus ? *Annales médico psychologiques*, 151, 329-331.

MALHERBE M (1984). Thomas Hobbes ou L'œuvre de la raison. Paris, Vrin.

MARGOLIN JC (1970). Une philosophie et des philosophies du langage. *Études françaises*, 6, 457-468.

MERLEAU-PONTY M (1945). La phénoménologie de la perception. Paris, NRF, Gallimard.

MESLET G. (1992). Les troubles du langage dans le cadre de la psychose dissociatives chez l'adulte et l'intervention orthophoniques (mémoire d'orthophonie). Université de Montpellier I.

MONESTES J. (2008). La schizophrénie. Paris, Odile Jacob.

MORIN C, BRIAND C, LALONDE P. (1999). De la symptomatologie à la résolution de problèmes : approche intégrée pour les personnes atteintes de schizophrénie. *Santé mentale au Québec*, 24, 101-120.

MURRAY A, KOTSAFIS A, POUGET E. (1997). At Issue: Speech Fluency and Schizophrenic Negative Signs. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 171-177.

MURPHY D, CUTTING J. (1990). Prosodic comprehension and expression in schizophrenia. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 53, 727-730.

OUELLETTE F (1964). La lutte des langues et la dualité du langage. *Liberté*, 6, 87-113.

PELSSER R (1983). La schizophrénie insaisissable. *Santé mentale au Québec*, 8, 90-99.

PERALDI F (1978). L'élangage de la folie. *Santé mentale au Québec*, 1, 1-17.

PERETTI C. (2006). La réhabilitation cognitive dans la schizophrénie est-elle toujours d'actualité ? *Neuronale*, 28, 3-4.

PERETTI C, MARTIN P, FERRERI F. (2004). Schizophrénie et cognition. Paris, John Libbey Eurotext.

PERROT JEAN. (1998). La linguistique. Paris, PUF, « Que sais-je ? ».

PROVENCHER H (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé mentale au Québec*, 27, 35-64.

RAFFARD S, BAYARD S, CAPDEVIELLE D, GARCIA F, BOULENGER JP, GELY-NARGEOT MC. (2008). La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie : une revue critique. 34, 597-605.

REY A, REY-DEBOVE J et al (1998), le Petit Robert, Paris, le Robert

REYNAUD M. (1991). Le traitement des schizophrènes. Paris, éditions Frison-Roche.

RITZ J-J (2009). Sujet et identité : malaise dans la psychiatrie : Regards historiques et contemporains. Conférence donnée le 20 novembre 2009 *In 7^{ème} journée des psychologues du Vinatier*.

RODRIGUES-MARTINS. (2006). Pertinence de la psychanalyse appliquée dans le traitement des sujets psychotiques en institution. (Thèse de médecine), université Henri Poincaré, Nancy I.

ROULOT D. (2004). Schizophrénie et langage. Ramonville, édition Eres.

SALOME F, GONTHIER R, DUBOS G, SCHMITT L (2000). Traduction et validation d'une échelle d'évaluation de la qualité de vie des patients schizophrènes. *Annales médico psychologiques*, 4, 329-333.

SAUCIER J.F (1987). Les politiques en santé mentale sont-elles génératrices de mouvements ou d'illusions ? *In Cosame, Pour un réseau autonome en santé mentale (PRASM), recueil de textes*, 45-47.

SIANI R. (1993). « Une approche psychosociale-relationnelle intégrée pour la réadaptation des schizophrènes en consultation externe ». *Santé mentale au Québec*, 18, 201-212.

SIMONET M, BRAZO P (2005). Modèle cognitivocomportemental de la schizophrénie. *EMC psychiatrie*, 37, 1-13.

STIP E, SABLIER J, SEPHY A, RIVARD S, CLOUTIER C, LIMOGE F, GODBOUT L, AUBIN G. (2007). *Santé mentale au Québec*, 32, 159-179.

TANGUAY B. (1981). Guérir la psychose ? *Santé mentale au Québec*, 6, 11-15.

THIBODEAU-GERVAIS S, LATULIPPE D, VINCENT C (1994). Réinsertion sociale : programme d'action pour permettre aux patients psychiatriques d'acquérir des habiletés fonctionnelles et relationnelles. *Santé mentale au Québec*, 19, 145-156.

TRAVERS D, LEVOYER D, MILLET B (2008). Évaluation de la conscience du trouble chez le schizophrène dans une cohorte de 31 patients. *L'encéphale*, 34, 66-71.

VASSE D. (1981). L'orthophoniste pris aux mots. *Rééducation orthophonique*, 19, 153-164.

VERHAEGEN F. (2007). Psychopathologie cognitive des processus intentionnels schizophréniques dans l'interaction verbale. (Thèse de psychologie). Université de Nancy 2.

VIDON G et al (2005). La réhabilitation psychosociale en psychiatrie. Paris, éditions Frison-Roche.

WING J, COOPER J, SARTORIUS N. (1995). Guide pour un examen psychiatrique. Wavre, Mardaga, coll Psychologie et sciences humaines