



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>

MÉMOIRE présenté en vue de l'obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITÉ D'ORTHOPHONISTE

Par

ROUBAUD Fiona
Née le 20 Août 1988 à Marseille

**THÉORIE DE L'ESPRIT ET TROUBLES
DE LA COMMUNICATION DANS LA
SCHIZOPHRÉNIE**

Directeur de Mémoire : **BAUDU Claude,**
Neuropsychologue

Co-directeur de Mémoire : **GIORDANA Bruno,**
Psychiatre

Nice

2012

Université de Nice Sophia Antipolis - Faculté de Médecine – Ecole d’orthophonie

MÉMOIRE présenté en vue de l’obtention du
CERTIFICAT DE CAPACITÉ D’ORTHOPHONISTE

Par

ROUBAUD Fiona
Née le 20 Août 1988 à Marseille

**THÉORIE DE L’ESPRIT ET TROUBLES
DE LA COMMUNICATION DANS LA
SCHIZOPHRÉNIE**

Directeur de Mémoire : **BAUDU Claude**,
Neuropsychologue

Co-directeur de Mémoire : **GIORDANA Bruno**,
Psychiatre

Nice

2012





« La religion a inventé des machines à commander le cerveau des gens et bêtes et avec une invention à voir notre vue à partir de rétine de l'image de l'œil abuse de nous santé idées de la famille matériel biens pendant sommeil nous font toutes crapulerie l'Eglise après avoir fait tuer les juifs à Hitler a voulu inventer un procès type et diable afin prendre le pouvoir du monde et imposer la paix aux guerres l'Eglise a fait les crimes et abusant de nous par électronique nous faisant croire des histoires et par ce truquage abuser de nos idées innocentes religion a pu nous faire accuser en truquant postes écoute écrit et inventer toutes choses qu'ils ont voulu et depuis 10 ans et abusant de nous par leur invention a commandé cerveau et à voir notre vue à partir image rétine de l'œil nous faire accuser de ce qu'il nous font à notre insu c'est la religion qui a fait tous les crimes et dégâts et crapulerie nous en a inventé un programme inconnu et par machine à commander cerveau et voir notre vue image rétine œil... nous faire accuser nous tous sommes innocent de tout crime tort à autrui nous Jean Paule sommes innocents nous n'avons ni tué ni détruit ni porte du tort à autrui c'est la religion qui a inventé un procès avec des machines électroniques à commander le cerveau sommeil pensées maladies bêtes travail toutes fonctions du cerveau nous fait accuser de crimes que nous n'avons pas commis la preuve les papes s'appellent Jean XXIII au lieu de XXIV pour moi et Paul VI pour Paule l'Eglise a voulu inventer un procès et couvrir les maquis des voisins avec machine à commander le cerveau du monde et à voir la vue image de l'œil fait tuer les juifs à Hitler ont inventé crimes de notre procès. »

Jeannot le Béarnais (1939-1972)

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Claude Baudu, directeur de ce mémoire, pour sa confiance et son soutien,

Bruno, pour tout ce que tu m'as apporté durant ces deux années de dur travail ! Rien n'aurait été possible sans toi,

Les membres du jury, Madame Elisabeth Genest et Mademoiselle Elodie Pascal, pour avoir pris le temps de lire ce travail et ainsi de m'avoir aidée à l'améliorer,

Je tiens également à remercier tous les grands acteurs qui ont joué le jeu devant ma caméra,

un grand merci aux patients qui ont accepté avec gentillesse de participer à l'expérience,

Merci à toutes mes copines de promo,

à Vincent pour sa patience et son soutien durant ces quatre années,

Et bien évidemment, Merci Maman, pour tout...

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS..... 4

SOMMAIRE..... 5

INTRODUCTION..... 7

PARTIE THÉORIQUE

LA SCHIZOPHRÉNIE 10

I. HISTORIQUE..... 11

II. DEFINITION..... 11

III. DIAGNOSTIC / CLASSIFICATION 12

IV. MOTIFS D'ALERTE..... 13

V. EPIDEMIOLOGIE 13

VI. ETIOLOGIES 14

VII. CLINIQUE..... 17

 1. *Description classique*..... 17

 1.1 *La dissociation psychique* 17

 1.2 *Le délire* 19

 1.3 *L'autisme schizophrénique*..... 21

 2. *Description moderne*..... 21

 2.1 *La dissociation*..... 21

 2.2 *Les signes positifs* 21

 2.3 *Les signes négatifs*..... 21

 3. *Les formes cliniques les plus fréquentes* 22

VIII. MODALITES EVOLUTIVES / DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS 24

 1. *Modalités évolutives*..... 24

 1.1 *Modes d'entrée*..... 24

 1.2 *Evolution au cours de la maladie*..... 25

 2. *Diagnostics différentiels*..... 27

IX. PRISES EN CHARGE ET TRAITEMENTS 29

 1. *Neuroleptiques ou antipsychotiques*..... 29

 2. *Psychothérapies* 29

 3. *Réhabilitation psychosociale* 31

 4. *Thérapie cognitive*..... 32

 5. *Sociothérapie* 32

 6. *Prise en charge orthophonique* 33

LANGAGE ET COMMUNICATION DANS LA SCHIZOPHRÉNIE..... 35

I. DEFICITS SYNTAXIQUES..... 37

 1. *Les troubles expressifs* 37

 2. *Les troubles réceptifs* 40

II. DEFICITS LEXICO-SEMANTIQUES..... 41

 1. *Jugement sémantique* 41

 2. *Fluence*..... 42

 3. *Autres troubles* 43

III. LA PRAGMATIQUE..... 44

 1. *Traitement du contexte*..... 45

 2. *Traitement du langage non littéral*..... 47

 2.1 *Compréhension des métaphores*..... 47

 2.2 *Compréhension de l'ironie*..... 48

 2.3 *Actes de langage indirects* 49

 3. *Les aspects prosodiques*..... 50

 3.1 *Compréhension de la prosodie émotionnelle*..... 50

 3.2 *Aprosodie*..... 50

 3.3 *Pauses et hésitations*..... 51

SOMMAIRE

4. Les aspects discursifs	51
4.1 Au niveau expressif.....	51
4.2 Au niveau de la compréhension.....	53
DEFICITS INFLUANT SUR LA COMMUNICATION DANS LA SCHIZOPHRÉNIE	54
I. LES ASPECTS COGNITIFS	55
1. Attention.....	55
2. Mémoire.....	56
II. LES FONCTIONS EXECUTIVES	58
1. Inhibition.....	58
2. Motivation.....	59
3. Anticipation.....	60
4. Planification.....	61
III. LA THEORIE DE L'ESPRIT	63
1. Définition	63
2. Histoire	65
3. Développement.....	66
4. Prémices d'une hypothèse d'un déficit en théorie de l'esprit dans la schizophrénie.....	67
5. Evaluation	68
6. Théorie de l'esprit et fonctions exécutives	69
6.1 Hypothèse d'une indépendance de la théorie de l'esprit.....	72
6.2 Hypothèse d'un lien entre théorie de l'esprit et fonctions exécutives.....	72
7. Le modèle de Christopher Frith.....	73
8. Hétérogénéité des études.....	75
PARTIE PRATIQUE	
MÉTHODE.....	81
I. OBJECTIFS	82
1. Problématique de l'étude.....	82
2. Objectifs et hypothèses.....	84
II. CARACTERISTIQUES ET RECRUTEMENT DES SUJETS	85
1. Critères d'inclusion.....	85
2. Critères d'exclusion	86
III. PROCEDURE.....	87
IV. DEROULEMENT DE L'ÉTUDE.....	88
RESULTATS.....	89
I. ANALYSE INTER-POPULATION	90
II. ANALYSE INTRA-POPULATION	91
DISCUSSION	93
CONCLUSION.....	96
BIBLIOGRAPHIE.....	99
ANNEXES.....	103
ANNEXE I : PROTOCOLES	104
ANNEXE II : TABLEAUX RECAPITULATIFS	112
1. Protocole 1.....	112
2. Protocole 2.....	113

INTRODUCTION

« ...nous Jean Paule sommes innocents nous n'avons ni tué ni détruit ni porte du tort à autrui c'est la religion qui a inventé un procès avec des machines électroniques à commander le cerveau sommeil pensées maladies bêtes travail toutes fonctions du cerveau nous fait accuser de crimes que nous n'avons pas commis... »

Phrase tirée du Plancher de Jeannot exposé à l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne de Paris.

La schizophrénie est une affection mentale particulièrement invalidante, dont résultent de nombreux symptômes divers et complexes. Les larges détériorations cognitives et notamment langagières en sont les caractéristiques les plus représentatives. Ces difficultés cognitives vont engendrer, chez ce type de patients, des dysfonctionnements sociaux, tels que le retrait social ou l'isolement.

La littérature reconnaît aujourd'hui que certaines pathologies mentales, y compris la schizophrénie, peuvent entraîner des difficultés linguistiques et donc communicationnelles. Aussi, serait-il légitime de penser que notre discipline leur apporterait une aide précieuse. Or, malgré un essor de notre profession dans le secteur des pathologies pédopsychiatriques, très peu d'établissements psychiatriques dispose d'un orthophoniste. De plus, quant aux mémoires de recherche, très peu ont été réalisés sur les pathologies psychiatriques de l'adulte.

L'approche cognitive apporte des modèles relatifs au discours schizophrène ; entre autres, leurs difficultés d'intégration d'informations contextuelles et un déficit dans la capacité à attribuer des états mentaux à l'interlocuteur, c'est-à-dire en théorie de l'esprit.

Les déficits en théorie de l'esprit entraînent des troubles dits de la pragmatique du langage, le patient doit être capable d'identifier l'intention réelle de l'interlocuteur dans un contexte spécifique donné.

Au cours de notre travail, nous nous sommes intéressés aux troubles du langage et de la communication des patients schizophrènes dans leur ensemble, mais plus particulièrement au versant pragmatique à travers les déficits en théorie de l'esprit.

Selon les études de Christopher Frith, les déficits dans la métareprésentation (théorie de l'esprit), seraient causés par un déficit du self-monitoring, de conscience de soi. Le système de self-monitoring servirait à surveiller les intentions et fonctionnerait à l'arrière-plan des autres processus cognitifs. Selon l'auteur, ce système permettrait de prendre conscience des buts ou intentions de soi et d'autrui et d'agir en conséquence. Un dysfonctionnement de ce système engendrerait les différents symptômes connus de la maladie.

Le consensus scientifique actuel s'accorde à dire que la psychopathologie schizophrénique présente, si ce n'est une incapacité, en tout cas, une défaillance dans l'attribution d'états mentaux.

Malgré cela, de nombreuses études semblent tout de même indécises ; en effet, celles-ci présentent des résultats très hétérogènes.

Dans une première partie, théorique de ce mémoire, nous donnerons une description clinique de la schizophrénie. Nous aborderons ensuite les déficits linguistiques et communicationnels de la maladie. Enfin, nous décrirons les divers déficits influant sur la communication notamment les hypothèses relatives à la théorie de l'esprit.

Dans une seconde partie dite pratique, nous poserons une hypothèse visant à expliquer en partie l'hétérogénéité des études citée précédemment.

Pour ce faire, nous avons pris le parti de considérer que la théorie de l'esprit pouvait être scindée en deux aptitudes : la première nous permettrait de comprendre une scène en situation d'observation (troisième personne) ; la deuxième nous permettrait de l'appréhender en tant que protagoniste (première personne). En d'autres termes, la théorie de l'esprit des patients schizophrènes serait-elle plus performante en troisième ou en première personne ?

Nous avons, afin de tester ce déficit en théorie de l'esprit, mis en place une épreuve permettant l'étude de la bonne compréhension des intentions d'autrui, à travers le discours implicite et l'ironie. Afin de comprendre un discours implicite, l'interlocuteur doit être en mesure d'appréhender le contexte de la scène de manière correcte et d'assimiler le sens caché de l'énoncé.

L'ironie, quant à elle, signifie dire quelque chose en voulant dire son contraire. Afin de bien saisir celle-ci, il faut être en mesure de comprendre que la signification intentionnelle de l'interlocuteur est différente de la signification littérale de son discours.

L'objectif premier de ce projet exploratoire est de déterminer, par rapport à une population témoin, si les patients schizophrènes présentent réellement un déficit en théorie de l'esprit et notamment dans la compréhension des intentions d'autrui ; le second objectif est de déterminer si leur théorie de l'esprit est plus performante en situation d'observateur ou de protagoniste.

PARTIE THÉORIQUE

Partie I
LA SCHIZOPHRÉNIE

I. Historique

C'est à la fin du XIX^{ème} siècle, qu'Emil Kraepelin définit la démence précoce comme une psychose chronique survenant chez un adolescent ou un jeune adulte, caractérisée par de graves troubles intellectuels et affectifs, avec une évolution progressive vers un effondrement psychique. Ces symptômes sont les troubles de la mémoire, du langage, du raisonnement, des accès de négativisme (comportement de refus et d'opposition aux suggestions d'autrui), de maniérisme et de périodes d'excitation.

Plus tard, Eugène Bleuler, médecin chef de la chaire de psychiatrie à l'université de Zurich, propose dans son ouvrage *Dementia praecox ou groupe des Schizophrénies*¹, publié en 1911, de regrouper, un certain nombre de troubles psychiatriques déjà décrits, sous le nom de « schizophrénies », du grec « schizo » qui signifie fractionnement et de « phrénie » qui désigne l'esprit. Il récuse ainsi le terme de démence précoce de Kraepelin.

Les psychoses réunies dans ce groupe se caractérisent par une altération de la pensée, du sentiment et des relations avec le monde extérieur d'un type spécifique qu'on ne rencontre nulle part ailleurs : il existe dans tous les cas une scission plus ou moins nette des fonctions psychiques ; la personnalité perd son unité. Pour Bleuler, un processus psychique est principalement incriminé : « **le relâchement des associations** ».

II. Définition

Dans son ouvrage, Bleuler définit ainsi le concept de schizophrénie : « nous désignons sous le nom de démence précoce ou schizophrénie un groupe de psychoses qui évolue tantôt sur le mode chronique, tantôt par poussées, qui peut s'arrêter ou même rétrograder à n'importe quel stade, mais qui ne permet sans doute pas de restitutio ad integrum complète. Ce groupe est caractérisé par une altération de la pensée, du sentiment et des relations avec le monde extérieur d'un type spécifique et qu'on ne rencontre nulle part ailleurs. »

Il rajoutera : « il existe dans tous les cas une scission nette des fonctions psychiques [...] si bien que même les concepts perdent leur intégrité [...] et donc l'activité associative n'est déterminée que par des fragments d'idées et de concepts [...] dans les cas les plus graves, on ne perçoit même plus de manifestations d'affects ».

¹ BLEULER E, «Dementia praecox ou Groupe des schizophrénies ».

III. Diagnostic / Classification

Voici les critères diagnostiques du DSM-IV (1) pour la schizophrénie :

A. *Symptômes caractéristiques*: Deux (ou plus) des manifestations suivantes sont présentes, chacune pendant une partie significative du temps pendant une période d'un mois.

- (1) idées délirantes
- (2) hallucinations
- (3) discours désorganisé
- (4) comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
- (5) symptômes négatifs, p. ex., émoussement affectif ou perte de volonté.

B. *Dysfonctionnement social ou dans les activités*: Pendant une partie significative du temps depuis la survenue de la perturbation, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation.

C. *Durée* : Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins six mois.

D. *Exclusion d'un trouble schizo-affectif et d'un Trouble de l'humeur*

E. *Exclusion d'une affection médicale générale due à une substance*

F. *Relation avec un Trouble envahissant du développement* : En cas d'antécédent de trouble autistique ou d'un autre Trouble envahissant du développement, le diagnostic additionnel de Schizophrénie n'est fait que si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées sont également présentes pendant au moins un mois.

Selon la CIM-10 :

- 1) Echo de la pensée, pensées imposées ou vol de la pensée, divulgation de la pensée ;
- 2) Idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, ou perception délirante ;
- 3) Hallucinations auditives ;
- 4) Autres idées délirantes persistantes ;
- 5) Hallucinations persistantes de n'importe quel type accompagnées soit d'idées délirante fugaces ou à peine ébauchées, sans contenu affectif évident, soit d'idées surinvesties persistantes, ou hallucination survenant quotidiennement pendant des semaines ou des mois d'affilée ;

-
- 6) Interruption ou altération par interpolations du cours la pensée, rendant le discours incohérent et hors de propos, néologismes ;
 - 7) Comportement catatonique, flexibilité cireuse, négativisme, mutisme ou stupeur ;
 - 8) Symptômes « négatifs » : apathie importante, pauvreté du discours, émoussement affectif ou réponse affective inadéquate ;
 - 9) Modification globale, persistante et significative de certains aspects du comportement, se manifestant par une perte d'intérêt, un comportement sans but, une inactivité, une attitude centrée sur soi-même, et un retrait social.

IV. Motifs d'alerte

Plusieurs motifs peuvent alerter les parents, l' école ou bien le médecin de la personne atteinte de schizophrénie, bien entendu. Ces motifs ne sont pas tous présents.

Le patient peut présenter une confusion jour/nuit ; un repli sur soi, isolement ou indifférence ; une passion récente et inhabituelle à l'égard de la religion, des sciences occultes, de la magie ou des sectes est à prendre au sérieux ; une perte du rendement scolaire ou professionnel ; une rupture affective ou amicale ; une certaine agressivité/méfiance ; des réactions exagérées face à la désapprobation de l'entourage ; une hygiène douteuse ; des fugues ; un regard vide, sans expression, un état rêveur ; des structures de phrases inhabituelles ; des raisonnements bizarres ; un comportement bizarre ; des mutilations ou des menaces d'automutilation.

V. Epidémiologie

La prévalence de la schizophrénie se trouverait entre 0,3 et 0,7% de la population globale. Dans la plupart des manuels, il est plus simple et pratique de situer cette prévalence à 1% de la population mondiale.

Le nombre de schizophrènes en France serait actuellement d'environ 600 000 malades.

L'incidence annuelle serait de 3 à 4 nouveaux cas pour 10 000 personnes par an.

D'après S.HAOUZIR et A.BERNOUSSI, les différences sex-ratio (différence entre nombre d'individus de sexe masculin et le nombre d'individus de sexe féminin atteints de schizophrénie) et l'âge de début de la maladie concordent : en effet, la

maladie surviendrait trois à cinq ans plus tôt chez l'homme que chez la femme et le sex-ratio ainsi que l'incidence varient en fonction de l'âge² :

- Entre 15 et 25 ans : il est de 2 pour 1 en faveur des hommes,
- Entre 25 et 35 ans : il est de 1 pour 1,
- Entre 35 et 45 ans : il est de 1 pour 2 en faveur des femmes.

D'autre part, les hommes auraient une prédominance de symptômes négatifs.

VI. Etiologies

■ Hypothèse génétique

Cet argument reste de nos jours le plus répandu ; les études attestent que le risque de développer cette maladie lorsque l'un des parents au premier degré (parents, fratrie, enfants) est atteint, serait dix fois supérieur par rapport à la population générale.

Ainsi le jumeau monozygote d'un patient schizophrène a un risque allant jusqu'à 40 à 50% de développer lui aussi la maladie. Ceci souligne l'importance du facteur génétique mais également le fait que, en l'absence d'un risque de 100%, de nombreux autres facteurs peuvent entrer en compte.

D'autre part, des études ont montré qu'un « halo » de troubles psychiatriques partagerait une pathogénie commune avec les schizophrénies. Ces troubles sont regroupés sous le terme « spectre de la schizophrénie ». Cela signifie que les apparentés aux schizophrènes semblent présenter davantage des personnalités schizotypiques que la population générale.

La maladie serait donc plurifactorielle (faisant intervenir des facteurs génétiques et non génétiques) et polygénique (impliquant plusieurs gènes).

Ces notions se rapportent également à la théorie de la vulnérabilité qui peut s'exprimer dans un certain nombre de circonstances mais également dans certains contextes environnementaux.

Toutefois, même si la réalité d'une composante génétique dans la pathogénie des schizophrénies est bien étayée, le mode de transmission génétique reste inconnu et ne correspond à aucun mode identifié à ce jour.

Plus récemment, de nouvelles pistes ont vu le jour : des chercheurs ont identifié des variations génétiques susceptibles d'être impliquées dans la schizophrénie. Ils ont mis en place des examens sur les schizophrènes et leurs parents non atteints. Les

² HAOUZIR S., BERNOUSSI A., « Les schizophrénies », 2010

résultats ont montré une mutation « de novo » présente chez les schizophrènes mais pas chez leurs parents. Ces mutations seraient fréquentes chez les schizophrènes et dans d'autres maladies qui affecteraient le développement du cerveau à savoir l'autisme.

Ces recherches pourraient permettre de définir comment ces mutations prédisposent à la maladie et aideraient à mettre en place de nouveaux traitements.

■ Hypothèse environnementale

De nombreux facteurs environnementaux ont été incriminés dans la pathogénie schizophrénique.

Les femmes enceintes soumises au stress de vivre dans une zone de guerre ont un risque plus élevé de donner naissance à un enfant qui développera une schizophrénie selon une recherche publiée dans la revue médicale *BioMed Central Psychiatry*.

Cette recherche se rattache à des recherches précédentes qui établissent un lien entre l'exposition à un stress important durant les premiers mois de la grossesse et un risque plus élevé de schizophrénie.

L'une des plus connues est notamment l'étude menée par MEDNICK et coll (1988) sur les conséquences de la pandémie grippale de 1957 chez les femmes enceintes au cours du deuxième trimestre de gestation qui aurait révélé un taux élevé de schizophrénie.

Des données concernant 88,829 personnes nées à Jérusalem de 1964 à 1976 ont été analysées. Les enfants des femmes qui étaient à leur deuxième mois de grossesse au plus fort de la guerre israélo-arabe en juin 1967 ont présenté une plus grande incidence de schizophrénie au cours des 21 à 33 années suivantes. Ce risque plus élevé concernait davantage les femmes que les hommes: il était 4,3 fois plus élevé pour les femmes et 1,2 fois plus élevé pour les hommes.

« Il s'agit d'une démonstration frappante de quelque chose qui est suspecté depuis un certain temps, commente Malaspina. Le placenta est très sensible aux hormones de stress de la mère, » explique-t-elle.³

Elle souligne également que les femmes enceintes ne devraient pas être alarmées par le stress quotidien pendant la grossesse. Mais les femmes qui vivent un stress excessif et beaucoup d'anxiété feraient bien de résoudre cette situation avant de planifier une grossesse et d'avoir un bon soutien social.

³ Malaspina D, Harlap S, Fennig S, Corcoran C, Susser E. Maternal stress and offspring schizophrenia risk. *Biol Psychiatry*. 2003;53(suppl):168S.

Les complications obstétricales ont également été suspectées comme facteur environnemental (début des années 30). Les complications étant les traumatismes obstétricaux, l'hypoxie, la prématurité.

D'autres études ont mis en évidence l'implication des facteurs environnementaux et sociaux telle que la vie en milieu urbain. Cependant, l'observation de la présence de schizophrènes dans toutes les cultures et sous toutes les latitudes fait ombrage à l'hypothèse d'une causalité socio-environnementale universelle.

■ Hypothèse dopaminergique

C'est à partir de la découverte au début des années 60, du mécanisme des neuroleptiques (qui ont été les premiers traitements pharmacologiques ayant montré une efficacité chez les patients souffrant de schizophrénie) que l'hypothèse d'un hyperfonctionnement dopaminergique a été formulée.

Le pharmacologue suédois CARLSSON fonda l'hypothèse que ces neuroleptiques agissaient en bloquant l'action de la dopamine (qui est un neurotransmetteur) dans le cerveau. En effet les troubles mentaux liés à la schizophrénie résulteraient d'un excès de dopamine dans certaines zones du cerveau, et d'un manque de dopamine dans d'autres.

D'après des études réalisées par l'équipe de GOLDMAN-RAKIC et AKIL à l'Institut Américain de la santé mentale, la dopamine serait en concentration insuffisante dans le cortex préfrontal de patients schizophrènes.

De leur côté les biologistes ABI-DARGHAM et LARUELLE ont mis en évidence que la dopamine est au contraire libérée en excès dans la zone sous-corticale du striatum.

Ces anomalies du fonctionnement cérébral expliqueraient la plupart des symptômes liés à la schizophrénie tels que le langage, les troubles cognitifs, les hallucinations...

Cette hypothèse dopaminergique n'a été validée qu'à une époque récente grâce à des études post-mortem et par l'imagerie cérébrale.

■ Hypothèse psychique

Dans la psychanalyse, la schizophrénie est une psychose, c'est-à-dire une structure psychique dans laquelle le sujet n'entre pas dans l'altérité.

Selon Lacan, cela serait dû à la forclusion du Nom du Père. Le Nom du Père est une étape importante au même titre que le stade pré-Œdipien, dit stade du miroir qui permet à l'enfant de se distinguer de sa mère, de ne pas être sa continuité. Dans la psychose, l'enfant est la continuité du corps de sa mère.

La forclusion peut être définie comme une chose qui doit se passer à une date, un moment précis ; si cet événement se déroule après le moment prévu, ou ne se déroule pas du tout, il n'a plus d'impact et il n'y a pas de possibilité d'y revenir.

Il y a forclusion du Nom du Père lorsque la fonction paternelle n'est pas assez opérante pour faire détourner le désir de la mère de son enfant.

De ce fait, la fonction symbolique du langage ne remplit pas suffisamment bien sa fonction de mise à distance du réel grâce à la représentation. Il y a représentation de choses mais pas représentation de mots. Dans la psychose, le mot est la chose ; alors que dans la névrose, comme le disait Lacan : « le mot est le meurtre de la chose ».

La fonction symbolique du langage est défaillante et face à un vécu « traumatique », les mots viennent à manquer pour dire et représenter le réel. Le délire étant une solution précaire du sujet pour représenter l'irreprésentable.

VII. Clinique

Il existe deux courants de pensée en ce qui concerne la clinique des patients schizophrènes : tout d'abord une description classique qui s'articule autour de trois points principaux et une description plus actuelle qui possède un noyau commun d'avec la première description puis deux autres points principaux.

1. Description classique

La clinique de la schizophrénie s'organise autour d'un trépied de symptômes. Celui-ci est formé par la dissociation psychique, le délire et l'autisme schizophrénique.⁴

1.1 La dissociation psychique

Selon le *Dictionnaire des termes de médecine*, le terme de dissociation est synonyme de discordance qui signifie : « rupture de l'unité psychique ». L'approche clinique contemporaine organise cette dissociation psychique autour de trois pôles, pensées, affects et comportements qui ne sont pas sans rappeler ceux proposés par Chaslin : délire, émotions, mimique.

⁴ HAOUZIR S. et BERNOUSSI A., « Les schizophrénie »

La dissociation de la pensée

La dissociation de la pensée, appelée également dissociation idéique, se manifeste cliniquement au niveau du langage par un certain nombre de particularités.

Le terme de *barrage*, proposé pour la première fois par Kraepelin permet à l'interlocuteur du patient de se rendre compte des troubles du cours de la pensée. En effet, le barrage est un arrêt brutal du discours et signifie un arrêt brutal du cours de la pensée.

D'autre part, le malade peut présenter un ralentissement du débit verbal, une baisse du volume de la voix, puis un retour rapide à une tonalité normale, ceci étant appelé le *fading*.

Les idées du patient peuvent passer de l'une à l'autre, des coqs à l'âne, sans réel rapport.

Il existe également un trouble du contenu de la pensée qui se caractérise par un flou de la pensée et notamment un relâchement des associations. Le langage du patient met en exergue des incohérences, des réponses hors propos ou inadéquates. Le discours est abstrait, symbolique, bizarre.

De plus, une caractéristique importante de la pensée du patient est l'ambivalence : tendance à doter tout élément psychique de valeurs positives et négatives simultanément.

La dissociation des affects

L'un des symptômes fondamentaux des troubles schizophréniques est « l'indifférence affective » ; celle-ci se traduit notamment par une absence de participation affective et des affects inadaptés au contexte ou aux situations. Au niveau clinique, cela s'exprime par un appauvrissement de la mimique, une inexpressivité du visage. Cela peut se rapprocher du terme de Guiraud « l'athymhormie » : perte de l'élan vital.

A contrario, il peut exister chez ces patients des réactions exagérées de colère violente passant au désespoir le plus profond.

L'humeur des schizophrènes peut se traduire par une expression exagérée, pathétique et d'apparence théâtrale, c'est le fameux « maniérisme schizophrénique ».

La dissociation des comportements et la dissociation motrice

En plus du maniérisme et de l'ambivalence, nous retrouvons chez nos patients un désintérêt et une adaptation insuffisante à l'environnement. Pour Bleuler, cela peut

aller jusqu'au comportement catatonique. Celui-ci se traduit par une perte de l'initiative motrice, une pauvreté du mouvement, parfois même une certaine raideur. Nous pouvons remarquer également un « négativisme » passif ou actif (refus de la main tendue, refus du dialogue, voire mutisme), ainsi qu'un comportement stéréotypé. Les stéréotypies étant une répétition des mêmes attitudes, des mêmes gestes, parfois dépourvus de sens.

Le patient peut également répéter les gestes (échopraxies) ou les paroles (écholalies) de l'interlocuteur.

1.2 Le délire

Le mot délire dériverait du latin « de lirare » qui signifierait au sens propre « sortir du sillon » ; au sens figuré, nous pourrions le traduire par « divaguer », « perdre la raison ».

Il peut se définir par un désordre des facultés mentales caractérisé par une suite de convictions fausses, d'erreurs de perception ou de jugement, en totale opposition avec la réalité ou l'évidence.

Un délire est décrit par cinq caractéristiques principales : la systématisation, les mécanismes, les thèmes, la participation thymique, l'adhésion.

La systématisation

La systématisation du délire correspond à l'organisation de celui-ci, c'est-à-dire sa cohérence. Il existe deux organisations du délire : 1) l'organisation paranoïaque, qui correspond à un délire bien systématisé, bien organisé, voire même crédible, (délire de jalousie, d'érotomanie...)

2) le délire paranoïde correspond à un délire mal systématisé ou non systématisé, qui est tout de suite dépourvu de cohérence, de sens.

Dans les schizophrénies, c'est le second délire que nous rencontrons.

Les mécanismes

Les mécanismes sont polymorphes, ils sont au nombre de quatre : les hallucinations, l'intuition, l'interprétation, l'imagination.

Les hallucinations peuvent être visuelles, cénesthésiques, auditives et intrapsychiques mais les deux dernières sont les plus fréquentes. Certains auteurs individualisent les hallucinations intrapsychiques dans l'automatisme mental.

Les thèmes

Les thèmes sont multiples, il n'en existe pas de spécifiques aux schizophrénies, à contrario des délires systématisés où l'on retrouve des thèmes comme la jalousie, l'érotomanie, etc. Dans la schizophrénie nous pouvons retrouver tous les thèmes délirants avec une prédominance des persécutions, imposition de la pensée, influence, mystique.

« Je suis le prophète de Dieu. Le monde entier me connaît, toutes les chaînes de télévision parlent de moi. »

« Je crois à Pankou et je crois à Pankou car je suis Pankou. C'est un dieu suprême il a 5586 ans, c'est mon âge. »

La participation thymique

La participation thymique se définit comme étant l'humeur du patient, elle s'exprime en terme de congruence ou non au délire. La thymie est dite congruente au délire lorsque les expressions affectives, émotionnelles et la mimique sont en accord avec les propos délirants du sujet (si les propos sont tristes, les affects sont tristes.)

A contrario, la thymie sera dite non congruente au délire lorsque les expressions affectives et la mimique ne sont pas en accord chez un même patient. Lors de propos délirants tristes, morbides, angoissants le patient ne manifeste aucune émotion, nous parlerons d'émoussement affectif ; si le patient manifeste des émotions joyeuses, nous parlerons de dissociation affective.

Dans la schizophrénie, la participation thymique est non congruente au délire.

L'adhésion

L'adhésion correspond à la confiance que le patient porte à son propre délire, à sa conviction de la véracité de ses propos. L'adhésion est totale lorsque rien ne peut faire douter le patient sur la réalité du vécu délirant. Elle est partielle lorsqu'il persiste chez lui un certain doute de son propre délire. Enfin, et cela reste rare, le patient arrive à mettre en place une critique totale. Cela peut arriver lorsque le traitement a été mis en place.

Le délire

- La systématisation (niveau de cohérence)
- Les mécanismes
- Les thèmes
- La participation thymique (congruence au délire)
- L'adhésion

1.3 L'autisme schizophrénique

L'autisme schizophrénique caractérise l'isolement intérieur dans lequel s'enferme le patient schizophrène. Il y a une perte du rapport à la réalité, parfois même une opposition au monde extérieur.

On y retrouve de nombreux symptômes tels que l'apragmatisme (incapacité psychique à réaliser des actes élémentaires dont le sujet possède les moyens instrumentaux de réalisation), l'aboulie (diminution ou disparition de la volonté se traduisant par une inaptitude à choisir, à passer à l'acte), la clinophilie (rester ou lit toute la journée), perte des intérêts, de l'autonomie.

2. Description moderne

2.1 La dissociation

Comme dit précédemment, la dissociation est le noyau commun aux deux points de vue, aux deux descriptions. Nous y retrouvons donc la dissociation de la pensée, la dissociation des affects et la dissociation des comportements.

2.2 Les signes positifs

Les signes positifs ou productifs sont ceux qui se surajoutent à la personnalité déjà présente du patient. Ce sont :

- Les idées délirantes
- Les hallucinations
- L'agitation psychomotrice

2.3 Les signes négatifs

Les signes négatifs ou déficitaires se caractérisent par un retrait du patient vers lui-même, une perte de contact avec la réalité.

Il s'agit :

- De l'apragmatisme, de l'aboulie et la clinophilie (rester au lit)
 - De la perte des intérêts et des plaisirs
 - De l'appauvrissement du discours et de la pensée
 - D'une indifférence affective
 - D'un isolement socio-affectif
-

Il est bien sûr important de noter que les patients ne présentent pas uniquement des signes positifs ou uniquement des signes négatifs, ceux-ci sont souvent de nature mixtes.

3. Les formes cliniques les plus fréquentes

Il existe cinq formes cliniques principales de schizophrénies.^{5,6}

La schizophrénie paranoïde

La schizophrénie paranoïde est la forme la plus fréquente de cette maladie mentale. Elle est également la plus productive du point de vue des symptômes. Le délire paranoïde y est au premier plan. Cette forme clinique semble apparaître plus tardivement que les autres et s'installe dans les suites d'un ou plusieurs accès délirants aigus. En revanche, elle répond le mieux aux neuroleptiques et semble évoluer par poussées de phases délirantes et de phases de rémissions partielles.

La schizophrénie hébéphrénique

La schizophrénie hébéphrénique représenterait 20% des formes de schizophrénies. Elle débute chez le sujet jeune ou l'adolescent. Contrairement à la forme paranoïde, cette forme présente de nombreux signes déficitaires, les signes négatifs ; à savoir, le retrait social, la perte d'intérêt, l'apathie, l'aboulie...

Le délire peut être présent, certes, mais au second plan. Ces formes de maladie répondent malheureusement mal aux traitements neuroleptiques et évoluent de manière insidieuse.

La schizophrénie catatonique

La schizophrénie catatonique est la forme la plus rare de la maladie ; cependant, elle en est la forme la plus grave. Elle se caractérise par un syndrome dissociatif notamment au niveau moteur avec négativisme, stéréotypies, échopraxie... Il existe également un syndrome cataleptique (tonus de type flexibilité cireuse).

Cette forme a donc une évolution péjorative qui peut, dans de rares cas, mener au décès du patient.

⁵ HAOUZIR S. et BERNOUSSI A., « Les schizophrénies »

⁶ BOURGEOIS M-L., « Les schizophrénies »

La schizophrénie simple

L'existence de la schizophrénie simple a été mise en doute par Bleuler, elle se caractériserait par un début progressif et insidieux d'un affaiblissement intellectuel et affectif, une aboulie, une diminution des capacités de travail et de subvenir à ses propres besoins.

L'autisme est donc prédominant avec une restriction importante des relations familiales et sociales. La dissociation reste modérée avec très peu d'idées délirantes. En revanche, l'évolution est déficitaire.

La schizophrénie dysthymique

La schizophrénie dysthymique ou trouble schizo-affectif représente une forme clinique souvent réactionnelle qui combine des symptômes cliniques schizophréniques (délire, hallucinations..) et des troubles thymiques (mélancoliques ou maniaques.) Ces formes sont d'évolution chronique et entre les crises, parfois aucun symptôme n'est à observer.

Dans la littérature de nombreux auteurs plaçaient cette clinique entre la schizophrénie et la psychose maniaco-dépressive. De nos jours, les auteurs placeraient les troubles schizo-affectifs dans le trouble bipolaire.

- La schizophrénie paranoïde
- La schizophrénie hébéphrénique
- La schizophrénie catatonique
- La schizophrénie simple
- La schizophrénie dysthymique

VIII. Modalités évolutives / Diagnostics différentiels

1. Modalités évolutives

Avant tout, nous devons garder à l'esprit que chaque patient est unique, tout comme son histoire et son traitement. Il y a, malheureusement, autant de schizophrénies qu'il existe de schizophrènes.

Cependant, pour rester dans un point de vue général, il faut savoir que 15 à 20% des schizophrénies débutantes évoluent favorablement.

Le début de la maladie, qu'il soit insidieux ou brutal permet de connaître l'évolution de la maladie.

D'autre part, nous décrirons les modalités évolutives au cours de la maladie elle-même, à savoir lors de la phase d'état, la phase résiduelle et enfin nous donnerons les pronostics à long terme.

1.1 Modes d'entrée

Début insidieux et progressif

Le plus souvent et en apparence, la maladie se déclare en quelques semaines, ce qui se marque par des altérations sensibles du comportement, accompagnées d'une baisse de rendement des prestations du malade, par le dérangement du raisonnement, par des attitudes grossières, le repli sur soi et le maintien à distance de ses amis et de la famille, l'apparition d'idées délirantes et d'hallucinations qui finissent alors par imposer le traitement médical.

Lorsque l'affection commence de cette manière là, le diagnostic ne peut être posé précocement ; en effet, le malade vivant en permanence avec ses proches, ceux-ci n'ont pas, au départ, leur attention spécialement attirée par des bizarreries ou petits changements graduels de discours ou de comportement pouvant passer inaperçus ou considérés comme anodins.

Début brutal (50 à 65%)

Le mode d'entrée dans la schizophrénie le plus soudain est la bouffée délirante aiguë (BDA).

La BDA est un état psychotique aigu de survenue brutale qui est théoriquement transitoire (pas plus de quelques semaines.)

Cet état associe :

- Un syndrome délirant riche et polymorphe en rupture avec la vie antérieure du sujet ;
- Une agitation intense ;
- Des troubles de l'humeur ;
- Une altération du jugement ;
- Des signes somatiques ;

Elle est une urgence psychiatrique qui nécessite une hospitalisation rapide.

Il existe le plus souvent des facteurs déclenchants tels qu'une modification des repères affectif ou spatio-temporels, un surmenage professionnel ou affectif, ou encore une fragilité organique (intoxication, infection...)

1.2 Evolution au cours de la maladie

Evolution à la phase d'état de la maladie

On distingue trois grandes modalités évolutives⁷ ;

- Une première lorsque la phase prodromique est brève et les symptômes de la phase aiguë sont essentiellement productifs (hallucinations, idées délirantes).

Si le malade est soigné précocement, avec une thérapie appropriée, on peut observer dans de nombreux cas, une réduction progressive de la symptomatologie avec rémission totale ou quasi-totale.

- Une deuxième modalité d'évolution lorsque la phase prodromique est lente et de longue durée et une évolution insidieuse et progressive jusqu'à la phase aiguë active.

Dans ces cas, la détérioration comportementale est également lente et progressive, mais avec un fort appauvrissement de l'idéation et de la communication. L'aggravation progressive de la symptomatologie dans le temps est suivie par une stabilisation de la maladie après 10 à 15 ans d'évolution.

- Chez un nombre limité de patients, l'évolution tend à se poursuivre par une désagrégation profonde de l'état mental.

⁷ LLORCA P-M., « La schizophrénie », Encyclopédie Orphanet, 2004

Evolution à la phase résiduelle

Le terme de phase résiduelle définit un état plus ou moins stabilisé depuis plusieurs années sans survenue de phases aiguës actives.

Plusieurs études montrent que l'on peut observer :

- Une restitution ad integrum chez 25 à 30% des sujets, avec un retour à l'état fonctionnel à un niveau quasi pré-morbide ;
- Une résolution partielle dans 50% des cas avec une évolution vers un état fonctionnel « disadaptatif » mais stabilisé sans signes psychotiques.
- Une détérioration progressive dans 20 à 25% des cas avec chronicisation, dégradation sociale et psychique profonde et désagrégation totale. L'évolution ultime se fait dans ces cas vers un état terminal de démence.

Pronostic à long terme

Actuellement, il est admis que le pronostic dépend surtout de la qualité du soutien psychosocial, de l'accès aux soins et de l'adhésion aux prises en charge proposées. Un diagnostic précoce et le recours aux nouveaux médicaments antipsychotiques, la réduction de l'hospitalisation à long terme et une assistance psychiatrique améliorée, ont permis de modifier considérablement l'évolution à long terme de la maladie.

Ainsi les prises en charge actuelles permettent pour près de la moitié des cas de retrouver des sources d'investissement ainsi que de reprendre des activités sociales et parfois professionnelles.

En effet, il est aujourd'hui possible d'observer pour un nombre considérable de sujets, une rémission satisfaisante de la symptomatologie et une possibilité accrue de réinsertion sociale totale ou partielle.

Pour les autres, la persistance de symptômes résiduels, surtout négatifs, ou la pérennisation des rechutes compromet fortement l'autonomie et nécessite parfois le recours à des hospitalisations successives.

Il existe bien évidemment des facteurs pronostics de bonne ou de mauvaise évolution, mais encore une fois, la variabilité de la schizophrénie d'un individu à l'autre ne nous permet pas d'affirmer tous ces points de manière certaine.

Le professeur M-L Bourgeois a dressé un tableau des signes pouvant influencer en tant que bon ou mauvais pronostic d'évolution de la maladie.

Facteurs pouvant influencer le pronostic	
Mauvais pronostic	Bon pronostic
Sexe masculin Célibat ATCD familiaux de schizophrénies Emotion exprimée de haut niveau Intelligence médiocre Long délai avant traitement neuroleptique Peu ou pas de symptômes positifs Prévalence des symptômes négatifs Inobservance thérapeutique Mauvaises compétences prémorbides	Sexe féminin Mariage Symptômes positifs prévalents Début tardif Bonne adaptation prémorbide Bon soutien social Bonne adaptation professionnelle Pays en voie de développement Bonne compréhension du trouble Coopération au traitement

2. Diagnostics différentiels

Avant de porter le diagnostic de schizophrénie, il est impératif d'éliminer des facteurs étiologiques potentiels tels que la consommation de drogues, des troubles métaboliques et certaines maladies neurologiques comme l'épilepsie.

Il faut également écarter d'autres diagnostics de maladies pouvant avoir des symptômes communs avec la schizophrénie, notamment au début comme un trouble bipolaire (anciennement psychose maniaco-dépressive). Certains patients présentent simultanément des symptômes de schizophrénie et de trouble bipolaire⁸ ; on parle alors de « trouble schizo-affectif ».

D'autre part, le diagnostic différentiel des psychoses chroniques sera orienté par la caractérisation du délire.

S. Haouzir et A. Bernoussi nous proposent un tableau résumant les diverses caractéristiques cliniques des délires chroniques en fonction de la pathologie concernée.⁹

⁸ LLORCA P-M., « La schizophrénie »

⁹ HAOUZIR S. et BERNOUSSI A., « Les schizophrénie »

	Schizophrénies	Psychose Hallucinatoire Chronique	Paraphrénie	Paranoïa
Structure	Non structurée Paranoïde	Structurée	Structurée	Structurée
Mécanismes Préférentiels	Hallucinations autres	Hallucinations Automatisme mental	Imagination	Interprétation
Thèmes	Multiples	Mystiques Sexuels Persécution influence	Filiation Science-fiction	Jalousie Erotomanie
Thymie	Non congruente	Congruente	Congruente	congruente
Adhésion	Complète	Complète	Bipartition	complète

Ce tableau résume de façon synthétique la caractérisation clinique des délires chroniques habituellement retrouvés dans les psychoses chroniques classiques. Un bref regard suffit pour constater que les différences cliniques fondamentales de ces délires sont manifestes et que, théoriquement, ils ne peuvent être confondus.

Malheureusement, il y a une différence notable entre la réalité théorique et la réalité clinique.

Une série d'entretiens minutieux ainsi que des rencontres avec l'entourage du patient seront nécessaires afin de poser un diagnostic.

IX. Prises en charge et traitements

Principes thérapeutiques

La nécessité est de lutter contre le défaut d'observance dû au déni de la maladie ; en effet, 50% des malades traités par neuroleptiques classiques sont non-observants un an après la sortie de l'hôpital, puis 75% le sont également deux ans après.

En général, 50 à 80% des malades n'ont pas conscience de leur trouble, ceci est dû à un symptôme à part entière qui est, le défaut d'insight qui peut se définir comme une non conscience de la maladie.

Comme nous le verrons plus tard, les bonnes ou mauvaises capacités des patients en théorie de l'esprit, pourraient être en rapport avec le défaut d'insight.

1. Neuroleptiques ou antipsychotiques

Les neuroleptiques sont les piliers du traitement de la maladie, ils ont une influence sur la manifestation des symptômes dits positifs, survenant pendant les crises, tels l'angoisse, l'agitation, les hallucinations et les idées délirantes. Les symptômes dits résiduels ou négatifs, c'est-à-dire, ceux qui persistent éventuellement entre les crises productives, tels que l'apathie, le manque de motivation, le manque d'initiative, le repli sur soi et le retrait social semblent beaucoup plus rebelles à la plupart des médicaments. La médication doit être individuellement adaptée à chaque cas, tant en ce qui concerne le type de médicament que pour la posologie (la quantité, la dose). Ceci requiert donc des essais préalables, qui peuvent s'avérer plus ou moins longs et nombreux.¹⁰

2. Psychothérapies

Les psychothérapies individuelles

¹⁰ HAOUZIR S. et BERNOUSSI A., « Les schizophrénies »

Les psychothérapies individuelles ont pour but de diminuer le symptôme et de permettre au patient de comprendre et appréhender sa maladie. Le thérapeute va aider le malade à mettre en place des mécanismes de contrôle pouvant rétablir un équilibre psychologique.

Il est clair que la relation thérapeute-malade doit être basée sur la confiance et le soutien. Grâce à cela, le patient parviendra à accepter son statut de malade et accepter son traitement.

La position du thérapeute qui s'inscrit dans une attitude de soutien, de réassurance et d'explication, ne privilégie aucunement les approches d'analyse et d'interprétation.

La psychothérapie analytique

La psychothérapie analytique est basée sur des techniques d'inspiration psychanalytique. Elles peuvent être bénéfiques pour le patient car le cadre est plus souple et l'interaction plus active.

Elles consistent à résoudre des petits conflits quotidiens pouvant être à l'origine d'attitudes néfastes à la communication du sujet.

Les thérapies cognitives et comportementales

Les thérapies cognitives et comportementales ont pour objectif de changer les attitudes, les comportements et les pensées dysfonctionnelles du patient. Elles vont lui permettre d'augmenter l'assurance de soi et supprimer les comportements inadéquats.

Les psychothérapies familiales

Les psychothérapies familiales ont pour but d'améliorer la communication ainsi que l'individuation du sujet.

On peut tout de même se demander : pourquoi travailler avec la famille ?

Parce que l'essentiel du traitement des patients schizophrènes se déroule actuellement dans le réseau ambulatoire.

A l'heure actuelle, un patient passe 95% de son temps au sein de sa famille, c'est donc elle qui devient le principal donneur d'aide au patient et qui subit en premier l'impact de son comportement.

Leur rôle est de compenser de manière ciblée les difficultés du patient. Le but recherché est la réinsertion du malade et le soulagement de la famille, et non l'inversion du « dysfonctionnement schizophrénique ». La question de la guérison est considérée comme hors de portée de la famille ou de tout autre thérapie actuellement disponible. Les buts à long terme sont d'obtenir les taux de rechute le plus bas possible, et le niveau d'adaptation sociale et professionnelle le plus élevé.

Comme l'ont démontré différentes études, l'approche familiale et sociale, combinée à la médication et à l'approche individuelle, obtient de bien meilleurs résultats que chaque thérapeutique mise en œuvre isolément, sur la fréquence et la durée des hospitalisations, sur la prévention des rechutes, sur la satisfaction et la qualité de vie du patient et de sa famille.¹¹

3. Réhabilitation psychosociale

La disparition des symptômes psychotiques n'empêche pas les difficultés de communication, une motivation réduite et des difficultés dans la réalisation des tâches.

Les malades peuvent, en effet, présenter une incapacité à accomplir un travail ou une tâche trop spécialisée.

C'est pour cela, que la mise en place d'une intervention psychosociale sur l'information et l'éducation ne peut être que bénéfique aux patients.

Toutefois, ces réhabilitations ne sont en aucun cas un remplacement au traitement pharmacologique, elles en sont une aide, un soutien très utile.

Le programme de réhabilitation englobe une large série d'interventions qui, pour la plupart, sont non médicales. Ces programmes de formation et d'éducation sociales permettent aux malades de mieux apprendre à se gérer.

L'objectif principal étant une bonne réinsertion dans la collectivité (prendre les transports en commun, exécuter des petites tâches) afin qu'ils deviennent socialement actifs.

En pratique, la réhabilitation psychosociale s'appuie sur différents moyens thérapeutiques comprenant entre autres :

- Psychoéducation ;
- Entraînement des compétences sociales ;

¹¹ Kannas Serge , « Thérapies familiales et schizophrénies »

-
- Ergothérapie ;
 - Médiations groupales ;
 - Sociothérapie ;
 - Remédiation cognitive ;
 - Thérapies cognitives.

4. Thérapie cognitive

La thérapie cognitive vient en complément de la réhabilitation psychosociale, qui concerne l'amélioration des habiletés à interagir de façon appropriée avec les autres et à exploiter de façon adaptée son environnement, grâce notamment à l'utilisation de thérapies cognitives et comportementales. Ces dernières concernent la gestion des symptômes et la correction des biais cognitifs : elles s'attachent à mettre en lumière les contenus de pensée et les attitudes des patients, afin de leur permettre de développer un comportement socialement acceptable. Elles sont la plupart du temps mises en œuvre sous la forme de groupes d'acquisition des compétences sociales (affirmation de soi, analyse des distorsions et biais cognitifs, prise de conscience du trouble, entraînement au raisonnement hypothétique, gestion des émotions...). Elles enseignent ou réapprennent au patient certaines habiletés sociales, lui permettant ainsi une meilleure réinsertion dans la communauté.

5. Sociothérapie

Les sociothérapies entrent aussi dans le cadre de l'accompagnement et le soin des schizophrènes. Elles se centrent essentiellement sur la prise en compte du travail comme facteur de stabilisation des troubles et comme remède contre l'apragmatisme.

Ces thérapies peuvent être seulement occupationnelles mais peuvent aussi jouer un rôle capital par la suite si le patient a la possibilité d'avoir une activité professionnelle et rémunérée.

Dans ce cadre de sociothérapie, nous pouvons retrouver des activités occupationnelles réalisées au sein de l'hôpital comme dans la restauration par exemple, (préparation des salles et du service de table), en blanchisserie (préparation du linge, pliage...). Tout cela permet au patient de ne pas se désocialiser et ainsi être prêt pour sa réinsertion prochaine.

Le thérapeute sera présent pour vérifier et analyser les capacités du sujet : autant relationnelles que spatiales et temporelles : suit-il la consigne à effectuer ? connaît-il son lieu de travail ? respecte-t-il ses horaires ?

Si tout cela se passe bien, le patient pourra envisager de travailler dans un premier temps dans un atelier protégé et en centre d'aide pour le travail (CAT).

6. Prise en charge orthophonique

L'orthophoniste participe depuis peu à la réhabilitation de patients atteints de schizophrénie, conjointement aux prises en charge s'inscrivant dans un programme global de réhabilitation psychosociale.

L'orthophoniste a pour rôle de traiter les troubles du langage en considérant qu'ils sont une conséquence d'un fonctionnement cérébral anormal dû à des lésions cérébrales acquises. Même si cette hypothèse n'est pas vérifiée, la rééducation semble abordable tout comme la rééducation des traumatismes crâniens ou des accidents vasculaires cérébraux.

La prise en charge orthophonique s'opère sur des patients stabilisés cliniquement et doit débiter par un bilan, nécessaire à toute rééducation.¹²

Dans un article paru dans l'Encéphale, des orthophonistes ont démontré que le bilan orthophonique semblait nécessaire dans cette optique de réhabilitation psychosociale notamment du point de vue des troubles de la communication qui retentissent sur la vie quotidienne ; ceci en utilisant notamment des techniques de réadaptation neurologique, l'orthophoniste peut prendre en charge les troubles du langage qui affectent la compréhension et l'expression du patient.

Cette aide orthophonique, au-delà de son enjeu important pour la réinsertion sociale du patient va être importante pour lui permettre de réussir toutes les autres prises en charge.

L'orthophoniste est présent pour prévenir, évaluer et rééduquer les troubles du langage.

Cette discipline n'est pas, ou très peu développée en psychiatrie.

Cependant, grâce notamment à Nancy Andreasen qui s'est tout particulièrement intéressée aux troubles du langage dans la schizophrénie, l'orthophoniste acquiert une place importante dans le bon déroulement des thérapies dispensées.

Les troubles du langage et de la communication dans la schizophrénie sont, dans une certaine mesure, similaires aux troubles observés dans les pathologies neurologiques ; l'orthophoniste est donc formé à reconnaître et rééduquer ces

¹² BOUCARD C., LAFFY-BEAUFILS B., « Caractérisation des troubles du langage dans la schizophrénie grâce au bilan orthophonique ».

troubles qui peuvent être améliorés sur le principe de la plasticité et des capacités de réorganisation cérébrale.¹³

¹³ BOUCARD C., LAFFY-BEAUFILS B., « Caractérisation des troubles du langage dans la schizophrénie grâce au bilan orthophonique ».

Partie II

LANGAGE ET COMMUNICATION DANS LA

SCHIZOPHRÉNIE

Selon Gustave-Nicolas Fischer, « *la communication constitue l'une des modalités fondamentales de la conduite humaine : les individus ne sont pas seulement influencés par des contextes sociaux auxquels ils réagissent, mais ils interagissent en permanence avec d'autres personnes qui se caractérisent comme des interlocuteurs (partenaires ou adversaires)* ». La communication apparaît donc comme une activité humaine complexe, régissant la plupart de nos comportements quotidiens.

La communication est donc l'ensemble des situations, des comportements et des processus, à travers lesquels s'établissent et s'organisent les relations intersubjectives et sociales, au cours desquelles des informations sont transmises et échangées entre les protagonistes dans un contexte social donné.

Le terme communication viendrait du latin *communicare* qui signifie « mettre en commun ». La communication peut donc être considérée comme un processus complexe, régi notamment par des règles, visant à mettre en commun des informations et des connaissances.

Des auteurs comme Paul Watzlawick, Janet Helmick Beavin et Donald DeAvila Jackson vont plus loin en dissociant deux types de communication : la communication verbale, ou digitale, renvoyant au niveau du contenu de l'interaction ; et la communication non-verbale, ou analogique renvoyant au niveau de la relation entre les interlocuteurs.¹⁴

La communication est donc avant tout un phénomène humain et cognitif. Pour que la communication puisse s'établir et se poursuivre, elle requiert de la part des deux interlocuteurs tout un ensemble de connaissances pragmatiques et extralinguistiques situationnelles et psychologiques. L'essor du courant de la pragmatique, en développant l'idée que le langage devait s'envisager dans un ensemble plus large, celui de la communication, a permis que soient considérées autrement les habiletés verbales de chacun. En effet, chaque individu doit être capable de communiquer en référence à un contexte donné, dans une situation précise, localisée en termes de lieu et de temps, et chaque locuteur doit pouvoir s'adapter à la personne à laquelle il s'adresse. La communication interpersonnelle est alors considérée comme un système complexe qui prend en compte tout ce qui se passe lorsque des individus entrent en interaction et fait intervenir à la fois des processus cognitifs, affectifs et inconscients.

¹⁴ WATZLAWICK P., HELMICK BEAVIN J., JACKSON D. D., 1972.

I. Déficits syntaxiques

1. Les troubles expressifs

Le consensus des études effectuées jusqu'à présent s'accorde à dire que les troubles linguistiques observables dans la pathologie schizophrénique sont plutôt dus à un trouble de la *performance*, qui selon Chomsky est la mise en œuvre effective de la compétence linguistique : la mise en pratique des règles, plutôt que la *compétence* qui serait la connaissance de toutes les règles qui permettent de produire des énoncés de la langue.

Nous retrouvons dans la littérature, de nombreuses études concernant la psychopathologie du langage des patients schizophrènes. Depuis les premières recherches dans ce domaine effectuées par Bleuler en 1911, les auteurs continuent de considérer les troubles du langage comme un des symptômes principaux de la schizophrénie. Cependant, de nombreuses difficultés ont été rencontrées lors de tentatives d'analyse du discours des patients qui ont eu pour conséquences des conclusions diverses.

C'est dans les années 1910, qu'Emil Kraepelin propose pour la première fois le terme de *schizophasie*, le langage du schizophrène. Il décrit par ce terme un « langage incompréhensible de par le groupement de mots utilisés, qui sont généralement usuels. » Selon lui, ce langage désorganisé fait du regroupement de néologismes et d'incohérences syntaxiques, était le signe pathognomique de la schizophrénie.

Ce terme appelé également « folie discordante verbale » est une dissociation totale entre le mot, le signifiant, et son référent, le signifié.

Plus tard, Paul Boyer a repris de terme *schizophasie* pour regrouper l'ensemble des anomalies et des ruptures de langage (néologismes, paralogismes, jargons, asyntaxie, agrammatisme...), rencontrées dans le cours d'une évolution schizophrénique. Ces anomalies donnent au discours l'apparence d'une production échappant à toute logique habituelle de compréhension.

Par la suite, le terme de *schizophasie* s'est réduit aux productions verbales des patients schizophrènes à symptômes positifs, il décrivait donc la logorrhée ou le jargon. Le terme de *cataphasie* a été proposé pour les patients présentant des symptômes négatifs et décrivait l'inhibition ou le mutisme.

Si aucun modèle stable de « noyau » schizophasique n'a jusqu'à présent pu être décrit, les auteurs se sont accordés pour penser que les anomalies linguistiques des schizophrènes étaient révélatrices d'anomalies de pensée sous-jacentes, constituant ainsi l'amorce d'une possible compréhension des troubles.

En 1986, Nancy Andreasen a précisé le terme de « troubles formels de la pensée », déjà largement utilisé par de nombreux auteurs pour décrire les troubles observés chez les sujets. Selon elle, ce terme recouvre différents comportements langagiers,

qui ne sont pas toujours présents de manière concomitante chez un même patient. N. Andreasen a donc développé une échelle permettant d'évaluer, au cours d'un entretien clinique, les troubles de la pensée, du langage et de la communication des patients schizophrènes, au niveau expressif. La diversité des termes et des concepts utilisés a conduit l'auteur à spécifier 18 types de troubles. Elle a ainsi regroupé sous

le terme de troubles de la communication les troubles transgressant les règles conventionnellement utilisées pour permettre une bonne compréhension de l'interlocuteur : pauvreté du discours, pauvreté du contenu du discours, logorrhée, tangentialité, déraillement (relâchement des associations), incohérence, discours emphatique, auto-référentiel ou circonlocutoire, écholalie, perte du but, persévérations et barrages. Sous le terme de troubles du langage, elle désigne les troubles formels : les néologismes, les approximations de mots, les incohérences et les associations par assonances. Enfin, sous le terme de troubles de la pensée, elle désigne la tendance au raisonnement illogique, aboutissant à des processus inférentiels aberrants.¹⁵

La pauvreté du discours est la réduction de la quantité des propos spontanés, aboutissant à des réponses brèves, concrètes et non élaborées.

La pauvreté du contenu du discours signifie que bien que les réponses de certains patients soient suffisamment longues pour que le discours soit normal en quantité, il comporte peu d'informations. Le langage tend à être vague, souvent trop abstrait ou concret, répétitif, stéréotypé.

La logorrhée est l'augmentation du débit du discours spontané comparativement à ce qui peut être considéré comme étant dans les normes sociales. Le discours est accéléré et difficile à interrompre. Certaines phrases sont laissées en suspens dans la hâte d'aborder une nouvelle idée. Dans le cas de logorrhée importante, les patients peuvent parler en dehors de toute stimulation extérieure et même si personne ne les écoute.

La tangentialité est une façon de répondre à une question de manière indirecte, tangentielle ou inappropriée. La réponse peut avoir un rapport lointain avec la question. Parfois la réponse est totalement à côté et n'a aucun rapport avec la question.

¹⁵ BAZIN N., LEFRERE F., PASSERIEUX C., SARFATI, « Troubles formels de la pensée : traduction française de l'échelle d'évaluation de la pensée, du langage et de la communication (Scale for the assessment of Thought, Language and Communication : TLC) »,2002

Le déraillement (relâchement des associations, fuite des idées), est une modalité de discours spontané où le locuteur abandonne une idée pour en aborder une autre n'ayant que des rapports lointains avec la première : quelquefois, les deux idées n'ont aucun rapport. Les thèmes abordés peuvent se juxtaposer sans lien compréhensible ; le patient peut passer sans une logique propre d'un cadre de référence à un autre. Ce type de discours est souvent caractérisé par son aspect décousu. La manifestation, probablement la plus habituelle de ce trouble, est un relâchement lent et progressif des associations, sans rupture abrupte et identifiable au cours de la parole. Le locuteur s'éloigne alors de plus en plus de son sujet avec chaque nouveau relâchement sans être conscient de fournir une réponse qui n'a plus aucun lien avec la question posée.

L' incohérence (salade de mots, schizophasie, jargonaphasie) est un type de discours à certains moments fondamentalement incompréhensible. Il arrive aux patients de répéter des bribes de phrases cohérentes à l'intérieur d'un ensemble globalement incohérent. Quelquefois, les conjonctions et les adverbes (et, bien que) ainsi que les articles (le, la, un) sont omis. Souvent l'incohérence s'accompagne d'un relâchement des associations.

Cependant, elle se distingue du relâchement des associations dans la mesure où l'anomalie concerne la construction même des phrases (juxtapositions incohérentes des mots ou des propositions). Dans le relâchement des associations, la perturbation de la construction concerne les grandes unités syntaxiques et c'est la juxtaposition des phrases entre elles qui est source de confusion.

Le discours circonlocutoire est un discours prenant des voies très indirectes et tardant à atteindre son objectif. Dans ses tentatives d'explications, le patient accumule les détails inutiles, ennuyeux et les remarques annexes.

Le discours emphatique peut sembler suranné, désuet ou pompeux, distant. Le caractère emphatique du discours apparaît généralement dans l'utilisation de mots multisyllabiques.

« pardonnez-moi madame, pourrais-je me permettre de solliciter de votre part un entretien dans votre bureau, à votre convenance ? »

Le discours auto-référentiel désigne un trouble au cours duquel un patient ramène à lui le sujet de la discussion lorsque quelqu'un d'autre parle, ou encore rapporte à lui-même des sujets apparemment neutres dont il parle.

Certains auteurs comme Tavano et al. (2008) vont plus loin en parlant d'agrammatisme dans le discours schizophrène. Il souligne une importante réduction du nombre de mots prononcés ainsi qu'une réduction significative de la diversité syntaxique et de la maîtrise de la parole au sein du discours. Afin d'étayer ses propos, il se base sur une étude faite à partir d'une tâche conversationnelle consistant

à présenter au patient une série de thèmes (famille, vacances...) puis de poser des questions pré-déterminées. Ces questions vont susciter un échange avec l'expérimentateur. Les résultats obtenus démontrent que les patients produisent des énoncés comparables à ceux des sujets témoins mais, ont tout de même tendance à simplifier les structures syntaxiques et à répéter les mots, donnant les plus pauvres échantillons de discours informatifs. Ces résultats donnent à penser que la déficience en linguistique, chez ces sujets, entraîne une réduction de l'accès au cadre structurel syntaxique, se traduisant par un discours agrammatique.

Les troubles expressifs des patients schizophrènes sont la plupart du temps aisément perceptibles et entravent, suivant leur sévérité, leurs capacités communicationnelles. Leur degré de gravité est variable, allant de quelques incohérences dans le discours jusqu'à des digressions dans la même phrase.

2. Les troubles réceptifs

Les troubles réceptifs sont souvent plus subtils et plus discrets que les troubles expressifs. Pourtant, l'impact de ces troubles n'est pas négligeable, car ils peuvent engendrer un handicap au niveau scolaire, professionnel et social. Il est important de les identifier et de les caractériser car leur présence peut entraver l'intégration des informations et donc gêner l'efficacité de la prise en charge. Ces troubles réceptifs affectent préférentiellement la compréhension élaborée : les patients ont ainsi des difficultés à comprendre le langage implicite, indirect ou figuratif, situations qui sont finalement les plus fréquentes lors de la communication au quotidien.

Les troubles réceptifs seront plus détaillés par la suite dans la description des autres troubles qui entravent la communication, notamment les déficit en pragmatique ou en théorie de l'esprit.

II. Déficits lexico-sémantiques

Afin de connaître les déficits de langage au niveau lexico-sémantique, nous nous positionnerons tout d'abord du côté du versant réceptif à travers le jugement sémantique ; puis, nous connaissons l'atteinte du versant expressif grâce à la fluence.

1. Jugement sémantique

Au niveau réceptif, les processus lexico-sémantiques réfèrent à la capacité d'attribuer un sens aux mots, de les traiter sémantiquement, c'est-à-dire d'associer un signifié à un signifiant.

Le traitement lexical d'un mot implique également l'accès au lexique sémantique afin de parvenir à l'identification lexicale et sémantique de ce mot. On peut évaluer cette capacité de traitement lexico-sémantique, par exemple, grâce aux épreuves de jugement sémantique, qui exigent que le sujet prenne une décision quant à l'existence ou non d'un lien de sens entre au moins deux éléments. Ces épreuves sont qualifiables de métalinguistiques car elles demandent qu'un jugement soit porté sur un savoir linguistique.

Dans son mémoire intitulé « Etude des troubles de la communication verbale chez des sujets atteints de schizophrénie »¹⁶, C. BERQUIN teste cette aptitude grâce à un test de comparaison de mots ; les patients schizophrènes devaient dire si les paires de

mots proposées avaient un lien sémantique ; par exemple, « aigle-corneille » ou bien « rubis-corneille ». La tâche complète comportait 24 paires de mots et les patients devaient expliquer clairement le lien qu'entretenaient certaines paires.

Les résultats de cette étude ont prouvé quantitativement que la moitié des patients se trouvait à un score inférieur ou égal à la limite pathologique.

D'autre part, au niveau qualitatif, encore une fois, plus de la moitié des patients présentent de grosses difficultés à trouver et à expliquer le lien sémantique entre les mots, notamment lorsque le lien est catégoriel : (aigle-corneille = oiseaux).

¹⁶ BERQUIN C., « Etude des troubles de la communication verbale chez des sujets atteints de schizophrénie »

2. Fluence

Dans la littérature, la fluence verbale est également nommée « évocation lexicale » ou encore « association de mots », elle représente la capacité qu'a un sujet à produire spontanément le plus de mots possibles en un temps imparti :

- Selon des critères formels (commençant par telle ou telle lettre) ;
- Selon des critères sémantiques (catégories comme les vêtements) ;
- Sans aucune contrainte.

Le sujet doit réaliser une recherche lexicale sans support visuel, c'est-à-dire qu'il ne lit, ni ne dénomme.

Divers mécanismes cognitifs interviennent, qu'ils soient attentionnels ou mnésiques, durant cette activité linguistique ; en effet, répondre aux exigences d'une tâche de fluence verbale demande notamment de la vitesse, une certaine flexibilité mentale pour passer d'un concept à un autre, et une certaine inhibition pour ne pas outrepasser les limites du critère imposé, mais met également en jeu le système attentionnel, la mémoire de travail et d'autres capacités supérieures complexes. Pour réaliser cette épreuve, le sujet doit accéder au lexique sémantique, stocké en mémoire à long terme.

Selon Allen et Frith, les résultats des études ont montré que les patients schizophrènes produisent moins de champs sémantiques et mettent plus de temps à produire. De plus, selon ces mêmes auteurs, leur performance est altérée lorsqu'il est nécessaire d'évoquer des idées ou d'organiser des informations spontanément, sans aide de stimuli extérieurs.

En 1995, D.MARMOD a effectué une étude sur la fluence verbale des patients atteints de schizophrénie ; celle-ci a démontré que par rapport aux sujets témoins, les patients schizophrènes obtiennent des résultats inférieurs en fluence formelle mais toujours dans la moyenne.

En revanche, en fluence catégorielle, leurs résultats sont nettement inférieurs.

D'autre part, elle a prouvé que les sujets schizophrènes utilisent moins de stratégies linguistiques, qu'elles soient formelles, sémantiques ou automatiques que les sujets témoins.¹⁷

¹⁷MARMOD D., « Fluence verbale et schizophrénie »

3. Autres troubles

Les néologismes

Selon Nancy Andreasen, les néologismes peuvent se trouver dans le discours du patient schizophrène. Ils sont une formation de nouveaux mots. Un néologisme se définit comme un mot ou un terme dont le sens et l'étymologie restent incompréhensibles. Parfois ce terme est utilisé pour désigner certains mots incorrectement formés, à partir de racines compréhensibles, par une mauvaise utilisation des conventions de constructions de mots.

« J'étais si en colère que j'ai pris le plat et je l'ai jeté au geshinker. »

Les persévérations

Les persévérations sont de persistantes répétitions de mots, d'idées ou de sujets, de telle sorte que lorsque le patient débute un sujet particulier ou utilise un mot particulier, il y revient sans cesse au cours du discours.

Les approximations de mots

Les approximations de mots définissent l'utilisation de mots existants mais utilisés dans un sens nouveau ou inhabituel, ou mots nouveaux qui sont développés à partir de règles habituelles de formation des mots. Même si le sens apparaît évident, leur usage semble bizarre. Parfois les approximations de mots sont basées sur l'utilisation de « mots-valises », que le patient utilise dans des sens différents. (montre appelée réservoir d'heures, l'estomac un réservoir à nourriture.)

Les associations par assonances

Les associations par assonances sont une particularité d'un discours dans lequel ce sont les sons plutôt que les relations sémantiques et conceptuelles qui semblent gouverner le choix des mots, de telles sortes que le discours devient moins compréhensible et que des termes redondants sont utilisés.

III. La pragmatique

Nos interactions sociales reposent majoritairement sur le développement d'une intelligence sociale envers autrui, ce que l'on peut nommer également « la théorie de l'esprit ». Car au-delà des informations explicites que nous véhiculent les mots, nous devons également décrypter les intentions, les croyances, les connaissances ainsi que les états affectifs de l'autre afin d'interagir avec lui de manière correcte.

Par conséquent, la bonne compréhension d'un échange verbal avec un interlocuteur nécessite bien plus que la simple maîtrise des aspects élémentaires du langage verbal. Celui-ci véhicule également des informations dites non-verbales qui modulent la teneur du discours.

Les différentes fonctions phonologique, syntaxique et lexicale de notre discours sont sous la gouverne de l'hémisphère gauche, hémisphère longtemps considéré comme dominant en matière de langage.

La contribution de l'hémisphère droit dans le comportement langagier est quant à elle bien plus subtile et nuancée et a été reconnue que plus tard. Celle-ci concerne la capacité d'aller au-delà du sens littéral des mots et recourt pour ce faire à de multiples processus. Cette nouvelle science de la communication, du point de vue de « l'hémisphère mineur » du langage, est appelée pragmatique.

Selon les travaux de Sperber et Wilson¹⁸, la communication peut se concevoir selon deux processus : un processus de décodage et un processus d'inférence. Le décodage consiste à comprendre au sens strict le sens littéral d'une phrase ; l'inférence, quant à elle, permet d'y ajouter les éléments de contexte complétant la compréhension de ce qui voulait être dit. Il s'agit donc essentiellement d'inférence sur les intentions de l'interlocuteur, faute de quoi l'on en reste au sens littéral. Selon Frith, les schizophrènes présentent des difficultés lorsque le sens communiqué diffère du sens littéral, comme c'est le cas dans la métaphore, l'ironie ou les actes de langage indirects.

¹⁸ SPERBER D., WILSON D., *Relevance : communication and cognition*, 1986

1. Traitement du contexte

D'un point de vue spécifique à la pragmatique, l'emploi du mot *contexte* désigne tout ce qui entoure, d'une manière non linguistique, une situation de parole. Il est en lien direct avec le concept d'énonciation. Dans ce sens, on trouvera employé le mot *situation*. Le contexte n'est alors pas vu comme étant de nature formelle : il inclut le lieu, le temps, dans lesquels prend place l'acte d'énonciation, mais aussi les caractéristiques psychologiques, sociales, institutionnelles du destinataire et du destinataire du message, l'expérience vécue dans laquelle l'énonciation est censée venir s'insérer.

La connaissance du contexte est primordiale dans un acte de langage ; elle permet d'identifier le référent, ce à quoi certains éléments du message renvoient ; ainsi, on pourra comprendre le message. Si je dis à ma boulangère : « je voudrais ce gâteau-là », cela implique que la boulangère ait la vitrine sous les yeux pour comprendre le message. Un grand nombre d'outils de la langue, tels que les démonstratifs (comme ce), les pronoms, certains adverbes (ici, là-bas), ont besoin d'un contexte pour prendre tout leur sens. De plus, dans la conversation quotidienne, on notera que de nombreuses phrases sont inachevées, tronquées, imprécises : c'est que le contexte joue un grand rôle dans la communication. Il aide à reconstituer une partie de la signification des énoncés. Un bon test est d'enregistrer une section de conversation ordinaire : sortis de leur contexte, de grand pans de cette conversation paraîtront incompréhensibles.

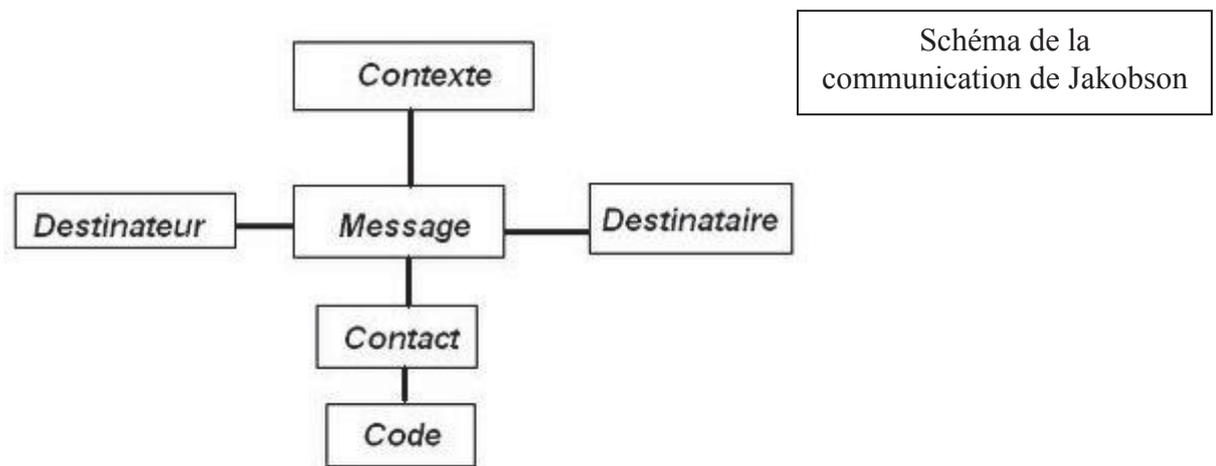
Selon Jakobson, le contexte est un élément capital qui détermine, bien plus que le code, la valeur de la communication. Il détermine une valeur spécifique au message. On ne peut pas dire n'importe quoi, n'importe où, n'importe quand. Comme dit précédemment, il a une fonction référentielle, il donne le sens.

Dans son sens large, le contexte (latin : cum = avec) désigne tout ce qui entoure le texte, l'énoncé.

Le premier contexte est l'environnement dans lequel est produit le message tandis que le second contexte est l'environnement dans lequel est reçu le message.

Les deux contextes coïncident le plus souvent (cas de la conversation orale quotidienne).

Le contexte aide à comprendre le message, à reconstituer une partie de sa signification. Il peut faire apparaître l'implicite, entretenir des doubles sens, servir à comprendre l'ironie notamment.



Des études sur le traitement du contexte dans la schizophrénie ont suggéré que les patients présentaient un déficit dans cette capacité et que celui-ci était à l'origine des déficits de cognition sociale ; en effet, dans la plupart des conversations quotidiennes, afin de comprendre un énoncé dans sa globalité, en plus du contenu explicite, nous devons prendre en compte le contenu implicite qui est notamment donné par le contexte. Dans un sens plus large, nous verrons par la suite que la pragmatique est nécessaire et inhérente au langage, elle est indispensable pour saisir le sens métaphorique, les sous-entendus, l'humour des énoncés ou encore les actes de langage indirects.¹⁹

Selon l'équipe de Versailles qui s'organise autour notamment de Hardy-Baylé, Widlöcher et Sarfati, une atteinte cognitive dans la pathologie schizophrénique se caractériserait par un déficit profond du traitement du contexte sémantique, mis en difficulté lors de certaines ambiguïtés conversationnelles : le trouble du langage occupe donc une place cruciale dans la pathologie. En attestent un mauvais ajustement aux règles de pertinence d'un échange verbal, une appréciation volontiers littérale des propos métaphoriques, une incohérence du discours, des difficultés à respecter les règles d'inférence pour rester ajuster à autrui, à prendre en compte les attentes de son interlocuteur, les tours de parole, et enfin à préserver une cohérence d'ensemble, une intention informative.

La littérature a pu montrer que les patients schizophrènes ont des difficultés à exploiter le contexte ; qu'il soit textuel ou situationnel. Cependant, une bonne compréhension du contexte leur est nécessaire afin d'effectuer les inférences correctes qui lèveront les ambiguïtés d'un message. Ces patients semblent se trouver

¹⁹ BERQUIN C., « Etude des troubles de la communication verbale chez des sujets atteints de schizophrénie », 2010

dans l'incapacité de s'ajuster aux propos de l'interlocuteur. Ces anomalies peuvent tout à fait être dues à une non prise en compte du contexte de communication.

2. Traitement du langage non littéral

2.1 Compréhension des métaphores

Dans une expérience parue dans l'Encéphale, effectuée par G. Iakimova, C. Passerieux et MC. Hardy-Baylé, l'on a testé le traitement du langage non littéral à travers la compréhension des métaphores.²⁰

Ces chercheurs ont décidé de tester la compréhension de métaphores au niveau des éléments concrets et littéraux en opposant les résultats à un groupe de patients atteints de dépression.

Cette incompréhension du langage figuré illustre parfaitement les différentes formes de la complexité du langage des schizophrènes.

Cette expérience s'est déroulée sous la forme de réponses à choix multiples afin de tester la concrétude liée à un mot individuel de l'expression : « Il connaît les ficelles du métier » : la réponse type donnée par les patients schizophrènes est : « tisserand » ou bien « lacets ».

Cette concrétude résulterait pour certains auteurs comme Spitzer d'un dysfonctionnement de la mémoire de travail qui maintiendrait le sens des mots individuels dans les proverbes.

Pour d'autres auteurs comme Titone et al., cet échec à l'accès au sens figuré serait dû à un trouble des mécanismes d'inhibition du sens littéral.

D'autre part, dans le groupe test des patients schizophrènes existe une hétérogénéité des performances due notamment à la présence de troubles formels de la pensée plus ou moins sévères.

²⁰ IAKIMOVA G., PASSERIEUX C., HARDY-BAYLE M-C., « La compréhension des métaphores dans la schizophrénie et la dépression : une approche expérimentale. »

2.2 Compréhension de l'ironie

L'ironie se définit comme étant l'opposition entre d'une part ce qui est dit et d'autre part ce qui est sous-entendu par le locuteur (Winner & Gardner, 1993). Afin d'être en mesure

de bien comprendre l'ironie, il faut être capable d'inférer le fait que l'intention exprimée

par le locuteur est en contradiction avec la signification de surface de son discours (Carruthers & Boucher, 1998; Sperber & Wilson, 1986; Sperber & Wilson, 2002).

Selon

Searle (1969), l'ironie se caractérise par le fait que sa compréhension nécessite à la fois de

comprendre ce qui est dit explicitement, mais aussi d'aller au-delà de la signification littérale pour saisir l'intention du locuteur dans un contexte spécifique.

En général, l'intention réelle du locuteur peut-être identifiée grâce aux indices contextuels spécifiques. La plupart du temps, l'ironie est employée dans un but humoristique, par conséquent, la compréhension de ce type de langage est très importante dans les interactions sociales.

La bonne compréhension de l'ironie requiert la capacité à inférer les croyances et les intentions du locuteur. Ces capacités sont gérées par la théorie de l'esprit. Selon Grice, le bon traitement de l'ironie est une tâche de théorie de l'esprit. Afin de comprendre l'intention ironique, il faut être capable de comprendre les intentions du locuteur qui veut prendre une certaine distance d'avec la vision d'une autre personne. L'ironie implique donc la théorie de l'esprit de deuxième ordre.

Même si nous y reviendrons plus tard, rappelons que la théorie de l'esprit peut être de premier ou de second ordre. Le premier ordre consiste à savoir ce qu'une personne autre que nous pense. La théorie de l'esprit de second ordre consiste à savoir ce qu'une personne pense qu'une tierce personne peut penser.

Un énoncé ironique est souvent ambigu puisque le locuteur veut transmettre l'opposé de ce qui est dit, par conséquent, il peut être mal compris. C'est pour cette raison que la bonne compréhension de l'ironie dépend de plusieurs facteurs : le degré d'incongruité entre le contexte et l'énoncé, la prosodie et les caractéristiques des personnages présentés (s'il s'agit d'une tâche.)

La prosodie inclut des variations dans le ton, l'intensité et le rythme pour affecter le sens voulu de ce qui est dit, sans toutefois altérer la structure de l'énoncé. Le changement du ton qui accompagne une phrase peut jouer définitivement sur le message compris.

Les indices non verbaux tels que les gestes et l'expression faciale sont également très importants dans la bonne compréhension de l'ironie.

Enfin, le type de relation entre les personnes semble primordial dans la compréhension des intentions ironiques : une forte amitié facilite évidemment la bonne utilisation et la bonne compréhension de l'ironie.

D'autres facteurs tels que la capacité à comprendre l'intention du locuteur, les connaissances partagées entre les interlocuteurs, les conventions sociales et les informations contextuelles peuvent aussi influencer la compréhension de l'intention ironique.

De nombreuses études ont prouvé que la population schizophrène présentait des difficultés dans la compréhension de ce type de langage de manière significative (M. Champagne-Lavau, et al., 2006; Drury, et al., 1998; Langdon, Coltheart, et al., 2002; Tenyi, Herold, Szili, & Trixler, 2002; Winner, Brownell, Happe, Blum, & Pincus, 1998).

Ces difficultés s'expliquent grandement par la nécessité d'utiliser des capacités de mentalisation plus sophistiquées pour résoudre des tâches d'ironie. Selon des études de Spitzer et al. les difficultés retrouvées dans ce type de tâches s'expliqueraient par des anomalies au niveau du traitement sémantique ainsi qu'un déficit au niveau de l'intégration contextuelle.

2.3 Actes de langage indirects

En général, un acte de langage ne se réduit pas uniquement à la transmission d'une information littérale ; en effet, il communique une intention de communication. Cette intention est le plus souvent implicite et nécessite la production d'inférences afin d'être bien comprise.

Cette compréhension implicite fait partie des actes de langage indirects (ALI). Dans ce domaine, la littérature et les études réalisées tendent à montrer que les patients schizophrènes présentent un déficit de compréhension implicite dans un contexte donné, tandis que la compréhension de ce qui est explicitement dit reste intacte.

L'immense proportion des actes de communication de la vie quotidienne nécessitant la production d'inférences dues aux contenus implicites ou aux énoncés non-littéraux, engendre de grosses difficultés communicationnelles sur les patients déficitaires.

Cette dimension pragmatique constitue un aspect primordial dans la caractérisation des troubles et de leur prise en charge dans la perspective d'une réhabilitation sociale.

3. Les aspects prosodiques

La composante prosodique de la communication réfère à l'ensemble des traitements cognitifs qui permettent d'exprimer ou de comprendre pleinement le message verbal à partir de l'utilisation des aspects suprasegmentaux de la parole : ceux-ci englobent, notamment, les variations de l'intonation, les pauses et les différences d'intensité vocale.

On distingue deux types de prosodies ; la prosodie linguistique et la prosodie émotionnelle.

La prosodie linguistique réunit trois phénomènes qui s'opèrent sur des segments distincts de l'énoncé : *l'accentuation lexicale*, qui s'opère sur la syllabe et permet de respecter les règles d'accentuation d'une langue ; *l'accentuation emphatique*, qui s'opère sur le mot et permet d'exprimer l'importance que le locuteur attribue à un élément du message ; et *l'intonation* qui opère sur la phrase et traduit la modalité de l'énoncé (déclarative, interrogative, exclamative...).

La prosodie émotionnelle, quant à elle, est marquée par l'intonation ; elle permet au locuteur d'exprimer ses émotions, ses sentiments par rapport à son message verbal.

3.1 Compréhension de la prosodie émotionnelle

Au niveau réceptif, il semblerait que les sujets schizophrènes aient des difficultés à percevoir les changements d'intonation du locuteur ; en effet, la littérature postule l'existence d'un trouble du décodage de la prosodie émotionnelle avec tout de même des difficultés à traiter la prosodie linguistique notamment l'intonation, mais à moindre mesure.

D'autre part, il est observable chez certains sujets, des difficultés à traiter des phrases impératives, celles-ci auraient tendance à être considérées comme des phrases affirmatives.

3.2 Aprosodie

Au niveau expressif, les patients schizophrènes peuvent présenter une dysprosodie, voire une aprosodie ;²¹ leurs contours intonatifs ne sont pas adaptés aux différents contextes, si bien que les émotions peuvent ne pas être perçues par l'interlocuteur.

Stein en 1993 a mis en exergue les incapacités des patients schizophrènes à exprimer leurs affects mais l'a différencié d'une absence d'affects.

²¹ COVINGTON et al, 2005

3.3 Pauses et hésitations

De plus, le discours schizophrène semble contenir plus de pauses et d'hésitations que le discours normal, il est également monotone avec des difficultés à moduler les intonations qu'elles soient émotionnelles ou linguistiques.²²

4. Les aspects discursifs

La question des particularités du discours des patients schizophrènes est de savoir si elles sont dues à un désordre de la pensée ou si elles sont de nature linguistique.

Selon les hypothèses de Frith, la schizophrénie serait le résultat d'un déficit de la conscience de soi et du self-monitoring.

Si cette hypothèse se révélait exacte, on peut s'attendre à de l'incohérence discursive mais pas nécessairement à un déficit proprement linguistique.²³

Selon des lignes chomskyennes, la compétence serait intacte dans la pathologie, tandis que la performance serait altérée. Il s'agirait donc d'un problème de désordre de la pensée, d'un dysfonctionnement du système exécutif, de l'auto-monitoring et non pas d'un réel déficit.

4.1 Au niveau expressif

Au niveau expressif, les patients schizophrènes ne respectent pas les règles du discours ou de la conversation, tant au niveau explicite qu'implicite.

La structure sémantique de surface à savoir la *cohésion*, est défaillante : les phrases ne doivent pas seulement respecter les règles de bonne formation grammaticale ou sémantique, elles ne doivent pas seulement être grammaticales ou acceptables, elles doivent s'inscrire dans le contexte où elles apparaissent. La notion de *cohésion*, peut être définie comme la propriété d'un ensemble dont toutes les parties sont intimement unies. Appliquée au texte, la cohésion détermine si une phrase bien formée est appropriée au contexte. Un discours respectera les conditions de la cohésion si toutes les phrases qui le composent sont chaque fois acceptées comme des suites possibles du contexte précédent.

A ce niveau, les patients utilisent mal les termes indexicaux (pronoms, déictiques, difficultés de reconnaître les référents), les connecteurs et la référence pronominale. Il y a donc une rupture de cohésion grammaticale et lexicale.

²² BERQUIN C. « Etude des troubles de la communication verbale chez des sujets atteints de schizophrénie ».

²³ N.FOUDON, A.REBOUL « Discours pathologiques : quatre études de cas ».

La structure sémantique profonde est appelée *cohérence*. Comme dit précédemment, la cohésion textuelle vérifie qu'une phrase est appropriée au contexte dans lequel elle est inscrite, la *cohérence* la complète au niveau de l'analyse pragmatique ; cette notion fait intervenir le contexte dans un sens plus large que la notion de cohésion. En effet, ce ne sont pas les éléments linguistiques du contexte qui sont envisagés, mais la situation extralinguistique ainsi que la proportion de connaissances du monde qui interviennent dans les enchaînements textuels.

A ce niveau, nous trouvons une rupture de la cohérence, à travers une raréfaction des conjonctions, un mésusage d'anaphore pragmatique et d'absence de références antérieures. Il y a également une perte de la hiérarchisation des propositions, un trouble de planification du discours ainsi qu'une perte de l'axe thématique.

Tout cela peut être dû à un déficit en théorie de l'esprit et notamment à une impossibilité d'effectuer des inférences ; (incapacité à inférer le savoir de l'interlocuteur) ce qui peut induire une utilisation inappropriée de certains termes, notamment ceux supposant que l'autre sait à quoi ce terme fait référence. Ainsi, dans la phrase « il est venu », le « il » ne peut se comprendre que si on a pris la peine de définir de qui il s'agit dans une phrase précédente. L'interlocuteur est donc supposé savoir de qui on parle au moment où survient ce « il ». Dans la schizophrénie, l'utilisation de la référence sous-tendue par de telles unités linguistiques est fréquemment perturbée dans la mesure où rien dans le discours précédent ne permet de la préciser.

D'après Reoul et Moeschler, « la cohérence est le respect de l'organisation discursive des unités du discours dans une langue donnée. Elle dépend d'un jugement intuitif du locuteur sur l'appartenance ou non des règles à sa langue ; ce jugement est relatif à la compétence chomskyenne.²⁴ » La cohérence est donc le maintien de l'unité thématique du discours auquel chaque phrase, chaque idée contribue en étant reliée à ce qui précède et ce qui suit.

Pour Frith²⁵, la cause ultime des troubles de la communication dans la schizophrénie tient à l'échec du patient à inférer le savoir de son interlocuteur. Cet échec se manifeste au niveau pragmatique, à travers le non-respect des normes sociales conventionnelles, ou dans l'incapacité à ajuster son propre discours à la compréhension de l'auditeur. (par impossibilité à découvrir quelles informations il faudrait ajouter).

Selon Georgieff, l'incohérence et la désorganisation du discours schizophrène est en partie responsable de la « bizarrerie » des patients. D'après lui, l'incohérence est due au relâchement des associations et des représentations mentales. Tout comme la pensée, le discours peut révéler parfois des associations par assonances ou par

²⁴ REBOUL A., MOESCHLER J., « Pragmatique du discours : De l'interprétation de l'énoncé à l'interprétation du discours »

²⁵ LEROY F., BEAUNE D., « Langage et schizophrénie : l'intention en question »

dérivation sémantique, de plus, les néologismes rendent le discours incompréhensible ou inintelligible notamment en phase délirante.

A l'extrême, la pensée et le discours se réduisent jusqu'à rendre le sujet mutique ou bien, le patient peut développer un jargon lorsque son discours devient complètement inintelligible.

4.2 Au niveau de la compréhension

Au niveau de la compréhension, nous avons vu que l'interprétation d'un énoncé ne dépendait pas uniquement de sa compréhension littérale, bien au contraire. Le décodage implicite d'un énoncé nécessite la production d'inférence, grâce à l'interprétation du contexte et de l'intention du locuteur. La littérature et les études ont déjà démontré que les patients schizophrènes présentaient un déficit dans la prise en compte du contexte, qu'il soit textuel ou situationnel, et cela provoquait une difficulté dans la production d'inférences ou des inférences erronées.

En 2008, E.BURNOTTE a montré dans son étude que les patients atteints de schizophrénie ont d'importantes difficultés à faire des inférences pragmatiques. Ces difficultés entravent leurs capacités de communication quotidienne.²⁶

²⁶ BURNOTTE E., « L'impact des symptômes de la schizophrénie sur la production d'inférences pragmatiques dans une perspective neuropsychologique ».

Partie III

DEFICITS INFLUANT SUR LA

COMMUNICATION DANS LA

SCHIZOPHRÉNIE

Il existe de nombreux facteurs qui entravent la bonne communication du sujet schizophrène, tels que les troubles cognitifs, les troubles des fonctions exécutives, ou encore une mauvaise utilisation de la théorie de l'esprit. Les patients, présentent, à différents degrés, des dysfonctionnements dans ces trois domaines qui se révèlent être un réel handicap pour leurs échanges sociaux.

Dans un premier temps, nous décrivons les atteintes du fonctionnement cognitif à travers l'attention et la mémoire.

Puis nous énoncerons les défaillances des fonctions exécutives et entre autres les troubles de l'inhibition et de la planification.

Enfin, nous nous pencherons sur les troubles de la théorie de l'esprit présents chez le patient schizophrène.

I. Les aspects cognitifs

1. Attention

Parmi les dysfonctionnements cognitifs, l'existence de troubles attentionnels chez les patients schizophrènes est connue depuis les premières descriptions de la démence précoce de Kraepelin ou de la schizophrénie de Bleuler. Depuis, différentes composantes attentionnelles ont pu être décrites et mises en relation avec les régions frontales. Chez les patients, une altération de l'attention sélective et soutenue a été mise en évidence lors de tâches de discrimination, de catégorisation ou encore de détection de signal, nécessitant de repérer un stimulus au sein de stimuli distracteurs. L'attention sélective fait intervenir deux types de mécanismes : ceux de sélection de l'information pertinente et ceux permettant l'inhibition d'une information non pertinente au sein de plusieurs informations. Parmi les tâches utilisées pour étudier ces fonctions attentionnelles, le Continuous Performance Test (CPT) et le test de Stroop (que nous décrivons par la suite à propos de l'inhibition) ont été les plus utilisés.

Le CPT consiste à détecter un stimulus cible au sein de séquences de stimuli présentés de manière brève : il s'agit donc d'éviter de répondre à des stimuli distracteurs. Au cours de cette tâche, les patients schizophrènes présentent des performances, nettement moins bonnes que les sujets sains. Les résultats les plus consistants des études en IRMf lors d'une tâche de CPT sont une diminution d'activation chez les patients par rapport aux contrôles, au niveau des régions frontales mais aussi des régions pariétales inférieures, temporales et des thalami. Ces diminutions d'activations pourraient être liées à une diminution des performances chez les patients.

Le déficit attentionnel peut être dû aux troubles du traitement de l'information contextuelle que rencontrent les patients schizophrènes. En effet, ils ont de nombreuses difficultés à exploiter les informations contextuelles, par exemple dans

la reconnaissance d'un stimulus. Se remémorer avoir vu quelqu'un quelques jours plus tôt en se rappelant le nom de la personne, son métier, les circonstances exactes de la rencontre témoigne des bonnes capacités de remémoration de l'information contextuelle. Si l'on ne se rappelle pas de tous les détails mais uniquement du visage de la personne, notre conduite sera bien plus déficitaire, témoignant d'un état de conscience perturbé. Le patient schizophrène est en permanence confronté à ce type d'état de conscience.²⁷

2. Mémoire

2.1. La mémoire de travail

La mémoire de travail est un système de capacité limitée, dont le contenu est continuellement mis à jour et qui permet le maintien actif et la manipulation d'informations (verbales, spatiales...). Elle est évaluée lors de tâches où le sujet doit maintenir et traiter simultanément différentes informations. On observe alors chez le patient schizophrène un déficit d'autant plus sévère que la charge cognitive de l'information est élevée.²⁸

2.2. La mémoire implicite

Lors de tâches mesurant la **mémoire implicite**, (le sujet est soumis à un apprentissage à son insu), les patients schizophrènes ont des performances de niveau équivalent à celui des témoins sains. L'acquisition ou la récupération d'information par exemple sont intactes dans des tâches d'apprentissage ne requérant pas d'intervention consciente de la part du patient.

2.3. La mémoire procédurale

La **mémoire procédurale** porte sur les habiletés motrices, les savoir-faire, les gestes habituels. C'est grâce à elle qu'on peut se souvenir comment exécuter une séquence de gestes. Elle est très fiable et conserve ses souvenirs même s'ils ne sont pas utilisés pendant plusieurs années. La mémoire procédurale est activée dans les actions que nous menons « en roue libre » : faire du vélo, allumer une cigarette pour les fumeurs, préparer un œuf à la coque, démarrer sa voiture...

²⁷ PERRETI C-S., MARTIN P., FERRERI F., « Schizophrénie et cognition »

²⁸ C-S PERETTI, P.MARTIN, F. FERRERI « Schizophrénie et cognition »

Cette mémoire est souvent évaluée par l'utilisation du dispositif de la Tour de Toronto. Elle est préservée chez les patients schizophrènes.²⁹

2.4. La mémoire épisodique

La mémoire épisodique permet l'encodage, le stockage et la récupération de souvenirs et des informations relatives à leur contexte spatiotemporel d'acquisition. Ce système mnésique est traditionnellement évalué à l'aide de tâches de mémorisation de listes de mots.

La performance des sujets schizophrènes est constamment perturbée dans les tâches qui mesurent la mémoire épisodique. Le rappel libre est davantage perturbé que le rappel indicé, lui-même davantage déficitaire que la reconnaissance.

²⁹ C-S PERETTI, P.MARTIN, F. FERRERI « Schizophrénie et cognition »

II. Les fonctions exécutives

1. Inhibition

L'inhibition définit la capacité du sujet à inhiber, à retenir, une réponse automatique, routinière mais pas nécessairement pertinente pour la tâche en cours. Selon Champagne-Lavau et al., l'inhibition « serait en effet le processus principal permettant de supprimer une interprétation saillante en faveur d'une autre interprétation, moins saillante mais plus appropriée en fonction du contexte. »³⁰ Ainsi, et nous le verrons dans la pragmatique, l'incapacité du sujet à inhiber le traitement automatique du sens littéral de l'information serait responsable du traitement systématiquement littéral même pour un énoncé devant être pris au sens figuré.

La littérature s'accorde sur deux tests qui permettraient de tester l'inhibition des patients schizophrènes : il s'agit du test de Stroop pour les informations visuelles, et le test de Hayling pour les informations verbales.

Le test de Stroop évalue la capacité à inhiber le processus automatique de lecture au profit de celui, moins automatique, de dénomination ; il propose des cartes où chaque nom de couleur peut être imprimé en une autre couleur. On demande au sujet de nommer les couleurs d'impression du mot tout en évitant de lire le mot. Un grand nombre d'études a montré une altération des performances à ce test chez les patients schizophrènes par rapport aux sujets sains.³¹



³⁰ CHAMPAGNE-LAVAU M., STIP E., JOANETTE Y. « Social cognition deficit in schizophrenia : accounting for pragmatic deficits in communication abilities », 2006

³¹ DOLLFUS S., DELAMILLIEURE P., RAZAFIMANDIMBY A., LECARDEUR L., MAIZA O., LEBAIN P. « Apport de l'imagerie cérébrale dans la schizophrénie pour une meilleure compréhension des déficits cognitifs et de la physiopathologie de cette affection »

Le test de Hayling comporte deux parties au cours desquelles l'examineur lit quinze phrases, dont il manque le dernier mot, au patients. Dans ces deux parties, le patient doit proposer un mot pour compléter la phrase.

Dans la première partie, appelée *initiation*, le sujet doit compléter la phrase par le mot le plus adapté, en sachant que cette phrase ne peut être terminée que par un seul mot : la neige est de couleur... « blanche ».

Dans la seconde partie, appelée *inhibition*, le sujet doit proposer une réponse qui n'entretient aucun lien sémantique avec la phrase : quand ils se sont rencontrés ce fut le vrai coup de... « chat ». Le but de cette partie étant d'inhiber la réponse dominante.

Les études de E. SCOFFONI et A. VOIRON ont montré que les patients schizophrènes présentent à ce test des résultats significativement inférieurs aux sujets témoins et surtout lors de la seconde partie ; en effet, la condition inhibition a été difficilement respectée, tandis que la condition initiation ne présente pas de différence significative avec les résultats des sujets témoins.³²

2. Motivation

Le dictionnaire Larousse propose une définition assez évasive de ce qu'est la motivation : « ensemble des motifs qui expliquent un acte ».

Afin d'obtenir une définition plus précise, nous devons nous intéresser à des auteurs qui ont consacré leurs recherches à cette notion.

GARSKE, VALLERAND et THILL proposent : « le concept de motivation représente le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et persistance du comportement. »³³

En ce qui concerne la schizophrénie, grâce aux techniques d'imagerie fonctionnelle, des dysfonctionnements des régions frontales (surtout dans les symptômes négatifs), ont pu être mis en avant. Ces mauvais fonctionnements cérébraux entraîneraient l'apragmatisme, l'apathie, l'aboulie, la perte de l'élan vital ou encore la perte de la motivation.

La perte ou la diminution de la motivation, si elle est souvent difficile à mettre en évidence, va se traduire par une chute des performances dans de nombreuses tâches, posant alors le problème de sa spécificité. Les résultats publiés dans la littérature sont controversés en fonction des moyens utilisés par les auteurs pour augmenter le degré de motivation des patients.

Dans son mémoire de recherche, F.BERTRAND a démontré que les sujets schizophrènes souffrent de troubles cognitifs dont des troubles motivationnels.

³² SCOFFONI E., VOIRON A, « Evaluation des troubles de la communication dans la schizophrénie et rôle de l'orthophonie dans l'évaluation de ces troubles »

³³ R.VALLERAND, E.THILL., « Introduction à la psychologie de la motivation ».

Ses résultats mettent en exergue l'existence de troubles motivationnels compte tenu des performances obtenues aux tests de motivation, significativement plus basses que les sujets sains.³⁴

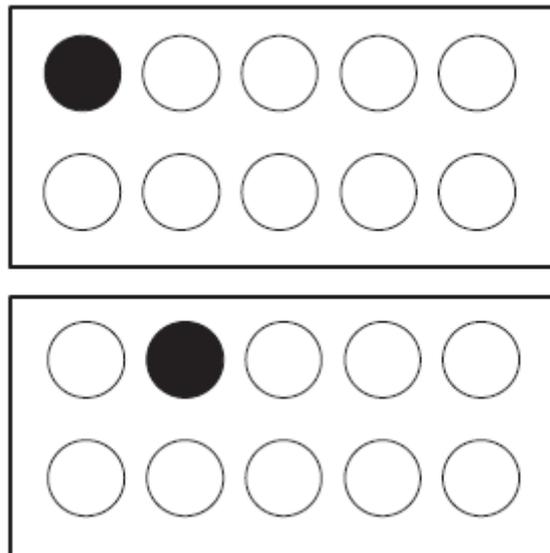
3. Anticipation

Afin de tester les capacités d'anticipation et notamment l'anticipation spatiale, les auteurs se sont accordés sur le test de Brixton ; ce test a été mis au point par Burgess et Shallice en 1997 ; il est composé d'un cahier de 56 pages sur lesquelles se trouvent deux rangées de cinq cercles. Sur chacune des pages, un des cercles est coloré en noir. La position du cercle noir change d'une page à l'autre. Ces changements de positions sont, à chaque fois, régis par des règles bien spécifiques qui varient sans avertissement.

Le sujet se voit présenter une page à la fois et doit, à partir des modèles de changement observés dans les pages précédentes, choisir la position du cercle qui, d'après lui, sera noir dans la prochaine page.

Lors de ses recherches, Emilie Boisseau³⁵ a pu observer que les patients schizophrènes obtenaient des résultats nettement inférieurs à ceux des sujets témoins et parfois même un grand pourcentage d'abandon à ce test.

**Anticipation spatiale
de Brixton, Shallice
(1997)**



³⁴ F.BERTRAND « La motivation chez le schizophrène ». 2006

³⁵ BOISSEAU E., « La théorie de l'esprit chez les schizophrènes paranoïdes »

4. Planification

Afin de tester les capacités de planification des patients schizophrènes, les auteurs se sont appuyés sur le Test de la Tour de Londres (Culberston et Zillimer, 2001) ; cette tâche, créée initialement pour tester les capacités de planification de tâches chez les patients atteints de lésion frontale, est un dérivé de la Tour de Hanoï.

Le sujet se voit présenter deux supports en bois identiques ; il s'agit de deux planches surmontées chacune de trois boules de couleurs différentes qui sont enfilées sur le support de départ et elles doivent occuper les mêmes positions que sur le support d'arrivée.

Le patient, afin d'y parvenir, doit prendre en considération quatre règles :

- Il ne peut prendre qu'une seule boule à la fois ;
- Chaque boule sortie doit être replacée avant d'en saisir une autre ;
- Il ne peut pas y avoir plus de boule sur une tige que la hauteur de cette tige (trois boules sur la grande, deux sur la moyenne, une sur la petite) ;
- Il doit faire le moins de déplacements possible.

Cette tâche est normalement réussie en cinq mouvements. Cependant, les patients schizophrènes présentent, selon la littérature, de grosses difficultés à effectuer le test des tours (qu'il s'agisse de la Tour de Londres, de Hanoï ou de Toronto). Ceux-ci font bien plus de mouvements que nécessaire ou échouent parfois totalement le test.

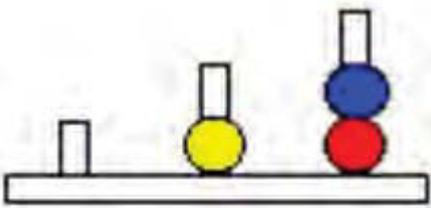
³⁶ Il y a chez eux un déficit dans la résolution de problèmes sans déficit dans l'apprentissage des habiletés.

Une autre étude a prouvé que les patients atteints de schizophrénie présentaient un déficit dans la planification de tâches, celle d'Emilie Boisseau montre que les patients testés consacraient peu de temps à la préparation des différentes étapes nécessaires à la résolution du test ; elle observe également qu'il leur fallait plus de temps de résolution ; elle en déduit donc que ces difficultés mettaient en exergue une impulsivité dans la manière d'agir, ainsi qu'un défaut de planification des étapes qui permettent d'atteindre un but.³⁷

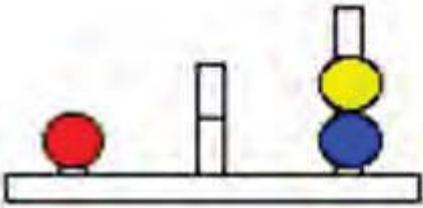
³⁶ SAOUD M., D'AMATO T., « La schizophrénie de l'adulte: des causes aux traitements »

³⁷ BOISSEAU E., « La théorie de l'esprit chez les schizophrènes paranoïdes »

Tour de Londres, Shallice (1982)



Départ



Arrivée

III. La théorie de l'esprit

1. Définition

La théorie de l'esprit désigne l'habileté à attribuer des états mentaux à soi-même et aux autres (connaissances, croyances, intentions, sentiments), en vue d'expliquer et de prédire les comportements. Elle permet donc de théoriser à propos du contenu de l'esprit d'une personne (ce qu'elle pense, ce qu'elle connaît, ce qu'elle ressent) de manière à pouvoir comprendre (elle a dit ou a fait ceci, car elle doit penser ou savoir cela) et même anticiper (si elle pense ou ressent ceci, elle réagira probablement comme cela) ses comportements. En retour, elle permet de guider nos comportements en interaction avec les autres, ainsi que de s'adapter à l'environnement social.

La recherche actuelle s'accorde à reconnaître la théorie de l'esprit comme une habileté spécifique, qui se développe selon une séquence typique, qui est sous-tendue par un ensemble de régions cérébrales qui sollicite d'autres processus cognitifs et qui peut être affectée dans les troubles du développement, à la suite d'une lésion cérébrale acquise, dans les maladies neurologiques et psychiatriques, ou encore dans les maladies neurodégénératives.

Un déficit de la théorie de l'esprit est associé à des difficultés à attribuer des états mentaux aux autres et prédit des difficultés à interagir avec les autres, à comprendre l'environnement social, il est un réel frein à la communication.

Il existe quatre manières différentes de concevoir la notion de théorie de l'esprit :

- **La théorie de la théorie** ; cette conception fait appel à un recours à une théorie implicite. Cette théorie implicite porte sur les rapports entre les contenus mentaux et le comportement, et constitue la *folk psychology*, c'est-à-dire une psychologie spontanée dont chacun dispose et fait usage. Ici l'enfant agit en quelque sorte comme un « petit scientifique » qui, sur la base d'observations dans son environnement social, émet des hypothèses, en déduit des règles ou des principes qu'il utilise pour se représenter les états mentaux des autres. C'est en fait par **expérience** qu'on acquiert différents niveaux d'habiletés de représentation permettant de raisonner à propos des états mentaux d'autrui ;³⁸
- **La théorie de la simulation** ; celle-ci rend compte de notre compréhension sociale par un processus de simulation imaginaire. Il s'agit d'une sorte de pensée analogique qui procède de la façon suivante : on agirait comme autrui le fait pour réaliser telle intention, pour satisfaire tel désir et en fonction de telle ou telle croyance, et on projette sur l'autre ces contenus mentaux.³⁹ Cette théorie a d'autre part, reçu un appui de taille depuis la découverte des neurones miroirs⁴⁰. Ceux-ci s'activent autant

³⁸ PERNER(1991), GOPNIK & MELTZOFF (1997)

³⁹ DAVIES M., STONE T. (eds.), 1995, « *Folk Psychology: The Theory of Mind Debate* »,

⁴⁰ GALLESE V., GOLDMAN, A.I. (1998). « Mirror neurons and the simulation theory. »

durant l'expression d'un mouvement effectué par soi-même que durant l'observation de ce même mouvement effectué par une autre personne. Il a alors été suggéré que la théorie de l'esprit ait pu évoluer à partir des neurones miroirs. Le mécanisme fondamental, qui permet de saisir l'expérience directe de l'esprit des autres, ne résulte pas d'un raisonnement conceptuel, mais d'une simulation directe des événements observés par le mécanisme des neurones miroirs.

Toutefois, l'argument de l'erreur vient jeter de l'ombre à cette théorie. Selon ce nouvel argument, les erreurs d'attribution commises par les gens ne sont pas en rapport avec une théorie de la simulation. Par exemple, les gens attribuent indûment leurs propres connaissances ou désirs aux autres. Il n'y a donc pas simulation, mais déploiement d'une théorie intuitive (naïve) pour se représenter le fonctionnement de l'esprit de l'autre.

- **La théorie du module**⁴¹ ; selon cette notion, la théorie de l'esprit dépend de la maturation neurologique des structures cérébrales : il existe dans le cerveau, au même titre que les autres fonctions cognitives, un module (ou mécanisme) spécifique dédié à la représentation des états mentaux. Ce module intervient pour sélectionner l'information la plus pertinente en fonction du contexte permettant de faire des inférences sociales.
- **La théorie des mécanismes généraux**⁴² ; Selon elle la théorie de l'esprit dépend de l'interaction d'habiletés cognitives plus générales, impliquant des mécanismes de « bas niveau » et de « haut niveau ». Les mécanismes de « bas niveau » (ex. : détection du regard, traitement de la voix, reconnaissance des émotions, détection des buts) sont nécessaires pour se représenter les informations sociales. Ils sont des précurseurs de la théorie de l'esprit, mais ne sont pas suffisamment sophistiqués pour se représenter les états mentaux. Les mécanismes de « haut niveau » (ex. : fonctions exécutives, langage) permettent, quant à eux, d'utiliser les informations sociales afin de se représenter les états mentaux. Selon cette théorie, la théorie du module est inutile puisqu'il n'y a pas d'évidence dans la littérature de « déficit pur » de la théorie de l'esprit, indépendamment d'autres déficits dans les mécanismes de « bas et de haut niveaux ».

⁴¹ SCHOLL, B. J., LESLIE, A. M. (1999). « Modularity, Development and 'Theory of Mind. »

⁴² STONE V.E., GERRANS, P., « What's domain--specific about theory of mind? »

2. Histoire

L'expression théorie de l'esprit a été introduite pour la première fois par Premack et Woodruff dans une étude intitulée « Does the Chimpanzee Have a Theory of Mind ». ⁴³ Dans cette étude, un chimpanzé devait regarder une série de vidéos d'un humain face à différents problèmes (ex : atteindre de la nourriture, se sortir d'une cage). Le chimpanzé devait ensuite choisir, parmi plusieurs photos, celle représentant la solution que l'humain aurait choisie pour résoudre ces problèmes (ex : utiliser un bâton pour atteindre la nourriture, se servir d'une clé pour ouvrir la cage). La réussite à la résolution de ces problèmes a été interprétée comme la démonstration que le chimpanzé comprenait les intentions de l'humain, qu'il pouvait lui attribuer des états mentaux, ce qui lui avait permis de prédire son comportement. Le chimpanzé avait donc une théorie de l'esprit.

Plus tard, Baron-Cohen, Leslie et Frith (1985) ont repris l'expression théorie de l'esprit dans une étude intitulée « Does the Autistic Child Have a Theory of Mind » ⁴⁴. Dans cette étude, des enfants autistes, des enfants trisomiques et des enfants normaux, devaient regarder le scénario des poupées Sally et Anne. Dans ce scénario, Sally et Anne sont dans une pièce. Sally place, à la vue d'Anne, une bille dans un panier et quitte la pièce. À l'insu de Sally, Anne transfère la bille dans une boîte. Sally revient dans la pièce et cherche sa bille. Où ira-t-elle chercher sa bille ? L'échec à cette question par les enfants autistes uniquement a été interprété comme la démonstration que cette population ne comprenait pas que différentes personnes pouvaient avoir différentes croyances à propos d'une situation. Les enfants autistes avaient donc un déficit de la théorie de l'esprit, indépendant du fonctionnement intellectuel.

À la suite de cette étude, la théorie de l'esprit a reçu beaucoup d'attention, car elle avait le potentiel d'expliquer les symptômes de l'autisme. Aussi, cela a-t-il permis de faire d'importantes percées dans la compréhension des troubles envahissants du développement, mais aussi dans la compréhension d'autres psychopathologies se manifestant par des difficultés sociales. Notamment, Frith (1992) a popularisé la théorie de l'esprit chez les schizophrènes dans un livre intitulé « The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia » ⁴⁵. Dans ce livre, il a avancé l'hypothèse qu'un déficit de la théorie de l'esprit, ou ce que lui appelle la métareprésentation, pouvait être à l'origine des symptômes schizophréniques. La théorie de l'esprit chez les schizophrènes est donc actuellement un sujet d'intérêt majeur.

⁴³ D.PREMACK, G.WOODRUFF « Does the chimpanzee have a theory of mind ? » 1978

⁴⁴ BARON COHEN S., LESLIE AM., FRITH U., « Does the autistic child have a theory of mind ? »

⁴⁵ CD.FRITH, « the cognitive neuropsychology of schizophrenia, 1992

3. Développement

Chez les enfants, le développement normal de la théorie de l'esprit est ponctué par l'acquisition graduelle d'une séquence typique d'habiletés. Elles se manifestent entre la naissance et l'âge de deux ans par l'attention conjointe, le pointage protodéclaratif⁴⁶ et le jeu symbolique⁴⁷. Dans l'attention conjointe, l'enfant se forme une représentation triadique entre lui, une autre personne et un objet. Il comprend qu'une autre personne peut voir ce que lui aussi est en train de voir. Dans le pointage protodéclaratif, l'enfant comprend qu'il peut pointer un objet pour l'obtenir ou pour attirer l'attention d'une autre personne envers cet objet. Dans le jeu symbolique, l'enfant fait la distinction entre la réalité et le faire semblant. Il peut employer un objet comme une représentation symbolique de quelque chose d'autre, c'est-à-dire, une représentation « découplée » de la réalité.

À partir de deux ou trois ans, l'enfant commence à avoir une compréhension des états mentaux des autres⁴⁸. Avant tout, il comprend qu'une autre personne peut avoir des désirs différents des siens. Ensuite, il comprend qu'une autre personne peut avoir des croyances différentes des siennes et que cette autre personne peut agir en fonction de ces croyances différentes. C'est vers quatre ou cinq ans qu'on peut dire que l'enfant acquiert réellement une théorie de l'esprit, lorsqu'il reconnaît qu'une autre personne peut avoir une fausse croyance de la réalité et ainsi réussir des tests de fausses croyances de premier niveau (Wimmer et Perner, 1983). Entre six et sept ans, l'enfant conçoit qu'une autre personne peut avoir des croyances à propos d'une tierce personne. Il peut alors réussir les tests de fausses croyances de deuxième niveau (Perner et Wimmer, 1985) et les tests d'ironie (Happé, 1993). Enfin, c'est entre neuf et onze ans que l'enfant appréhende les faux pas (Baron-Cohen et al., 1997).

Il y a peu de données sur l'évolution de la théorie de l'esprit après cet âge. En se basant sur la complexité et la subtilité des tests de théorie de l'esprit présentés aux adultes, il est permis de penser que celle-ci poursuit son développement au fil de l'adolescence et continue de s'améliorer à l'âge adulte. Toutefois, son déclin est observable dans le vieillissement (German et Hehman, 2006, Slessor et al., 2007, Pardini et Nichelli, 2008).

⁴⁶ BARON COHEN, 1995

⁴⁷ LESLIE, 1987

⁴⁸ WELLMAN H-M., LIU D., « Scaling of theory of mind tasks »

4. Prémices d'une hypothèse d'un déficit en théorie de l'esprit dans la schizophrénie

C'est à la suite des recherches concernant l'implication de la théorie de l'esprit dans la psychopathologie autistique que vont émerger les premières hypothèses d'un tel déficit dans la schizophrénie. Certains auteurs vont, en effet, considérer que les troubles de la communication rencontrés dans la schizophrénie peuvent être compris comme un déficit en théorie de l'esprit.

Les pionniers de cette nouvelle supposition, furent C. et U. Frith dans un article où sont mises en avant les similitudes entre certains symptômes autistiques et certains symptômes schizophréniques.

A partir de cette hypothèse, C. Frith va réétudier la symptomatologie schizophrénique et proposer de la séparer en deux entités syndromiques principales. Dans cette nouvelle approche, les troubles d'attribution d'états mentaux à autrui seraient responsables des idées délirantes de persécution et de référence, les troubles de la reconnaissance de ses propres états mentaux, quant à eux, seraient responsables des idées délirantes de passivité et d'influence ainsi que des hallucinations acoustico-verbales.

Cependant, cette atteinte serait transitoire, présente lors des périodes de recrudescence psychotique, et non pas permanente.

En parallèle à cela, les recherches en psychologie du développement vont montrer expérimentalement qu'il peut exister des situations, soit au cours du développement, soit du fait de la pathologie, où l'on peut observer une inaptitude à reconnaître ses propres états mentaux.

Afin de valider les hypothèses fondées sur le déficit d'attribution d'états mentaux, de nouvelles tâches vont être mises en place et proposées à des groupes de patients schizophrènes dont les symptômes diffèrent. Il va donc être ainsi démontré que certains patients réussissent une tâche mettant en jeu des fonctions d'attribution d'états mentaux, tandis que d'autres échouent. Des auteurs reprenant les hypothèses de Frith vont donc montrer que les patients présentant des idées délirantes de persécution et de références vont présenter des résultats significativement altérés par rapport à d'autres patients schizophrènes lorsqu'il leur est demandé d'inférer l'état mental d'un personnage.

Cependant, d'autres auteurs s'appuyant sur un modèle différent de celui de Frith vont considérer que le déficit d'attribution d'états mentaux à autrui est en lien, non pas avec la présence d'idées délirantes de persécution, mais avec la présence d'un syndrome de désorganisation des processus de pensée. Tel est le cas de Sarfati, qui va montrer que les patients désorganisés et seulement eux, présentent des résultats altérés à une tâche d'attribution d'états mentaux à un personnage.

Cela illustre parfaitement l'hétérogénéité des études effectuées à ce jour sur ce déficit, la littérature restant encore très incertaine à ce sujet. Nous traiterons ce sujet plus en profondeur dans un chapitre dédié entièrement à cette hétérogénéité.

5. Evaluation

Les habiletés en théorie de l'esprit peuvent être testées de différentes manières : la littérature décrit de nombreux tests couramment utilisés ; parmi ceux-ci, nous retrouvons les tests de fausses croyances de premier niveau ainsi que ceux de deuxième niveau ; nous considérons qu'une personne possède une théorie de l'esprit lorsqu'elle réussit des tests de faux pas, de sous-entendus, ou encore de sarcasmes et d'ironie.

Les fausses croyances de premier niveau nécessitent de comprendre qu'une personne peut avoir une fausse croyance de la réalité (Happé et al., 1994, Frith et Corcoran, 1996).

Exemple de fausse croyance de premier niveau de Corcoran : *Jean a cinq cigarettes dans son paquet. Il le met sur la table et quitte la pièce. Jane entre dans la pièce et prend une des cigarettes de Jean.*

QUESTION: Quand Jean revient chercher son paquet, combien de cigarettes pense-t-il avoir ? Pour répondre à cette question, le sujet doit inférer que Jean ne sait pas que Jane a pris une de ses cigarettes. Jean pense que son paquet contient toujours cinq cigarettes.

Afin de réussir un test de fausses croyances de deuxième niveau, il faut être en mesure de comprendre ce qu'une personne pense à propos des pensées d'une autre personne. (Happé et al., 1994, Frith et Corcoran, 1996).

Exemple de fausse croyance deuxième niveau de Corcoran :

Jean a cinq cigarettes dans son paquet. Il le met sur la table et quitte la pièce. Jane entre dans la pièce et prend une des cigarettes de Jean. Jean qui n'est pas loin aperçoit Jane lui prendre une cigarette.

QUESTION: Selon Jane, combien de cigarettes Jean pense-t-il avoir? Pour répondre à cette question, le sujet doit inférer ce que Jane pense à propos de ce que Jean pense. Jane ne sait pas que Jean l'a vue. Elle pense qu'il croit avoir cinq cigarettes.

Les tests de faux pas consistent à prendre conscience qu'une personne peut accidentellement blesser une autre personne verbalement (Baron-Cohen et al. 1997, Stone et al, 1998).

Exemple du test des faux pas de Stone et al. :

Le mari d'Hélène organise une surprise pour son anniversaire. Il invite Sarah, une amie d'Hélène, et lui demande de garder le secret. La veille de la surprise d'anniversaire, Hélène est chez Sarah. Sarah renverse du café sur sa nouvelle robe et dit: « Oh non, je voulais la porter pour ta surprise! » « Quelle surprise? » demande Hélène.

Quelqu'un a-t'il dit quelque chose qu'il ne fallait pas dire ?

Les sous-entendus nécessitent de comprendre les intentions réelles d'une personne qui s'exprime de façon indirecte. (Corcoran et al. 1995)

Exemple du test des sous-entendus de Corcoran :

Paul doit se rendre à une entrevue et il n'est toujours pas prêt. Pendant qu'il nettoie ses souliers, il dit à sa femme: « Je voudrais mettre ma chemise bleue, mais elle est froissée. »

QUESTION : Qu'est-ce que Paul veut vraiment dire lorsqu'il dit ça?

En ce qui concerne les tests sur les sarcasmes ou l'ironie, ils requièrent de comprendre l'intention ou l'émotion d'une personne qui dit le contraire de ce qu'elle pense (Happé et al., 1993...)

D'autre part, les habiletés en théorie de l'esprit peuvent être testées grâce à des tâches nécessitant d'inférer les états mentaux d'autrui notamment à partir d'histoires (Happé et al., 1998), ou de dessins (Sarfati et al., 1997). Il existe également des tests de reconnaissance d'états mentaux complexes et d'animation de formes géométriques.

Les premiers tests d'inférences d'états mentaux, que ce soit à partir d'histoires ou de dessins, impliquent de pouvoir expliquer des situations sociales présentées verbalement ou en images. Ils nécessitent une identification d'un état mental à partir d'une photo des yeux de la personne.

Enfin, le test d'animation des formes géométriques demande de décrire correctement les mouvements de formes géométriques dans différentes conditions, faisant appel ou non à des états mentaux.

6. Théorie de l'esprit et fonctions exécutives

Aujourd'hui, la littérature se consacre à regrouper les études consacrées à la théorie de l'esprit selon différentes perspectives théoriques : elle renvoie principalement à différentes questions telles que :

- A quel niveau de conscience se situe la théorie de l'esprit ?
- S'agit-il d'un processus général ou spécifique ?
- Existe-il des liens entre la théorie de l'esprit et les fonctions exécutives ?

Vuadens, en 2005, propose une catégorisation des niveaux de conscience qui assurent notre survie et nos interactions sociales. Ils sont, selon lui, au nombre de trois.

- La conscience en tant qu'état d'éveil, d'alerte ;
- La conscience de soi ; elle permet à l'individu de se connaître en tant que tel. Une anosognosie est une atteinte de cette conscience, les patients ont alors perdu certaines « connaissances » de leurs propres capacités ;

-
- Enfin, la conscience en tant qu'esprit, celle-ci nous permet d'être conscient qu'il existe d'autres consciences chez autrui, et que celles-ci peuvent être différentes de la notre. Cela est également appelé théorie de l'esprit. Il s'agit d'une conscience d'un niveau supérieur de la conscience de soi qui nous permet d'avoir conscience des autres.

Pour d'autres auteurs comme Stuss et Anderson (2004), il existe un lien étroit entre conscience de soi, théorie de l'esprit et fonctions exécutives. Selon eux, sans la compétence de conscience d'autrui, le monde ne peut pas être interprété correctement et des erreurs de jugement social peuvent apparaître. Cette description renvoie donc à la théorie de l'esprit.

Tout comme ces auteurs, d'autres ont également fortement suggéré que la théorie de l'esprit était liée au fonctionnement exécutif (Frye et al., 1996; Ozonoff et al., 1991; Perner et Lang, 1999; Carlson et al., 2004). Toutefois, de plus en plus d'arguments tendent à infirmer cette hypothèse et postulent que la TDE correspond à un module cognitif indépendant reposant sur un substrat anatomique singulier (Happé et al., 1999; 2001; Fine et al., 2001; Lough et al., 2001; Rowe et al., 2001; Morris et al., 2003; Bird et al., 2004). Actuellement, l'hypothèse d'un mécanisme indépendant reposant sur des réseaux anatomiques dédiés, impliquant spécifiquement la TDE, n'est pas encore élucidé et reste encore sujet à controverse.

Nous pouvons alors nous demander si la théorie de l'esprit fait partie d'un processus général ou bien d'un processus spécifique ?

C'est en 1983 que Fodor définit le module cognitif comme « un système spécifique, permettant de produire des inférences, basé sur une région neuro-anatomique précise et distincte qui n'accède qu'à des informations nécessaires à son fonctionnement et reste indépendant des systèmes centraux diffus gouvernant les fonctions cognitives supérieures. » Selon lui, donc, si l'on considère que la théorie de l'esprit fait partie d'un processus spécifique, nous devrions en observer les déficits dans un fonctionnement intact des autres régions, comme dans les aphasies, ou bien elle devrait rester intacte en dépit de défaillances intellectuelles sévères...

Cette hypothèse selon laquelle la théorie de l'esprit est un module cognitif indépendant s'appuie sur plusieurs études :

- Tout d'abord, des études ont montré un déficit en théorie de l'esprit chez des patients présentant une atteinte hémisphérique droite (Happé et al., 1999), une chirurgie du lobe frontal (Happé et al., 2001), une démence fronto-temporale (Gregory et al., 2002), ou encore des patients cérébro-lésés droits (Martin, MacDonald, 2003).
- D'autres études ont pu démontrer qu'il existait un déficit bien spécifique en théorie de l'esprit parallèlement à d'autres fonctionnements relativement intacts dans des pathologies développementales telles que l'autisme. Des auteurs comme Baron-Cohen et al., ont prouvé qu'il existait chez des autistes présentant un syndrome d'Asperger, un déficit en théorie de l'esprit en présence d'un niveau d'intelligence normal ; et à l'inverse, une théorie de l'esprit intacte en présence d'un déficit intellectuel.

Il a été également démontré que la théorie de l'esprit se développait lors de l'enfance, en série de niveaux se complexifiant. Ces niveaux seraient universels, et apparaîtraient aux mêmes moments de vie (Happé et al., 2001; Lough et al., 2001; Cermolacce et Naudin). Le niveau de développement semble indépendant du niveau d'intelligence et aurait une composante génétique indépendante du niveau et du développement verbal (Hughes et Cutting, 1999).

Cependant, certains auteurs ne sont pas en faveur de ces arguments proposant un processus indépendant et prônent que la théorie de l'esprit entretient des liens étroits avec les processus exécutifs.

Il y eut notamment d'autres recherches effectuées sur les patients autistes (Ozonoff et al., 1991, Zelazo et al.1996), qui ont prouvé que chez ces sujets, les déficits en théorie de l'esprit seraient causés par des déficits généraux de raisonnement et de l'application d'une stratégie. Des adultes ayant un syndrome de Down, auraient de moins bonnes performances que des enfants normaux lors de plusieurs tâches de théorie de l'esprit et ces performances sont corrélées à un test de flexibilité mentale.

Ainsi, la conclusion reste incertaine quant à l'indépendance ou non des processus de théorie de l'esprit.

Nous pouvons alors nous demander quels sont ces liens entre la théorie de l'esprit et les fonctions exécutives ?

La littérature actuelle s'accorde à dire que l'émergence de hauts niveaux de conscience (conscience de soi et théorie de l'esprit) serait associée au développement des niveaux exécutifs et notamment le contrôle inhibiteur, le raisonnement, la flexibilité mentale et la mémoire de travail. Toutefois, encore une fois, les données actuelles concernant ce lien hypothétique entre la théorie de l'esprit et les fonctions exécutives restent incertaines et le consensus n'a pas encore été trouvé. Il existe bien évidemment une atteinte de ces niveaux et ceux-ci peuvent très bien coexister, mais ils ne sont pas nécessairement dépendants les uns des autres.

Nous trouvons donc, dans la littérature contemporaine, deux hypothèses distinctes : Celle qui prône l'indépendance fonctionnelle entre la théorie de l'esprit et le fonctionnement exécutif, et celle qui prône un lien entre ces deux niveaux.

6.1 Hypothèse d'une indépendance de la théorie de l'esprit

D'un point de vue cérébral, les études des imageries ne prouvent pas le fait que les tâches de théorie de l'esprit impliquent des niveaux de résolution de problème comparables à ceux requis en tâche d'évaluation des fonctions exécutives ; en effet, les premières, impliqueraient des régions antérieures comme le cortex paracingulaire antérieur (CPCA), tandis que les secondes impliqueraient des régions antérieures également mais plutôt le cingulaire antérieur (CCA).

D'un point de vue lésionnel, les études vont dans le sens d'une séparation entre tâche exécutives et tâches impliquant la théorie de l'esprit. Ainsi, il a été démontré que des patients pouvant être très dysexécutifs pouvaient rester performants en tâches d'attribution d'états mentaux. (Varley et al., 2001, Tager-Flusberg et al. 1997).

A l'inverse, des auteurs tels que Fine et al. (2001), ont observé chez un patient schizophrène un déficit en tâche de théorie de l'esprit tandis que les tâches évaluant les fonctions exécutives étaient réussies.

Ces différents travaux tendent à montrer que le dysfonctionnement d'un de ces deux processus semblent indépendant de toutes autres atteintes. Ainsi, pour des auteurs comme Frith, la théorie de l'esprit renvoie à un domaine bien spécifique reposant sur un substrat anatomique précis. Ceci allant dans le sens de l'hypothèse de l'indépendance de la théorie de l'esprit par rapport aux fonctions exécutives.

Toutefois, d'autres études ont remis en cause cette hypothèse et ont pu également prouver que théorie de l'esprit et fonctionnement exécutif était fortement liés.

6.2 Hypothèse d'un lien entre théorie de l'esprit et fonctions exécutives

Certains auteurs partent du principe que la résolution de tâches impliquant la théorie de l'esprit s'appuierait sur une analyse logique de la situation, tout comme les tâches exécutives. Reconnaître les états mentaux d'autrui relèverait des fonctions cognitives et plus précisément des fonctions exécutives. Ces auteurs font l'hypothèse que la théorie de l'esprit se développe en parallèle d'autres compétences cognitives comme la mémoire de travail ou les fonctions exécutives (Perner, 1998; Perner et Lang, 2000; Carlson et Moses, 2001; Carlson et al., 2002). Nous pouvons rappeler que la théorie de l'esprit nous permet de reconnaître nos propres états mentaux mais également ceux d'autrui. Afin d'exécuter une tâche de théorie de l'esprit nous devons avant tout contrôler nos propres états mentaux.

Des auteurs comme Ozonoff et al. s'accordent à dire que le développement de la théorie de l'esprit est sous-tendu par celui des fonctions exécutives chez l'enfant. Ainsi, la reconnaissance des croyances ou des états mentaux d'autrui requiert un

fonctionnement exécutif développé. Ils postulent que la théorie de l'esprit serait secondaire au système exécutif.

Des recherches récemment effectuées par Pellicano auprès d'enfants autistes et enfants contrôles ont montré des corrélations entre les performances en théorie de l'esprit et variables exécutives telles que l'inhibition, la flexibilité mentale ou encore la planification.

Dans cette étude, nous pouvons observer une théorie de l'esprit déficitaire face à un fonctionnement exécutif préservé mais nous n'observons pas la réciproque, à savoir, une théorie de l'esprit préservée face à un fonctionnement exécutif déficitaire. Cela pouvant être un apport à l'hypothèse d'un lien entre ces deux processus. Toutefois, l'absence d'une réciprocité n'étaye pas entièrement cette hypothèse.

Il existe dans la littérature une autre position : celle soutenue par Leslie et al., qui insiste sur la contribution perpétuelle des fonctions exécutives dans la théorie de l'esprit. Ils partent du principe qu'à la base, le niveau de théorie de l'esprit reste archaïque et n'évolue que lorsque le fonctionnement exécutif se développe, permettant ainsi la compréhension de situations sociales plus complexes (1^{er} ordre et 2^{ème} ordre). Ainsi, un dysfonctionnement des fonctions exécutives liées par exemple à des lésions cérébrales, contribuera à une réduction des performances de la théorie de l'esprit.

Les hypothèses restent donc de nos jours indécises et multiples. Peut-être est-ce dû au fait que les tâches employées utilisent la plupart du temps les deux composantes et ne sont pas réellement pures.

7. Le modèle de Christopher Frith

Selon Frith, les déficits dans la métareprésentation (théorie de l'esprit) seraient causés par les déficits de self-monitoring, de conscience de soi. « Les métareprésentation sont en quelque sorte le produit cognitif du système du self-monitoring. » Le système de self-monitoring servirait à surveiller les intentions et fonctionnerait à l'arrière-plan des autres processus cognitifs. Selon l'auteur, ce système permet de prendre conscience des buts ou intentions de soi et d'autrui et d'agir ainsi en conséquence.

En se basant sur le dysfonctionnement du système de self-monitoring, Frith tente d'expliquer certains symptômes de la schizophrénie ; en commençant par des troubles de l'action volontaire qui seraient causés par une dysfonction de la conscience de ses propres buts.

La littérature abonde de descriptions de cas de patients qui souffrent d'un appauvrissement langagier, moteur et affectif : les symptômes dits négatifs. Ainsi, un trouble du monitoring, ou de la conscience de ses propres buts causerait une perte de conscience de ceux-ci et donc une difficulté d'initiation de l'action.

De plus, une action initiée mais non consciente du but, se traduira en désorganisation, en comportements bizarres et inappropriés.

Les troubles du monitoring de ses propres buts et intention conduisent donc aux symptômes négatifs et de désorganisation.

Cependant, ils contribuent également à la symptomatologie positive : notamment au délire d'influence ; en effet, les patients schizophrènes, perdant l'impression subjective de conscience d'intentions, pensent que celles-ci sont occasionnées par une force extérieure.

« Les hallucinations auditives trouveraient une origine semblable par de simples pensées que la personne ne s'attribue plus et qu'elle perçoit comme étant de source extérieure. »⁴⁹

Le tableau suivant met en exergue les signes et symptômes majeurs de la schizophrénie et l'explication qu'en donne Frith dans son modèle représentationnel (1992).⁵⁰

Groupement de signes et symptômes	Signes et symptômes	Explication
<i>Signes négatifs</i>	<i>Retrait social Emoussement des affects</i>	<i>Défaut de représentations des états mentaux intentionnels</i>
<i>Signes positifs</i>	<i>Discours incohérent Désorganisation</i>	<i>Défaut de contrôle des buts de l'action</i>
<i>Signes positifs</i>	<i>Discours incohérent Affect inapproprié</i>	<i>Défaut de représentation des états mentaux d'autrui</i>
<i>Traits de passivité</i>	<i>Délire d'influence Hallucinations à la 2^{nde} personne</i>	<i>Défaut de contrôle des intentions d'actes</i>
<i>Symptômes paranoïdes</i>	<i>Délire de persécution Lecture des pensées</i>	<i>Défaut de représentation des intentions d'autrui</i>

⁴⁹ ROY M., ROY M-A., GRONDIN S., « Les perturbations de la conscience dans la schizophrénie : évaluation du modèle de Frith »

⁵⁰ CORCORAN R., « La théorie de l'esprit dans la schizophrénie »

Les signes comportementaux négatifs sont des manifestations qui peuvent être considérées comme des déficits comportementaux tels que le retrait social ou l'émoussement affectif. Selon Frith, ces symptômes seraient dus à un *défaut de représentation de l'action volontaire*, comme dit précédemment. Ce déficit affecterait tout comportement qui nécessite un effort, qu'il soit mental, ou physique et il inclut, la capacité d'inférer un état mental.

Les signes comportementaux positifs, sont considérés quant à eux, comme des aberrations du comportement telles que les affects incongrus ou la désorganisation du comportement. Selon Frith, cela résulterait *d'un défaut de contrôle de l'action volontaire* (monitoring). C'est pourquoi, le comportement verbal et non-verbal se désorganise, devient hors de propos, bizarre.

En ce qui concerne les symptômes, Frith soutient que les idées délirantes à propos des thèmes comme la croyance en des puissances supérieures ou des thèmes d'influence ou encore de persécution, seraient dûs à un défaut de contrôle des intentions. Les idées de persécution résulteraient d'une incapacité ou d'une difficulté à inférer correctement les intentions d'autrui.

L'auteur va encore plus loin en discriminant deux sortes d'hallucinations auditives ; en effet, celles dans lesquelles les voix parlent à la deuxième personne résulteraient d'un défaut de contrôle du langage intérieur ; tandis que les hallucinations où les voix parlent à la troisième personne, résulteraient, d'une certaine manière à un certain niveau de difficulté, de compréhension des états mentaux d'autrui.

C'est à partir de ce modèle, que des prédictions peuvent être faites lorsque des tests sont effectués sur des groupes hétérogènes de patients schizophrènes, à partir de leurs signes et symptômes prévalents. Nous pouvons donc dire que les patients présentant des signes négatifs auront plus de difficultés lorsqu'il s'agira de déterminer les intentions d'autrui ; ils seront suivis par ceux qui ont des signes positifs puis par ceux qui ont des idées délirantes paranoïdes. Les patients qui présentent seulement des idées de contrôle mais aucune idées délirantes paranoïdes ni signes comportementaux, n'auront pas de problème quant à l'inférence des intentions d'autrui, même avec des difficultés à inférer leurs propres états mentaux.

8. Hétérogénéité des études

La théorie de l'esprit doit son succès à son caractère opérationnalisable, c'est-à-dire se prêtant à l'expérimentation. Le consensus actuel s'accorde à dire que la psychopathologie schizophrénique présente si ce n'est une incapacité, en tout cas, une défaillance dans l'attribution d'états mentaux ; attribution gérée par la théorie de l'esprit.

Malgré ce consensus, la littérature relate de nombreuses études qui restent indécises. Cette hétérogénéité dans les résultats observés est due à plusieurs facteurs que nous allons décrire.

Tout d'abord, il existe un caractère disparate des tâches de théorie de l'esprit entre elles du notamment à plusieurs arguments :

-
- Le premier, consiste à relever les résultats des études qui utilisent plusieurs tâches concomitamment, en comparant un même groupe de patients. Il en ressort qu'à l'exception de deux de ces études (Stephenson et coll., 1996 et Corcoran et Frith, 2003), ces études (Drury et coll., 1998 ; Langdon et coll., 1997 ; Pilowsky et coll., 2001 ; Hérold et coll., 2002) n'obtiennent pas les résultats comparables à ce que nous étions en droit d'attendre : plusieurs tâches ne montrent pas de relation entre elles, alors qu'elles sont, sur un plan théorique, censées refléter la même fonction. Même si nous retrouvons des corrélations, elles ne sont pas présentes pour toutes les tâches ; en effet, nous les retrouvons essentiellement dans les tâches de fausses croyances, d'ironie, de métaphores et d'intention implicite (hinting task).
 - Une étude menée par Y. Sarfati et son équipe a prouvé qu'en changeant une seule variable d'une tâche de théorie de l'esprit, (à savoir la forme du carton de réponse, soit en texte, soit en image) les résultats s'amélioreraient grâce à la version texte chez un groupe de patients bien spécifique : les patients qui présentaient une maladie d'évolution récente. (Sarfati et coll., 1999). Au-delà de cette donnée expérimentale, ce travail confirme qu'un simple changement, même minime, modifie les performances des patients et dispense d'une interprétation trop rapide et d'une comparaison directe des tâches entre elles.
 - D'autres études ont pu prouver que la difficulté des tâches souvent due à leur forte charge mnésique et au quotient intellectuel des patients ne permettait pas de montrer des différences dans le domaine de la théorie de l'esprit. Ce fut le cas pour les tâches de fausses croyances dans les études de Doody et al., (1998) où 55,6% des patients ont échoué, ainsi que dans l'étude de Corcoran et Frith, (2003), pour la question de tromperie de second ordre, où 85,6% des patients ont échoué.⁵¹

D'autre part, un groupe test trop restreint peut-être à l'origine de résultats discutables quant à la défaillance ou non de la théorie de l'esprit. En 2010, lors de leurs recherches sur la schizophrénie et ses troubles de la communication, E. Scoffoni et A. Voiron, n'ont trouvé aucune différence significative entre le groupe contrôle et les patients schizophrènes lors de la tâche d'attribution d'états mentaux de Sarfati.⁵² Cependant, les patients testés étant au nombre de treize, cela peut sembler insuffisant pour une conclusion définitive.

Il semble important de citer un autre point : l'absence d'explication verbale chez des sujets présentant un trouble du langage ne signifie pas nécessairement une absence

⁵¹ SARFATI Y., « Théorie de l'esprit et schizophrénie »

⁵² E., VOIRON A, « Evaluation des troubles de la communication dans la schizophrénie et rôle de l'orthophonie dans l'évaluation de ces troubles »

de stratégie. L'équipe de Sarfati a exploré la relation entre troubles du langage et difficultés à attribuer des intentions à autrui (Sarfati et al., 1999). Leur protocole permettait de comparer les performances avec ou sans verbalisation supplémentaire décrivant les situations sociales présentées en bandes dessinées. Ainsi, l'importance de l'atteinte pragmatique du langage pouvait être mieux décrite dans des situations sociales ambiguës.

D'autres auteurs ont avancé l'hypothèse que les difficultés en théorie de l'esprit seraient visibles uniquement lors de test et non en situations communicationnelles quotidiennes. C'est le cas pour McCabe et al. (2004), qui en analysant des conversations a noté que les patients présentant une symptomatologie schizophrénique présentaient des habiletés en théorie de l'esprit restées intactes.

Les patients seraient tout à fait capables de réfléchir sur leurs propres pensées et états mentaux et de les comparer avec ceux d'autrui. Il semble que pour ces auteurs, il y aurait une différence entre utiliser la théorie de l'esprit dans un discours et l'utiliser dans une tâche qui l'évalue. Cependant, selon Frith, la théorie de l'esprit est utilisée implicitement et de manière automatique pour communiquer dans un discours, tandis que lors d'une tâche elle est utilisée de manière explicite sans prendre part à l'interaction. Encore une fois, une autre étude met à mal l'hypothèse de McCabe, c'est celle de M. Champagne-Lavau, qui évalua la théorie de l'esprit lors de deux tâches : l'une classique et une de communication référentielle ayant l'avantage d'évaluer la théorie de l'esprit dans une situation naturelle de conversation. Les résultats ont montré que les patients présentaient des difficultés d'attribution d'états mentaux dans les deux tâches.

L'hétérogénéité des différents Quotients Intellectuels des patients des groupes testés peut être un facteur de variabilité des résultats quant au déficit en théorie de l'esprit. Corcoran a prouvé dans ses études qu'un QI élevé peut permettre la mise en place de stratégies alternatives de réponse ; en situation expérimentale, il a été démontré que les patients ayant un QI supérieur à la moyenne présentaient des performances proches de 100% tandis qu'au contraire, des patients au QI bas présentaient un effet délétère cumulatif avec la condition morbide.

Outre la symptomatologie, qui peut être, comme nous le verrons par la suite, un grand frein à l'homogénéisation des résultats, tester des patients qui présentent un statut symptomatique différent peut sembler être une entrave aux résultats homogènes. Il faut donc souligner que la dimension de désorganisation s'associe à de mauvaises performances. Même si le caractère *état* de ce déficit semble unanime, il a été prouvé qu'en testant des patients d'abord en phase symptomatique puis en phase de rémission, il semble y avoir une récupération du déficit. Néanmoins, il semble persister un déficit minime même en rémission ; déficit qui semble se révéler uniquement dans certaines situations conversationnelles et qui serait donc difficile, voire impossible à tester (notamment des situations qui requièrent la compréhension de l'ironie).

Enfin, cette hétérogénéité des études semble plus largement s'expliquer par les groupes tests choisis ; le consensus semble proposer que selon la symptomatologie, le déficit en théorie de l'esprit sera, ou non, présent. La majorité des études ont testé des patients schizophrènes à symptomatologie comportementale (positive ou négative), des patients paranoïdes, des patients ayant un syndrome de passivité ainsi que des patients en rémission.

Les conclusions semblent objectiver que les patients à la symptomatologie comportementale négative présentent les résultats les plus mauvais, suivis de près par les patients aux signes comportementaux positifs, eux-mêmes moins bons que les sujets paranoïdes. Les patients présentant un syndrome de passivité ont quant à eux des résultats moins bons que les sujets en rémission et les sujets témoins⁵³. (Modèle de Londres et modèle de Versailles, menés respectivement par Frith et Sarfati).

Comme nous l'avons vu jusqu'à présent, la grande majorité des études réalisées sur la théorie de l'esprit dans la schizophrénie ont été réalisées en situation de tests ou de tâches (exceptée l'étude de M. Champagne-Lavau). Il n'y a donc que très peu de recherches réalisées en situation de communication réelle. Or, nous pouvons partir du principe que les tâches testant la théorie de l'esprit chez les schizophrènes ont toutes placé le patient en observateur de la scène (3^{ème} personne). Or, dans la vie quotidienne, le patient, en situation de communication est entièrement protagoniste de l'action (1^{ère} personne). La plupart des écrits relatent une bizarrerie, une difficulté à s'adapter au contexte, dans le discours des patients schizophrènes.

Nous pouvons alors nous demander si leur théorie de l'esprit ne serait pas plus performante en situation d'observation (3^{ème} personne) ?

En d'autres termes, existe-t-il un lien entre vécu subjectif des patients (dans un engagement à la première personne) et évaluation d'une performance cognitive (commentaire social en troisième personne) ?

Si leur théorie de l'esprit est plus défaillante en première personne, cela pourrait expliquer la plupart des déficits dans leur discours ; en effet, une incapacité à inférer correctement les états mentaux de l'interlocuteur en situation communicationnelle provoquerait entre autre une incapacité à s'adapter au contexte, une incohérence dans le discours ainsi qu'une difficulté à s'en tenir au savoir partagé...

Dans la présente étude, nous avons pris le parti de tester des patients schizophrènes tout-venant dont les symptomatologies sont distinctes mais sont toutes stabilisées. Nous tenterons de comparer les capacités d'inférences en situations simples

⁵³ CERMOLACCE M., NAUDIN J., « Théorie de l'esprit et schizophrénie : une revue de la littérature »

d'observation, puis en situations plus complexes où le patient est protagoniste de la scène.

PARTIE PRATIQUE

Partie IV
MÉTHODE

I. Objectifs

1. Problématique de l'étude

Nous avons mis en évidence que la théorie de l'esprit pouvait aisément être testée, mais que toutes les études réalisées jusqu'à présent étaient quelque peu contradictoires. En effet, de nombreuses variables peuvent intervenir dans les performances en théorie de l'esprit des patients schizophrènes. Nous allons citer quelques variables, mentionnées précédemment et expliquer nos choix de population et sélections d'épreuves pour l'expérimentation.

Comme nous l'avons vu antérieurement, il est légitime de penser que si un patient a non seulement des troubles de la communication, avec des difficultés à comprendre le discours d'autrui (et notamment l'ambiguïté, les discours implicites ou métaphoriques), mais aussi des difficultés à se faire comprendre de son interlocuteur, il est attendu qu'il présentera des difficultés à répondre à une épreuve reposant essentiellement sur des discours implicites.

Tout d'abord, une première variable : le Quotient Intellectuel ; en effet, un patient présentant un QI fortement élevé a-t-il plus de facilité à répondre à des épreuves de théorie de l'esprit en compensant avec ses habiletés d'intelligence et de logique ? Il est tout à fait légitime de penser que des QI différents peuvent entraîner des biais de réponses.

Dans la présente étude, nous avons décidé de choisir des patients ayant au moins obtenu le Brevet des Collèges ; en effet, cela assure un niveau intellectuel correct et certaines connaissances.

Ensuite, nous avons déjà évoqué, qu'un groupe trop restreint de patients testés, pouvait entraîner des difficultés d'aboutissement définitif d'une étude. Ici, nous avons effectué les passations du protocole dès début Décembre 2011 et ce, jusqu'à fin Mars 2012, ce qui nous a permis d'inclure davantage de patients et de témoins, ce qui semble être assez représentatif d'une population et plutôt satisfaisant pour une première conclusion.

Il est évident de noter que la symptomatologie des patients est une variable on ne peut plus importante. De nombreuses études se sont déjà intéressées à ce sujet puisqu'elles ont parfois même divisé les populations afin de réaliser leurs protocoles. Nous avons donc pu relater des études effectuées sur des patients à symptomatologie positive ou négative, des schizophrènes paranoïdes, etc. Ici, nous avons pris le parti de proposer la passation à des patients schizophrènes tout venant, et donc de ne pas tenir compte de leurs symptômes. Ce choix nous a paru cohérent dans l'optique de présenter un panel représentatif d'une population.

L'une des questions les plus délicates est de répondre à l'interrogation de la variable trait ou état ; en effet, il n'a toujours pas été prouvé que le déficit en théorie de l'esprit existait en tant que trait ou état dans la maladie. Dans l'étude actuelle, nous avons choisi des patients stabilisés depuis au moins trois mois par antipsychotiques. Nous trouvant donc hors d'une phase à priori active de la maladie, nous pourrions nous attendre à ne percevoir aucun déficit en théorie de l'esprit, si celle-ci s'avère être une variable état de la maladie. Cela pourra bien évidemment être intéressant de traiter à nouveau de cette variable lors de la discussion de cette étude.

En ce qui concerne les sélections d'épreuves pour notre expérimentation, nous avons dû choisir entre proposer aux patients et à la population témoin des tests sous forme de textes, d'images, ou de vidéos. Il a également été démontré dans la littérature (notamment par l'équipe de Y. Sarfati), que le fait de changer une variable (passer de l'image au texte) pouvait considérablement améliorer les performances des patients. Ici, nous avons décidé de nous approcher au plus près des conditions de situations de communication réelle. Pour ce faire, nous avons donc pris le parti de soumettre aux patients des vidéos mettant en scène des personnes réalisant des actions de la vie quotidienne. Celles-ci jouaient tantôt à deux, tantôt seules face à la caméra, s'adressant directement au patient (en première personne) afin de reconstituer quasiment à l'identique une situation de communication réelle.

Cela nous a paru plus judicieux de proposer un test sous cette forme, plutôt que sous forme de représentations ; en effet, les images sont plus fictives et donc plus difficilement identifiables alors que des vidéos mettant en scène un discours sont plus cohérentes quant à la proposition de réaliser un protocole tout aussi orthophonique.

Nous n'avons bien évidemment pas la prétention de dire que ce protocole offre une situation de communication vraiment réelle, puisque rien ne remplace le face à face entre deux personnes qui communiquent, mais cela nous a paru être le plus approchant d'une réalité d'échange.

En ce qui concerne le choix de proposer les différentes évaluations de la théorie de l'esprit, telles que les fausses croyances de premier ou second ordre, les faux pas, les sous-entendus ou encore les sarcasmes et l'ironie, nous avons choisi ici de nous intéresser plutôt aux sous-entendus et à l'ironie dans la majorité des propositions. La plupart des vidéos sont basées sur un discours implicite. Il n'y a aucune tâche de fausses croyances de premier ou de second ordre, ni de faux-pas.

Ce choix a été immédiatement évident pour nous, dans la mesure où nous avons l'envie de nous approcher au plus près des situations de communication réelle et quotidienne qui sont parfois, pour les schizophrènes, réellement difficiles. Nous voulions tester leur capacité d'adaptation et de réaction dans des situations qui se présentent tous les jours, notamment le discours implicite que nous utilisons très souvent dans nos conversations.

*Exemple : Vous vous trouvez à un repas chez des amis avec une amie à vous, celle-ci se penche vers vous et vous dit : « il commence à se faire tard. »
Que veut-elle vraiment dire ?*

2. Objectifs et hypothèses

Cette présente étude comporte deux objectifs principaux ;

- Le premier est de mettre en évidence un déficit en théorie de l'esprit, présent chez les sujets schizophrènes par rapport aux sujets témoins ;
- Le second est de mettre en exergue qu'il existerait peut-être, tout de même, de meilleures habiletés dans le domaine de la théorie de l'esprit en troisième personne (observateur) qu'en première personne (protagoniste) chez le sujet schizophrène.

Nous présenterons ici un travail purement expérimental afin d'argumenter notre hypothèse et non pas de l'approuver. Notre protocole n'étant pas validé, nous n'avons aucunement la prétention d'apporter une réponse définitive. La présente étude propose une épreuve exploratoire préliminaire pour argumenter en faveur de notre hypothèse en vue de travaux ultérieurs.

II. Caractéristiques et recrutement des sujets

La population testée pour ce mémoire se divise en deux groupes, avec d'une part les patients atteints de schizophrénie, et d'autre part les sujets témoins.

13 participants atteints de schizophrénie ont été recrutés, selon les critères du DSM-IV, au sein du service de psychiatrie du CHU Pasteur à Nice. Plus précisément, la population était composée de 8 hommes et 5 femmes.

Afin de participer à l'étude, les patients avaient le Français comme langue maternelle, devaient être en phase stable de leur maladie ainsi qu'être traités par antipsychotiques.

La moyenne d'âge des patients était de 37,8 ans (écart-type: 7,18)

Les patients inclus dans cette étude ont globalement une longue durée d'évolution de la maladie au moment du protocole, ils ont pour la plupart été hospitalisés de nombreuses fois.

Le groupe contrôle de comparaison, composé de 15 participants, dont 10 hommes et 5 femmes, apparié en âge et niveau d'éducation avec la population schizophrène, a été recruté au sein de la communauté. Tous les participants avaient le Français comme langue maternelle. La moyenne d'âge était de 36,1 ans (écart-type: 8,04). Les deux groupes sont quasiment équivalents en termes d'âge.

Les participants ont tous signé un formulaire écrit de consentement dont un double leur a été remis.

	Schizophrènes (N=13)		Contrôles (N=15)	
	moyenne	écart-type	Moyenne	écart-type
Âge	37,8	7,18	36,1	8,04

1. Critères d'inclusion

Les sujets :

- Sont majeurs et consentants ;
- Ont entre 18 et 62 ans ;
- Présentent une schizophrénie d'après les critères diagnostiques du DSM IV (incluant schizophrénie paranoïde, désorganisée et indifférenciée) ;
- Sont des patients stabilisés cliniquement à l'aide d'un traitement neuroleptique depuis au moins 3 mois. ;

-
- Ont un niveau d'étude supérieur ou égal à l'obtention du Brevet des Collèges ;
 - Ont pour langue maternelle le Français.

2. Critères d'exclusion

Les sujets :

- Ne présentent pas de pathologie neurologique avérée ;
- Ne présentent pas de pathologies associées : trouble envahissant du développement, déficience mentale, déficience auditive ;
- Ne présentent pas de troubles schizo-affectifs ;
- Ne présentent pas les critères d'un épisode psychotique aigu ;
- Ne sont pas des personnes dont la langue maternelle est différente du Français.

III. Procédure

Les patients ont rencontré un psychiatre afin d'évaluer les symptômes de leur maladie et de confirmer le diagnostic de schizophrénie et la stabilisation de la pathologie.

Par la suite, nous les avons rencontrés afin d'effectuer la passation du protocole.

Celle-ci s'est déroulée dans le service où sont effectuées habituellement leurs consultations, durant une séance d'environ vingt minutes.

Le lieu choisi était calme et détendu, exclusivement réservé aux deux protagonistes de l'étude. L'investigateur demeurait présent tout au long de la passation. La présence d'un investigateur unique durant le test était une décision choisie et évidente pour nous, afin de standardiser les consignes.

Aucune contrainte de temps n'était imposée aux sujets qui pouvaient effectuer autant de pauses que nécessaire. Les sujets étant coopérants et volontaires, il leur était bien évidemment possible de mettre fin à l'entretien s'ils n'étaient pas en mesure de poursuivre, ce qui s'est produit une fois.

Pour le groupe contrôle, la passation s'est déroulée dans un endroit calme et n'a pas dépassé les quinze minutes.

La décision de présenter le premier ou le second protocole s'est effectuée de manière aléatoire.

Dans la présente étude, nous avons décidé de mettre en place deux protocoles distincts et de n'en présenter qu'un à chaque patient. Chaque protocole présentait douze vidéos dont six ont été filmées en troisième personne et les six autres en première personne. En fait, chaque situation a été filmée dans les deux points de vue. Chaque patient n'a vu qu'une et une seule version de chaque situation.

Nous avons pris le parti de proposer deux protocoles, car en croisant les films, nous avons homogénéisé les situations afin d'éviter des biais liés à des difficultés différentielles qu'engendraient les vidéos.

Nous avons donc, par la suite, effectué une randomisation des protocoles présentés, c'est-à-dire que nous avons mis en place une répartition au hasard.

D'autre part, ce protocole de recherche s'inscrivant dans une optique orthophonique, les épreuves proposées mettaient volontairement en jeu des compétences langagières. La plupart des études effectuées dans la recherche sur la théorie de l'esprit, dans la schizophrénie, ont été réalisées à partir de vignettes, ou de bandes dessinées ; ici, les personnages des vidéos parlent et les questions et propositions sont écrites.

IV. Déroulement de l'étude

Dans un premier temps, le cadre, le sujet et les modalités ont été expliqués au patient interrogé. Il était clairement mentionné que la participation à l'étude était volontaire et anonyme.

Ensuite, nous avons effectué le recueil des informations personnelles, à savoir le nom et l'âge des patients. Au cours de l'entretien, nous avons adopté la position la plus neutre possible dans nos explications, dans un souci de rigueur, afin que toutes les passations soient identiques. Notre rôle consistait à veiller au recueil correct et exploitable des données et de répondre aux éventuelles questions posées.

Le protocole proposait aux patients interrogés de lire avant chaque saynète présentée une notice explicative de chaque situation (voir annexes). Afin d'homogénéiser les résultats, nous avons décidé de relancer la lecture si celle-ci avait été mal entendue ou mal comprise et après deux passages, nous avons-nous-mêmes énoncé la phrase du personnage.

A la fin de chaque vidéo, une question est posée au patient, puis quatre choix de réponses lui sont proposés avec une ou plusieurs réponses correctes.

Exemple : Situation 6 à la 3^{ème} personne

Un père rentre du travail sous la pluie battante, il pénètre dans la maison, il pose ses clés de voiture sur la table lorsque son fils arrive : « Je dois absolument aller en ville mais c'est loin et il pleut ».

Que veut-il vraiment dire ?

Propositions de réponses

Il en a marre que son père rentre tard

Il veut que son père l'amène en ville

Il veut que son père lui prête sa voiture

Il veut que son père lui fasse à manger

La passation des sujets témoins s'est déroulée de manière identique à l'autre groupe, tel que cela a été décrit ci-dessus.

Partie V
RESULTATS

I. Analyse inter-population

Au sein du groupe des patients, nous trouvons 8 hommes et 5 femmes, le sex ratio est de 1,6.

Au sein du groupe des témoins, nous avons 10 hommes et 5 femmes, le sex ratio est donc de 2.

Comme nous l'avons dit précédemment, la moyenne d'âge des patients est de 37,8 ans (écart-type 7,18). Quand à la moyenne d'âge des témoins, celle-ci s'élève à 36,1 ans (écart-type 8,04).

Voici un tableau récapitulatif des moyennes globales obtenues au protocole présenté :

Patients	Note globale	Moyenne des patients
M. BJ 24	11/12	
F. BS 45	10/12	
M. MT 20	12/12	
M. CH 48	9/12	
M. MK 51	8/12	
M. DA 34	11/12	9,85/12
F. CC 35	10/12	
M. NS 27	10/12	
F. BP 44	7/12	
F. BN 50	11/12	
F. BM 52	10/12	
M. CA 38	12/12	
M. RJ 62	7/12	
Témoins		Moyenne des témoins
M. ZA 18	12/12	
F. ZD 28	12/12	
M. GP 28	12/12	
M. CV 24	12/12	
M. BS 48	12/12	12/12
F. LM 25	12/12	
M. ZP 57	12/12	
M. ZS 38	12/12	
F. ZJ 27	12/12	
F. AM 26	12/12	
M. PF 48	12/12	
M. CD 52	12/12	
F. LV 57	12/12	
M. SE 27	12/12	

p=0.000017

Grâce au test non paramétrique de la somme des rangs de Wilcoxon, nous avons pu comparer les performances des témoins à celles des patients.

La moyenne des témoins s'élève à 12/12 (écart-type = 0).

La moyenne des patients s'élève à 9, 85/12 (écart-type = 1,68).

$p=0.000017$, nous pouvons donc en déduire que les moyennes sont significativement différentes entre les deux groupes.

II. Analyse intra-population

Voici des tableaux récapitulatifs des notes obtenues aux deux protocoles en 1^{ère} et 3^{ème} personne.

Protocole 1

Patients	Note totale obtenue en 1 ^{ère} personne	Note totale obtenue en 3 ^{ème} personne
F. CC 35	6/6	4/6
M. DA 34	5/6	6/6
M. MK 51	4/6	4/6
M. CH 48	4/6	5/6
M. MT 20	6/6	6/6
F. BS 45	6/6	4/6
M. BJ 24	5/6	6/6

$p=0,73$

Protocole 2

Patients	Note totale obtenue en 1 ^{ère} personne	Note totale obtenue en 3 ^{ème} personne
M. NS 27	5/6	5/6
F. BP 44	4/6	3/6
F. BN 50	5/6	6/6
F. BM 52	6/6	4/6
M. CA 38	6/6	6/6
M. RJ 62	3/6	4/6

$p=0,73$

La moyenne des patients en ce qui concerne les vidéos à la 1^{ère} personne s'élève à 5/6 (écart-type =1).

Leur moyenne en 3^{ème} personne s'élève à 4,85/6 (écart-type = 1,07).

$p=0,73$, le protocole n'a donc pas montré de différence significative chez les patients, selon si la scène a été vue en 1^{ère} ou 3^{ème} personne.

En ce qui concerne les âges des patients, nous pouvons noter qu'entre 20 et 40 ans, les patients obtiennent une moyenne globale de 11/12. Tandis que les patients âgés de 40 à 62 ans obtiennent une moyenne globale de 8,8/12.

Nous pourrions en déduire, d'une manière simplifiée, que plus la maladie est installée depuis longtemps, plus les capacités en théorie de l'esprit sont dégradées. Malheureusement, cette hypothèse ne peut être confirmée, étant donné qu'à partir d'un certain âge, ce sont la plupart des capacités, mnésiques, attentionnelles et de concentration qui peuvent également se dégrader.

DISCUSSION

Le but de cette étude était de déterminer si les patients schizophrènes présentaient d'une part, de moins bonnes capacités en théorie de l'esprit par rapport aux sujets témoins, et d'autre part, s'ils dévoilaient de meilleures habiletés en théorie de l'esprit en première ou en troisième personne, en d'autres termes en tant que protagoniste ou en tant que simple observateur.

Les principaux résultats mettent en exergue un déficit chez les participants atteints de schizophrénie par rapport aux sujets témoins, au niveau des capacités en théorie de l'esprit. La moyenne obtenue par le groupe contrôle est de 12/12 et celle des patients s'élève à 9,85/12. Bien que la différence soit statistiquement significative, nous nous attendions à une différence plus notable étant donné le consensus actuel sur les difficultés que rencontrent les schizophrènes à utiliser leur théorie de l'esprit à bon escient.

D'autre part, nous allons évoquer un point important mis en avant par les résultats du protocole : il n'y a quasiment aucune différence notable dans une même population, à savoir la population des patients, entre leurs habiletés en théorie de l'esprit en tant qu'observateur et celles en tant que protagoniste de la scène. En effet, il ne semble pas y avoir de déficience flagrante en première personne, ce qui était attendu, étant donné leurs difficultés de communication ; il semblerait même qu'ils présentent de meilleures habiletés en première personne : en effet, les patients ont obtenu en moyenne 4,85/6 aux vidéos à la troisième personne et 5/6 à celles à la première personne, ce qui, bien évidemment, n'est pas représentatif d'une meilleure capacité.

Nous allons tenter ci-après d'expliquer nos résultats en nommant la plupart des limites méthodologiques que nous avons pu rencontrer.

Pour commencer, nous pouvons citer les biais les plus courants, à savoir l'âge des patients, leur sexe, leur niveau d'études. Afin d'éradiquer tous ces biais possibles, il faudrait être en mesure d'homogénéiser parfaitement la population de patients, ce qui semble extrêmement complexe.

Nous devons également prendre en compte la médication reçue ; celle-ci étant différente pour chaque patient, la nature et la quantité de neuroleptiques administrés engendrent des effets secondaires qui retentissent notamment sur la communication verbale.

Il y a également la sévérité clinique ; en effet, bien que tous les patients soient stabilisés, certains récupèrent plus de facultés que d'autres qui, malheureusement, ne pourront pas se trouver dans un meilleur état au moment du test.

Enfin, la durée de la maladie peut s'avérer être un facteur important quant aux séquelles engendrées et aux difficultés cognitives qui s'en ressentent.

Nous avons rencontré, tout au long de ce protocole de recherche, des difficultés à trouver des patients correspondant à l'échantillon. Celui-ci est donc assez restreint ; en effet, rappelons que ce travail est exploratoire et que notre nombre de patients (13) ne peut confirmer les résultats trouvés. Ce nombre restreint minimise la possibilité de généralisation des atteintes observées à l'ensemble de la pathologie schizophrénique. Une étude plus approfondie avec un plus grand nombre de patients pourrait s'avérer utile afin d'établir une norme.

Nous pouvons également avancer un autre point majeur à savoir l'effet plafond : après la passation des protocoles, nous nous sommes rendus compte que les tâches proposées au groupe de patients pouvaient s'avérer simples. Il est donc tout à fait probable que ce protocole puisse nous permettre de distinguer un déficit sévère d'un déficit moyen mais en revanche, il n'est pas en mesure de discriminer un déficit moyen ou léger d'une absence de déficit. Il serait peut-être intéressant, dans une optique plus globale de mettre en place d'autres tâches qui requièrent plus d'habiletés langagières ou cognitives.

Tout au long de ce travail exploratoire, nous nous sommes à maintes reprises questionnés sur l'écologie du test proposé ; il nous a semblé cohérent de présenter des situations filmées afin de refléter au mieux la réalité et les interactions sociales. Cependant, en proposant ces vidéos de situations de la vie quotidienne, nous nous sommes demandé si ce protocole explorait réellement deux habiletés différentes en théorie de l'esprit. Pouvons-nous, grâce à des mises en scènes sous forme de vidéos, vraiment explorer le lien qui existe entre vécu subjectif (1^{ère} personne) et commentaire social (3^{ème} personne) ? Cela peut sembler assez abstrait de proposer au patient de « faire comme si » le personnage dans la vidéo lui parlait directement.

Ne nous retrouvons-nous pas simplement dans une nouvelle vidéo à la troisième personne ?

Il est possible que ce protocole explore finalement deux fois le simple rôle d'observateur. Afin de pallier ce biais, nous pouvons proposer de mettre en scène des jeux de rôle où le patient serait plus à même de jouer un personnage à la première personne, mais encore, cela serait faussé par le fait de jouer et donc perdrait de sa spontanéité. Dans une optique extrême, nous pourrions proposer d'interpréter devant les patients des situations réelles sans qu'ils soient au courant, mais cela engagerait des problèmes de confidentialité et d'accord des patients.

De plus, il existe un facteur primordial qui s'appuie sur un grand questionnaire qui reste d'actualité, à savoir la variable trait/état. En effet, si nous suivons les hypothèses avancées par certains auteurs sur le fait que le déficit en théorie de l'esprit serait une variable état de la maladie, il semblerait logique que les patients qui se trouvent en phase stabilisée ne présentent pas de difficultés notables en théorie de l'esprit puisque celles-ci disparaîtraient en même temps que les symptômes. En revanche, si nous nous accordons à dire, comme d'autres auteurs, que le déficit en théorie de l'esprit est une variable trait de la maladie, celui-ci ne devrait pas disparaître lors de la phase de stabilisation. Or, ici, ne

notant pas de difficultés notables entre nos patients et la population témoin, le déficit en théorie de l'esprit ne serait que très peu mis en avant.

Le protocole de recherche que nous avons décidé de proposer aux patients, est constitué avant tout d'épreuves verbales qui impliquent des capacités mnésiques, attentionnelles et bien entendu linguistiques.

Pour aller plus loin, nous pourrions proposer certaines perspectives qui seraient intéressantes d'approfondir.

Comme nous l'avons dit précédemment, l'échantillon restreint dont nous disposions dans cette étude nous a parfois empêchés de pouvoir conclure et généraliser nos hypothèses. Il serait donc intéressant de mettre en place de nouvelles études sur un temps plus long et avec davantage de patients afin d'homogénéiser et globaliser les résultats trouvés.

Il semble légitime de penser qu'en plus de cette étude, nous aurions pu investiguer les autres fonctions cognitives ; en effet, les schizophrènes présentent des déficits cognitifs généralisés qui sont susceptibles d'influencer les capacités en théorie de l'esprit. Il est possible qu'en amont, les troubles de l'attention et de la concentration, des fonctions exécutives ainsi que la fatigabilité des patients aient pu interférer dans les résultats. Cependant, afin de vérifier cette hypothèse, selon laquelle les troubles cognitifs peuvent être corrélés aux déficits en théorie de l'esprit, il est indispensable de mettre en place un bilan neuropsychologique.

CONCLUSION

En conclusion, nous pouvons dire que cette étude présente certes des limites mais elle peut être améliorée méthodologiquement. Elle n'a pas satisfait à toutes ses ambitions initiales, puisque la validité des hypothèses n'a pu être examinée statistiquement. Toutefois, elle nous a permis de mettre en avant un point important, incontestablement déjà mis en exergue par la littérature contemporaine : les patients atteints de schizophrénie ont de mauvaises capacités en théorie de l'esprit par rapport à des sujets sains. En revanche, notre hypothèse quant à des capacités encore plus atteintes en première personne, qui expliquerait notamment leurs difficultés à communiquer, n'a pas été validée.

Un étalonnage sur une plus grande population et sur une période plus longue pourrait être bénéfique à notre étude ; c'est ainsi qu'un appariement plus homogène en âge, sexe et niveau d'études serait préconisé. Bien que notre recherche ait démontré les difficultés en théorie de l'esprit chez des patients stabilisés, il serait également intéressant de tester ces facultés auprès de patients plus sévèrement affectés afin d'évaluer l'ampleur de ces troubles et d'objectiver son rapport avec la sévérité.

Bien que notre seconde hypothèse soit invalidée, les capacités restreintes en théorie de l'esprit chez les patients schizophrènes sont responsables, entre autres, de leurs troubles de langage et de communication.

Une intervention orthophonique serait-elle efficace ?

Celle-ci semble tout indiquée afin de prendre en charge leurs difficultés langagières (en toile de fond bien sûr). Il serait intéressant de mettre en place un projet rééducatif et personnalisé se basant sur des facultés extra-langagières comme la pragmatique et la théorie de l'esprit. Comme nous l'avons vu, l'approche pragmatique est capitale dans la communication, dans l'échange : elle permet notamment de s'adapter au contexte. La réhabilitation de cette faculté va s'appuyer sur un travail de respect du thème lors de l'échange, respect du savoir commun, respect de la quantité et de la pertinence des informations transmises, enfin, le respect des tours de parole. La prise en charge des troubles en théorie de l'esprit s'effectuera quant à elle au niveau de la réception essentiellement ; travailler la compréhension non littérale, le langage implicite, la

compréhension de l'ironie... ces exercices pourront s'effectuer grâce à plusieurs supports (dessins, vidéos, textes...) permettant de comprendre les états mentaux, les émotions et les sentiments d'autrui et pourra inclure tout le corps médical, afin que tous travaillent ensemble à la réinsertion sociale des patients schizophrènes.

Nous espérons vivement que cette étude a préparé un terrain plus favorable à la recherche en orthophonie, notamment sur la psychose de l'adulte et ses répercussions sur la communication.

Aussi, souhaitons-nous que rapidement, des recherches soient effectuées sur les troubles du fonctionnement linguistique des patients atteints de schizophrénie, ainsi que sur leur impact fonctionnel dans leurs relations sociales et leur vie quotidienne. Ces travaux permettraient de mettre en place des prises en charge adaptées.

De surcroît, il semblerait très intéressant d'élaborer, comme cela a déjà été proposé par plusieurs études, une remédiation cognitive autour de la théorie de l'esprit.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

BARON COHEN S., LESLIE AM., FRITH U., « Does the autistic child have a theory of mind ? » *Cognition*, 37-46, 1985

BAZIN N., PASSERIEUX C., HARDY – BAYLE M-C., « ToMRemed : une technique de remédiation cognitive centrée sur la théorie de l'esprit pour les patients schizophrènes », *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, Vol 20, Numéro 1, p. 16-21, Mars 2010

BAZIN N., LEFRERE F., PASSERIEUX C., SARFATI, « Troubles formels de la pensée : traduction française de l'échelle d'évaluation de la pensée, du langage et de la communication (Scale for the assessment of Thought, Language and Communication : TLC) », *L'Encéphale*, Volume 28, numéro 2, p.109-119, Avril 2002.

BERQUIN C., « Etude des troubles de la communication verbale chez des sujets atteints de schizophrénie », Mémoire de recherche présenté en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, 2010, Montpellier, 160p.

BERTRAND F., « La motivation chez le schizophrène », Mémoire de recherche présenté en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste 2006, Nice, 109p. 2006NICE03

BLANCHET A. « Pragmatique et psychopathologie », *Traité de psychopathologie*, Ed D. Widlöcher, p. 883-919, Paris, Presses universitaires de France.

BOISSEAU E., « La théorie de l'esprit chez les schizophrènes paranoïdes », Montréal, 2010, 130p.

BOUCARD C., LAFFY-BEAUFILS B., « Caractérisation des troubles du langage dans la schizophrénie grâce au bilan orthophonique ». Juin 2008, *L'Encéphale*, Vol 34 numéro, p.226-232

BOURGEOIS M-L., « Les schizophrénies », *Paris, 1999, PUF*. 125p. 978 – 2 -13 -059108-5

BORENTAIN S., GASMAN I., SKURNIK N., « Attribution d'états mentaux et schizophrénie », *Annales médico-psychologiques*, Vol 160, numéro 2, p.166-168, Mars 2002.

BURNOTTE E., « L'impact des symptômes de la schizophrénie sur la production d'inférences pragmatiques dans une perspective neuropsychologique ». Mémoire de recherche présenté en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, 2008, Besançon, 81p. M010.BUR

CERMOLACCE M., NAUDIN J., « Théorie de l'esprit et schizophrénie : une revue de la littérature », *Colloques des confrontations psychiatriques*, numéro 46, p.143-180, 2006

CHAMPAGNE-LAVAU M., STIP E., JOANETTE Y.. « Social cognition deficit in schizophrenia : accounting for pragmatic deficits in communication abilities ».2006, *Current Psychiatry Reviews*, 2 (3), 309-315.

CORCORAN R., « La théorie de l'esprit dans la schizophrénie », *Colloque des confrontations psychiatriques*, numéro 46, p.45-61, 2006

COVINGTON M.A., HE C., BROWN, C., et al. « Schizophrenia and the structure of language : The linguist's view ». *Schizophrenia Research*, 77, 85-98, 2005

BIBLIOGRAPHIE

DAVIES M., STONE T. (eds.), 1995, « *Folk Psychology: The Theory of Mind Debate* », Oxford: Blackwell Publishers.

DOLLFUS S., DELAMILLIEURE P., RAZAFIMANDIMBY A., LECARDEUR L., MAIZA O., LEBAIN P. « Apport de l'imagerie cérébrale dans la schizophrénie pour une meilleure compréhension des déficits cognitifs et de la physiopathologie de cette affection ». EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-285-A-19, 2007.

EY H., « Schizophrénie : études cliniques et psychopathologiques ». 1996, *Empêcheurs Penser en Rond*. 429p. 2-908602-82-2

FOUDON N., REBOUL A. « Discours pathologiques : quatre études de cas ». *Nouveaux cahiers de linguistique française* 27, 2006, 211-240.

GALLESE V., GOLDMAN, A.I. (1998). « Mirror neurons and the simulation theory. » *Trends in Cognitive Sciences*, 2, 493-501.

HAOUZIR S. et BERNOUSSI A., « Les schizophrénie », 2007, *Armand Colin*. 123p. 978-2-200-35200-4

IAKIMOVA G., PASSERIEUX C., HARDY-BAYLE M-C., « La compréhension des métaphores dans la schizophrénie et la dépression : une approche expérimentale », *L'encéphale*, Vol 36, numéro 2, p. 995 - 1002

KANNAS S. , « Thérapies familiales et schizophrénies » , *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 2001/1 no 26, p. 138-145.

LEROY F., BEAUNE D., « Langage et schizophrénie : l'intention en question », *Annales médico-psychologiques*, Vol 166, numéro 8, p.612-619, Octobre 2008

LLORCA P-M., « La schizophrénie », *Encyclopédie Orphanet*, 2004

MALASPINA D, HARLAP S, FENNIG S, CORCORAN C, SUSSER E. « Maternal stress and offspring schizophrenia risk ». *Biol Psychiatry*. 2003;53(suppl):168S.

MARMOD D., « Fluence verbale et schizophrénie », *Mémoire de recherche présenté en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste*, 1995, Nice, 87p. 1995NICE10

MOORE T.H., ZAMMIT S., LINGFORD-HUGHES A, et al. "Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes : a systematic review" *Lancet*, 2007, 370, 9584, 319-28

PACHOUD B., « La notion de théorie de l'esprit. Fécondité heuristique et limites liées aux présupposés philosophiques. » *Colloque des Confrontations Psychiatriques*, numéro 46, p.9-30, 2006

PASCAL E., « Observance et insight dans la schizophrénie : rôle de la communication et des fonctions cognitives », 2010. 138p. 2010NICEM071

PERRETI C-S., MARTIN P., FERRERI F., « Schizophrénie et cognition », *Paris, 2004, John Libbey Eurotext*, 131p. 2-7420-0495-5

PREMACK D., WOODRUFF G., « Does the chimpanzee have a theory of mind ? » *Behavioural Brain Science*, 1, 515-526, 1978

BIBLIOGRAPHIE

ROY M., ROY M-A., GRONDIN S., « Les perturbations de la conscience dans la schizophrénie : évaluation du modèle de Frith », *L'encéphale*, Vol 34, numéro 4, p.369-375, Septembre 2008.

SAOUD M., D'AMATO T., « La schizophrénie de l'adulte: des causes aux traitements », *Masson, Paris, 2006*, 239p., 2-294-01310-7

SARFATI Y., « Théorie de l'esprit et schizophrénie », *Colloque des confrontations psychiatriques*, numéro 46, p.63-75, 2006

SCHOLL, B. J., LESLIE, A. M. (1999). Modularity, Development and 'Theory of Mind'. *Mind & Language*, 14(1), 131-153.

SCOFFONI E., VOIRON A, « Evaluation des troubles de la communication dans la schizophrénie et rôle de l'orthophonie dans l'évaluation de ces troubles ». Mémoire de recherche présenté en vue de l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, 2010, Marseille, 36p.

SPERBER D., WILSON D., « Relevance: Communication and Cognition », 1996, *Wiley-Blackwell*, 336p. 978-0631198789

STONE V.E.,GERRANS,P., « What's domain--specific about theory of mind? » *Soc Neurosci* 1, 309--319, 2006

VALLERAND R., THILL E., « Introduction à la psychologie de la motivation. », 1993, *Vigot*. 674p. 2-7114-9757-7

WATZLAWICK P., HELMICK BEAVIN J., JACKSON D. D. « Une logique de la communication ».1979, *Paris, Editions du Seuil*.280p. 2-02-005220-2

WELLMAN H-M., LIU D., « Scaling of theory of mind tasks », *Child development*, march april 2004, Vol 75 num 2, p. 523-541

ANNEXES

Annexe I : Protocoles

Situation 1

- **3^{ème} personne**

Un homme regarde un programme à la télévision, sa femme arrive et lui dit : « il n'y a pas autre chose à voir ce soir ? »

Que veut-elle vraiment dire ?

- **1^{ère} personne**

Vous êtes tranquillement assis(e) sur votre canapé en train de regarder une série télé lorsque votre colocataire arrive et vous dit : « il n'y a pas autre chose à voir ce soir ? »

Que veut-elle vraiment dire ?

Propositions de réponses

Elle veut qu'il change de programme (1)

Elle veut aller manger au restaurant (0)

Elle n'aime pas ce programme (1)

Elle veut qu'il éteigne la télé (0)

Situation 2

- **3^{ème} personne**

Deux voisines discutent, l'une d'entre elles dit à l'autre qu'elle va bientôt partir en vacances en Turquie et qu'elle s'inquiète beaucoup pour ses plantes qui risquent de mourir pendant son absence.

Que veut-elle vraiment dire ?

▪ **1^{ère} personne**

C'est bientôt les vacances, vous êtes devant chez vous et discutez avec votre voisine lorsque celle-ci vous dit : « Salut voisine, je suis contente je pars en Turquie demain matin, par contre je suis un peu inquiète pour mes plantes : j'ai vraiment peur qu'elles meurent pendant mon absence. »

Que veut-elle vraiment dire ?

Propositions de réponses

Elle veut que sa voisine l'accompagne en Turquie (0)

Elle veut que sa voisine se propose d'arroser les plantes (1)

Elle a peur que son chien abîme les plantes (0)

Elle veut annuler son voyage pour ne pas laisser ses plantes (0)

Situation 3

▪ **3^{ème} personne**

C'est bientôt son anniversaire, un fils dit à sa mère : « Tu sais j'adore les animaux, surtout les chiens ! »

Que veut-il vraiment dire ?

▪ **1^{ère} personne**

C'est bientôt l'anniversaire de votre fils, celui –ci vous dit « Tu sais j'adore les animaux, surtout les chiens ! »

Que veut-il vraiment dire ?

Propositions de réponses

Elle n'a plus peur des chiens (0)

Elle préfère les chiens aux chats (0)

Elle voudrait qu'il lui offre un chien (1)

Elle ne veut pas l'inviter à son anniversaire (0)

Situation 4

- **3^{ème} personne**

Une jeune femme porte un carton qui a l'air assez lourd, elle croise dans les escaliers un homme et dit : « Eh bien ! ce carton n'est pas léger ! »

Que veut-elle vraiment dire ?

- **1^{ère} personne**

Vous croisez dans les escaliers de votre immeuble, une voisine qui porte un gros carton, celle-ci vous dit en vous croisant : « Eh bien ! ce carton n'est pas léger ! »

Que veut-elle vraiment dire ?

Propositions de réponses

Elle veut qu'il se propose de l'aider à porter son carton (1)

Elle est en colère parce qu'elle a pris un trop gros carton (0)

Elle veut lui montrer ce qu'il y a dans le carton (0)

Elle veut retourner dans son bureau car elle a oublié de prendre un livre (0)

Situation 5

- **3^{ème} personne**

Un garçon est à l'épicerie avec sa maman aux rayons des biscuits, il dit : « Ils ont l'air bons ces gâteaux ! »

Que veut-il vraiment dire ?

- **1^{ère} personne**

Vous êtes à l'épicerie avec votre fils, au rayon des biscuits lorsque celui-ci vous dit : « Ils ont l'air bons ces gâteaux ! »

Que veut-il vraiment dire ?

Propositions de réponses

Il veut rentrer à la maison (0)

Il veut que sa mère lui achète des bonbons (1)

Il veut aller dans un autre rayon (0)

Il veut que sa mère lui donne de l'argent pour s'acheter des bonbons (1)

Situation 6

▪ 3^{ème} personne

Un père rentre du travail sous la pluie battante, lorsqu'il pénètre dans la maison, il pose ses clés de voiture sur la table lorsque son fils arrive : « Je dois absolument aller en ville mais c'est loin et il pleut ».

Que veut-il vraiment dire ?

▪ 1^{ère} personne

Vous arrivez chez vous en voiture, sous la pluie battante, en rentrant, vous déposez vos clés sur la table et votre fils s'approche et vous dit : « je dois absolument aller en ville mais c'est loin et il pleut... »

Que veut-il vraiment ?

Propositions de réponses

Il en a marre que son père rentre tard (0)

Il veut que son père l'amène en ville (1)

Il veut que son père lui prête sa voiture (1)

Il veut que son père lui fasse à manger (0)

Situation 7

▪ 3^{ème} personne

Une femme travaille dans son bureau la fenêtre ouverte, son assistant rentre dans le bureau et dit : « il fait froid ici ».

Que veut-il ?

▪ **1^{ère} personne**

Vous travaillez dans votre bureau lorsque votre assistant rentre et vous dit « il fait froid ici. »

Que veut-il ?

Propositions de réponses

Il veut chercher son manteau (0)

Il veut qu'il ferme la fenêtre (1)

Il veut qu'il arrête de travailler (0)

Il veut qu'il l'aide pour porter des dossiers (0)

Situation 8

▪ **3^{ème} personne**

Repas entre amis, l'une des personnes se penche vers son compagnon et lui dit : « il commence à se faire tard... »

Que veut-elle vraiment dire ?

▪ **1^{ère} personne**

Vous vous trouvez à un repas chez des amis avec un amie à vous, celle-ci se penche vers vous et vous dit : « il commence à se faire tard. »

Que veut-elle vraiment dire ?

Propositions de réponses

Elle veut rentrer à la maison (1)

Elle veut qu'il lui prête sa montre (0)

Elle veut lui dire qu'elle a trop mangé (0)

Elle veut lui faire comprendre qu'elle s'ennuie (1)

Situation 9

▪ 3^{ème} personne

Serge vient d'arriver au travail et décide de prendre une pause à la machine à café, sa patronne arrive et lui dit : « ne travaille pas trop fort Serge ! »

Que veut vraiment dire la patronne ?

▪ 1^{ère} personne

Vous venez d'arriver au travail et vous rendez directement à la machine à café, peu de temps après votre patronne arrive et vous dit : « Eh bien ça va, ne travaille pas trop fort ! »

Que veut vraiment dire la patronne ?

Propositions de réponses

Le patron veut que Serge se repose (0)

Le patron veut que Serge se mette au travail (1)

Le patron veut que Serge rentre chez lui (0)

Le patron veut que Serge lui offre un café (0)

Situation 10

▪ 3^{ème} personne

Un jeune homme sort de son immeuble, la porte claque ; à ce moment là il croise une jeune femme qui voit la porte se fermer et dit : « et mince ! » en soufflant...

Que voulait la jeune femme ?

▪ 1^{ère} personne

Vous sortez de votre immeuble, les clés à la main, la porte se referme derrière vous, à ce moment-là vous croisez une jeune femme qui souffle en disant : « et mince ! »

Que voulait la jeune femme ?

Propositions de réponses

- Elle veut qu'il l'invite à rentrer chez lui (0)
- Elle veut qu'il lui ouvre la porte d'entrée (1)
- Elle est contrarié de le rencontrer (0)
- Elle veut lui vendre quelque chose (0)

Situation 11

▪ 3^{ème} personne

Bruno est dans son bureau, des centaines de papiers sont éparpillés çà et là. Une de ses collègues rentre dans la pièce et lui demande de trouver un papier bien spécifique. Au bout de deux-trois minutes de recherche, le collègue de Bruno s'écrie : « eh bien ! c'est bien rangé ici ! »

Que voulait-elle dire ?

▪ 1^{ère} personne

Vous êtes dans votre bureau, des centaines de papiers sont éparpillés çà et là. Une de vos collègues entre dans la pièce et vous demande de trouver un papier bien spécifique. Au bout de deux minutes de recherches vaines, celle-ci vous dit : « eh bien ! c'est bien rangé ici ! »

Que veut-elle dire ?

Propositions de réponses

- Elle veut dire que c'est très mal rangé (1)
 - Elle le remercie pour son aide (0)
 - Elle le complimente d'être organisé (0)
 - Elle veut dire qu'elle s'impatiente (1)
-

Situation 12

▪ 3^{ème} personne

Deux colocataires sont à la maison ; l'un d'eux écoute la musique très fort. Au bout d'un moment, l'autre pénètre dans sa chambre et lui dit : « tu sais, le rock c'est pas trop mon truc ! »

Que veut-il vraiment dire ?

▪ 1^{ère} personne

Vous êtes dans votre chambre, vous écoutez la musique assez fort lorsque votre colocataire rentre et vous dit : « tu sais, le rock c'est pas trop mon truc ! »

Que veut-il vraiment dire ?

Propositions de réponses

Il veut lui proposer de jouer aux jeux vidéos (0)

Il veut qu'il baisse la musique (1)

Il veut qu'il écoute de la musique classique (0)

Il veut lui dire qu'il préfère le rap (0)

Annexe II : Tableaux récapitulatifs

1. Protocole 1

Patients	Situation1	Situation2	Situation3	Situation4	Situation5	Situation6	Total
F. CC 35	1	1	1	1	1	1	6
M.DA 34	1	1	0	1	1	1	5
M.MK 51	1	0	1	0	1	1	4
M. CH 48	1	1	1	0	1	0	4
M. MT 20	1	1	1	1	1	1	6
F. BS 45	1	1	1	1	1	1	6
M. BJ 24	1	1	0	1	1	1	5

Les situations 1 à 6 ont été présentées à la 1^{ère} personne.

Patients	Situation7	Situation8	Situation9	Situation10	Situation11	Situation12	Total
F. CC 35	0	1	1	1	1	0	4
M.DA 34	1	1	1	1	1	1	6
M.MK 51	1	1	1	0	1	0	4
M. CH 48	1	1	1	1	1	0	5
M. MT 20	1	1	1	1	1	1	6
F. BS 45	1	1	0	1	1	0	4
M. BJ 24	1	1	1	1	1	1	6

Les situations 7 à 12 ont été présentées à la 3^{ème} personne.

2. Protocole 2

Patients	Situation1	Situation2	Situation3	Situation4	Situation5	Situation6	Total
M. NS 27	1	1	1	0	1	1	5
F. BP 44	0	1	0	1	1	0	3
F. BN 50	1	1	1	1	1	1	6
F. BM 52	0	0	1	1	1	1	4
M. RJ 62	0	1	1	0	1	1	4
M. CA 38	1	1	1	1	1	1	6

Les situations 1 à 6 ont été présentées à la 3^{ème} personne.

Patients	Situation7	Situation8	Situation9	Situation10	Situation11	Situation12	Total
M. NS 27	1	1	1	1	1	0	5
F. BP 44	1	0	0	1	1	1	4
F. BN 50	1	1	0	1	1	1	5
F. BM 52	1	1	1	1	1	1	6
M. RJ 62	0	1	0	1	1	0	3
M. CA 38	1	1	1	1	1	1	6

Les situations 7 à 12 ont été présentées à la 1^{ère} personne.

Fiona ROUBAUD (Auteur)

**THEORIE DE L'ESPRIT ET TROUBLES DE LA COMMUNICATION DANS LA
SCHIZOPHRENIE**

101 pages, 42 références bibliographiques

Mémoire d'orthophonie – UNS / Faculté de Médecine - Nice 2012

RESUME

La schizophrénie est l'affection mentale la plus répandue, elle touche 1% de la population mondiale. Le patient schizophrène, présente non seulement des troubles du comportement et de la pensée, mais également des troubles cognitifs et plus particulièrement du langage qui engendrent chez lui de graves difficultés de communication. Ces dernières peuvent être expliquées notamment par un déficit en théorie de l'esprit, déficience avérée par le consensus scientifique actuel. Nous avons dans un premier temps effectué une description clinique de la schizophrénie, puis nous avons abordé les différents troubles du langage ainsi que les déficits se répercutant sur la communication incluant la théorie de l'esprit. Dans la présente étude, nous avons décidé de tester la théorie de l'esprit chez des patients atteints de schizophrénie grâce à la mise en place d'un protocole. Les résultats ont été comparés à une population témoin et ont été également confrontés au sein même de la population schizophrène. Finalement, les analyses ont révélé des résultats significatifs inter population mais hélas, peu probants intra population. Cependant, la théorie de l'esprit étant une aptitude complexe et difficilement dissociable de toute autre compétence cognitive, nous pouvions nous attendre à rencontrer des biais trop influents.

MOTS-CLES

Schizophrénie, Langage, Troubles de la communication, Théorie de l'esprit, Orthophonie

DIRECTEUR DE MEMOIRE

Claude BAUDU

CO-DIRECTEUR DE MEMOIRE

Bruno GIORDANA
