

APPROCHE MULTIDIMENSIONNELLE DE LA SCHIZOPHRENIE

ÉVALUATION ET INTERVENTIONS

Bénédicte Thonon*, Jonathan Burnay, Julien Laloyaux, Frank Larøi

Version 2018

*benedicte.thonon@uliege.be

Table des matières

Introduction	3
1. L'évaluation multidimensionnelle	4
1.1. Pourquoi une évaluation formelle ?	4
1.2. Comment réaliser ces évaluations ?	5
Mesures de base vs. complémentaires	6
Types d'évaluation	7
2. Intervention multidimensionnelle	11
Partie I : Évaluation multidimensionnelle dans la schizophrénie.....	12
1. Statut fonctionnel.....	13
Mesures de base	13
Pour aller plus loin... ..	15
2. Qualité de vie	18
Mesure de base	18
Pour aller plus loin... ..	19
3. Symptômes de la schizophrénie	21
Mesures de base	22
Pour aller plus loin... ..	24
4. Anxiété, dépression et sentiment d'auto-efficacité	27
Mesures de base	27
5. Cognition générale	30
Mesures de base	32
Pour aller plus loin.....	34
6. Cognition sociale	40
Mesures de base	41
Pour aller plus loin.....	43
7. Conscience morbide.....	45
Mesures de base	45
8. Environnement social	48
Mesures de base	48
Partie II : Intervention multidimensionnelle dans la schizophrénie	51
1. Schéma récapitulatif des interventions.....	52

Introduction

La schizophrénie est une maladie chronique qui touche à peu près 1% de la population et qui apparaît fréquemment au début de l'âge adulte, c'est-à-dire au moment où l'on apprend un métier et où l'on prend son indépendance. Cette pathologie engendre ainsi des handicaps dans la gestion des activités de la vie quotidienne (Larøi & Van der Linden, 2013). Les personnes développant une schizophrénie présentent en effet une indépendance limitée et sont souvent obligées de vivre en institution. De plus, elles doivent être fréquemment hospitalisées à cause des rechutes qui sont souvent liées aux difficultés à gérer les situations de la vie quotidienne.

Les études scientifiques montrent que plusieurs facteurs sont liés aux difficultés de fonctionnement quotidien et à la qualité de vie – comme le fonctionnement cognitif, les symptômes (surtout négatifs), le sentiment d'auto-efficacité, la cognition, le degré de conscience de la maladie, les attitudes familiales et la stigmatisation. L'évaluation et la prise en charge de ces facteurs constituent dès lors une mission fondamentale pour les soignants. Le caractère plurifactoriel des difficultés manifestées par les patients et les grandes différences interindividuelles dans les facteurs impliqués nécessitent l'adoption d'une démarche qui favorise la formulation d'une interprétation psychologique individualisée (une « formulation de cas »), prenant en compte de façon intégrée différents types de processus psychologiques (cognitifs, affectifs, motivationnels, relationnels) (Larøi & Van der Linden, 2013). Il est souvent fait référence à *la* schizophrénie (y compris à certains endroits de ce manuel, par facilité). Or, la réalité révèle plutôt une infinité de profils sous cette étiquette générale. Un individu « schizophrène » présente *une* schizophrénie qui se manifestera d'une manière parfois très différente d'un autre individu « schizophrène ».

Ce manuel a pour objectif de fournir aux cliniciens des lignes directrices quant à l'évaluation et la prise en charge multidimensionnelles, intégrées et individualisées des personnes atteintes d'une schizophrénie. Les facteurs que nous vous proposons d'évaluer ici sont ceux qui sont généralement cités dans la littérature scientifique comme étant importants dans le fonctionnement quotidien et la qualité de vie des personnes atteintes d'une schizophrénie. Cette liste de facteurs n'est cependant pas

exhaustive et d'autres éléments doivent certainement être pris en compte dans votre approche évaluative et thérapeutique, comme les comorbidités (e.g., dépression, anxiété sociale, abus de substances), les troubles du sommeil, la consommation tabagique, la pratique d'une activité physique... sans oublier tout ce qui peut constituer une ressource.

1. L'évaluation multidimensionnelle

1.1. Pourquoi une évaluation formelle ?

Utiliser des questionnaires, tests et échelles n'est pas encore une approche largement répandue dans les institutions psychiatriques et dans la pratique clinique générale en Belgique. Pourtant, une évaluation formelle, à l'aide d'outils validés scientifiquement, standardisés et normés, comporte plusieurs fonctions et avantages (Corbière, 2011) :

- **Situer** la personne sur un *continuum* allant d'un fonctionnement évalué comme « normal » à « pathologique » selon des normes proposées ou les répercussions au quotidien. L'évaluation permet aussi d'identifier certains processus dysfonctionnels non-décelables lors d'entretiens cliniques « classiques ».
- **Établir une ligne de base** qui permet de situer la personne par rapport à la norme, mais surtout pour **évaluer** de manière plus objective son évolution personnelle et l'efficacité des interventions mises en place.
- **Prédire** l'évolution de certaines dimensions. On sait par exemple qu'un faible sentiment d'efficacité personnelle prédit de plus importants symptômes négatifs, eux-mêmes prédicteurs d'un moins bon fonctionnement quotidien.
- Obtenir un faisceau d'informations qui améliorera la compréhension de la situation du sujet et, par conséquent, qui permettra également de **guider la prise en charge**.

Bien sûr, il ne suffit pas de lister les processus psychologiques dysfonctionnels, mais il s'agit de les mettre en lien, de comprendre comment ils s'articulent les uns aux autres, de saisir leur hiérarchie, afin de choisir au mieux sur quel(s) processus intervenir en priorité. Aussi, il est important de souligner ce qui n'est pas atteint et qui peut constituer une ressource sur laquelle s'appuyer. Ce travail prend certes du temps, mais s'il est bien réalisé, il permet finalement un gain de temps et d'énergie par un choix judicieux d'interventions ciblant les besoins spécifiques de chaque individu. Une approche

thérapeutique individualisée permet de répondre au mieux aux besoins et priorités de chaque personne, en tenant compte de ses ressources et de ses limites. Une telle approche doit viser des objectifs concrets d'amélioration du fonctionnement quotidien et de la qualité de vie. Ceci est un point essentiel à garder à l'esprit pour éviter de s'embourber dans des interventions qui n'ont qu'un effet mineur – voire nul – sur la vie de la personne.

Les ressources

L'utilisation de questionnaires et tests psychologiques permet de souligner ce qui ne va pas, mais également tout ce qui fonctionne. Il est *indispensable* de mettre en avant ce qu'un test à révéler de normal, de fonctionnel, et de ne pas uniquement se focaliser sur ce qui ne marche pas. Mettre en avant ces ressources, c'est donner de l'espoir à la personne et montrer sur quoi on peut s'appuyer pour aller mieux.

Les ressources peuvent être de différentes sortes :

- Des capacités et les qualités personnelles (intellectuelles, émotionnelles, physiques) ;
- Des activités (travail, loisirs,...) ;
- Des moyens financiers et matériels ;
- Du soutien social, familial, amical.
- ...

Il est essentiel de mettre en évidence ces différents types de ressources dans la conceptualisation de cas. Il n'est pas nécessaire d'utiliser un questionnaire formel pour les évaluer. Des questions informelles peuvent permettre de rassembler ces informations.

1.2. Comment réaliser ces évaluations ?

L'objectif premier de l'approche multidimensionnelle adoptée ici est l'évaluation des facteurs qui, selon la littérature scientifique, sont étroitement liés aux difficultés de la vie quotidienne et à la qualité de vie des personnes atteintes d'une schizophrénie. Les cliniciens se sentent parfois démunis face au nombre de facteurs à prendre en compte et par rapport au choix d'outils d'évaluation disponibles dans la littérature – qui est parfois trop axée sur la recherche et très hermétique aux professionnels qui sont sur le « terrain ». Ainsi, ce manuel a pour but de fournir aux cliniciens un guide de mesures pertinentes dans l'évaluation de la schizophrénie et qui ont été validées scientifiquement en langue française. La sélection s'est faite sur base de plusieurs critères :

- La qualité de l'outil d'évaluation, bien sûr. Notre sélection s'est faite parmi une série de mesures ayant déjà montré leurs qualités psychométriques (par exemple, leur capacité à mesurer de manière fiable ce qu'on veut vraiment mesurer) et leur utilité tant dans la recherche que dans la pratique clinique.
- L'outil doit être utilisable avec les personnes atteintes d'une schizophrénie.
- L'évaluation doit pouvoir rendre compte du facteur mesuré de manière suffisamment riche. Il doit pouvoir aborder différents aspects qui représentent la réalité complexe vécue par la personne et ainsi guider la prise en charge.
- L'outil doit être relativement facile d'utilisation et la passation ne doit pas être trop longue.

Nous avons tâché de respecter ces critères au maximum. Certains facteurs sont cependant d'une telle complexité qu'il est impossible de réduire leur évaluation à quelques brèves questions lancées entre deux portes.

Mesures de base vs. complémentaires

Nous avons choisi de sélectionner des mesures « de base », essentielles à la compréhension des différents facteurs influençant le fonctionnement quotidien et la qualité de vie des personnes atteintes d'une schizophrénie. Ces mesures permettent de faire un premier tour d'horizon et de soulever ce qui apparaît problématique. Des mesures « complémentaires » ont également été référencées de façon à ce que ces facteurs problématiques puissent être évalués de manière plus approfondie. Vous trouverez la liste des mesures dans le **Tableau 1**.

Types d'évaluation

Il existe différents types d'outils d'évaluation qui comportent tous leurs avantages et leurs inconvénients (Chevignard et al., 2006 ; Corbière, 2011).

L'observation en milieu réel permet d'obtenir des informations riches et proches du comportement habituel de la personne évaluée. Mais cette forme d'évaluation prend du temps et est difficilement « standardisable », c'est-à-dire que de nombreux facteurs extérieurs peuvent influencer le comportement observé et qu'on ne peut pas tous les contrôler.

Les auto-questionnaires prennent évidemment moins de temps aux cliniciens. Ils évaluent en général les croyances, les attitudes, les perceptions et les intentions. Ces questionnaires nécessitent en général un certain degré d'introspection, ce qui peut manquer chez les personnes atteintes d'une schizophrénie et peut ainsi biaiser quelque peu les résultats.

Il existe également les entretiens, structurés (avec des questions précises posées dans un ordre prédéfini) ou semi-structurés (questions moins précises, sans ordre défini). L'avantage de cette forme d'évaluation est qu'elle peut s'adresser également à des personnes ayant des difficultés de lecture ou d'écriture. Aussi, les entretiens permettent d'avoir des informations plus riches que dans des questionnaires à questions « fermées » (choix multiples, échelle d'intensité).

Enfin, les mesures instrumentées (comme les tests papier-crayon ou informatisés), permettent d'évaluer de manière assez précise certains processus. L'évaluation et la cotation sont généralement rapides. Par contre, ces tests limitent généralement la généralisation au fonctionnement quotidien, c'est-à-dire qu'ils ne permettent pas toujours de prédire comment la personne fonctionnera en milieu réel.

Au vu de ces différents avantages et inconvénients, il est important de combiner les différentes formes d'évaluation et d'intégrer chaque résultat à une vue d'ensemble de la situation de la personne évaluée.

Dans ce manuel, chaque chapitre aborde une dimension particulière en la définissant brièvement et en donnant quelques explications quant à son impact sur le fonctionnement quotidien et/ou la qualité de vie des personnes atteintes d'une schizophrénie. Les mesures proposées y sont également présentées en bref. Il existe

des manuels indépendants pour la passation et la cotation des différents outils d'évaluation proposés. Une petite fiche récapitulative pour chaque outil de mesure est fournie dans ce manuel. Vous y trouverez le nom abrégé de la mesure, son temps moyen de passation, les scores qu'on obtient (par item et, le cas échéant, au total) et comment les interpréter. Enfin, des références complémentaires sont fournies pour de plus amples informations.

Pour faciliter votre tâche, des tableaux Excel sont disponibles pour corriger les différents tests et échelles. Il suffit donc de remplir les tableaux Excel, les scores s'afficheront automatiquement.

Tableau 1. Outils d'évaluation pour une approche multidimensionnelle de la schizophrénie

Dimension mesurée	Échelles ou tests <u>de base</u>	Échelles ou tests <u>complémentaires</u>
<u>Statut fonctionnel</u>	Functional Remission of General Schizophrenia (FROGS)	
	Specific Level of Functioning Assessment Scale (SLOF) – partie « physique »	
		PROFINTEG
<u>Qualité de vie</u>	Schizophrenic-Quality of Life – version courte (S-QoL 18)	
Estime de soi		Self-Esteem Inventory (SEI)
<u>Symptômes négatifs</u>	Brief Negative Symptoms Scale (BNSS)	

Apathie		Lille Apathy Rating Scale (LARS) – version soignant ou patient
		Lille Apathy Rating Scale (LARS) – version courte
<u>Symptômes positifs</u>	Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)	
		Psychotic Symptoms Rating Scale (PSYRATS)
<u>Désorganisation</u>	Scale for the Assessment of Thought, Language and Communication (TLC)	
<u>Comorbidité :</u> sentiment d'auto-efficacité, anxiété et dépression	General Self-Efficacy Scale Hamilton Anxiety and Depression scale (HAD)	
<u>Neurocognition</u>		
Vitesse de traitement	Trail Making Test A (TMT-A)	
	Stroop couleur	
Flexibilité	Trail Making Test B (TMT-B)	TAP flexibilité
Planification	Test des commissions de Martin	
Inhibition	Stroop - interférence (attention, si difficulté de lecture, trop facile)	TAP Go/NoGo
Mémoire de travail	Séquence lettre-chiffre (WAIS-IV)	TAP mémoire de travail Brown Peterson

		Corsi
Mémoire	California Verbal Learning Test (CVLT)	QAA, QAM, SSTICS
		Rivermead Behavioural Memory Test
Attention	D-2	TAP attention sélective visuelle et auditive Attention divisée
<u>Cognition sociale</u>	Échelle de Répercussion Fonctionnelle des troubles de Cognition Sociale (ERF-CS)	Protocole d'évaluation de la cognition sociale de Bordeaux (PECS-B ; Etchepare et al., 2014)
Reconnaissance des émotions	Geneva Émotion Recognition Test (GERT-S)	
Gestion des relations interpersonnelles	MSCEIT - H	
Théorie de l'esprit	Faux pas – version courte (Université de Bordeaux)	
<u>Conscience morbide (anosognosie)</u>	Scale to assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD)	
	Scale to assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD) – version courte	
<u>Environnement social</u>		
Stigmatisation	Internalized Stigma of Mental Illness Scale (ISMI)	
Attitude familiale	Family Attitude Scale (FAS)	

2. Intervention multidimensionnelle

Le deuxième objectif de cette approche multidimensionnelle de la schizophrénie est de proposer différentes interventions thérapeutiques touchant les dimensions abordées dans un premier temps. Notez qu'il y a évidemment des chevauchements entre les interventions en termes de cibles de prise en charge. Ces interventions seront référencées dans la deuxième partie.

Références

Chevignard, M., Taillefer, C., Picq, C., Poncet, F., & Pradat-Diehl, P. (2006). Évaluation du syndrome dysexécutif en vie quotidienne. In P. Pradat-Diehl & A. Peskine (Eds.) *Évaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne* (pp. 47-65). Paris : Springer-Verlag.

Corbière, M. (2011). L'utilisation d'outils de mesure en milieu clinique : mythe ou nécessité? *Le partenaire*, 20(3), 4-7.

Larøi, F., & Van der Linden, M. (2013). The need for an individualized, everyday life and integrative approach to cognitive remediation in schizophrenia. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 290-304.

Partie I :
Évaluation multidimensionnelle dans la
schizophrénie

1. Statut fonctionnel

Le statut fonctionnel réfère à l'état du fonctionnement quotidien d'une personne. Il tient compte de différents aspects de la vie de tous les jours, notamment ce qui constitue une vie autonome (prendre soin de soi, les tâches ménagères, la gestion administrative de base), les activités (de loisir, sociales, académiques ou professionnelles), la qualité des relations interpersonnelles et l'adaptation aux différentes circonstances de la vie.

Évaluer le statut fonctionnel des personnes atteintes d'une schizophrénie est d'une grande importance car elles présentent généralement des difficultés à différents niveaux de leur vie quotidienne (Larøi & Van der Linden, 2013). Aussi, si l'on met en place une intervention pour réduire, par exemple, l'occurrence de certains symptômes, cela n'a de sens que si on observe également un effet sur la vie de tous les jours et la qualité de vie subjective. Il est donc capital de comprendre comment divers symptômes ou difficultés d'un patient ont un impact sur son quotidien. Certaines personnes vont vivre avec des symptômes positifs résiduels, par exemple, sans que cela n'ait d'effet sur la manière dont elles vivent jour après jour. Qu'est-ce qui chez vos patients pèse sur leur quotidien ? C'est parfois difficile de le déterminer pour le patient lui-même et la prise en charge passera par des phases de tâtonnement. Une première étape est d'évaluer comment cela se passe au quotidien pour l'individu en question.

Mesures de base

Le *Specific Level of Functioning (SLOF) Assessment and Physical Health Inventory* (Schneider & Struening, 1983) est une bien longue appellation pour un outil très simple qui permet de faire rapidement le point sur le fonctionnement physique d'une personne. Avant de mettre en place des interventions thérapeutiques très complexes, il est peut-être bon d'évaluer rapidement la vision, l'audition, le discours et la motricité générale de la personne. Si un patient vous dit qu'il ne parvient plus à lire, qu'il est distrait, qu'il voit trouble, cela n'a peut-être rien à voir avec des hallucinations, mais bien avec la date de son dernier rendez-vous chez l'oculiste au siècle passé. En bref,

l'idée de cette courte échelle d'évaluation permet d'exclure des problèmes physiques qui pourraient expliquer des difficultés quotidiennes.

La *Functional Remission of General Schizophrenia (FROGS)* (Llorca et al., 2009) aborde le fonctionnement quotidien tel que décrit plus haut. Cette échelle vise à évaluer le niveau de « rémission fonctionnelle », c'est-à-dire le niveau de fonctionnement quotidien et social qui satisfait aux attentes et aux rôles sociaux à différents niveaux. Notons que la FROGS ne tient pas compte de la psychopathologie. Cette échelle est remplie à la suite d'un entretien semi-structuré avec le patient.

Un score total d'environ 60 reflète un fonctionnement satisfaisant pour une personne atteinte de schizophrénie en rémission. Il est suggéré de cibler dans la prise en charge les dimensions évaluées par la FROGS qui obtiennent un score inférieur à 3.

Nom	Temps de passation	Scores	Interprétation
SLOF	5 min	Item : 1-5	Item : 1 – empêche le fonctionnement général 2 – restriction substantielle du fonctionnement général 3 – Effet léger sur le fonctionnement général 4 – Problèmes sans effet sur le fonctionnement général 5 – Absence de problèmes
FROGS	± 45 min	Total : 19-95 Item : 1-5	<u>Total</u> : > 57 = satisfaisant Item : 1 – Ne fait pas 2 – Fait partiellement 3 – Fait une part suffisante

			4 – Fait presque tout 5 – Fait parfaitement < 3 : non-satisfaisant
--	--	--	--

Pour aller plus loin...

PROFINTEG (Anselme et al., 2013) est un outil qui permet d'évaluer les difficultés rencontrées dans une série d'activités de la vie quotidienne (près d'une centaine). Un questionnaire général permet un premier « brossage » des activités quotidiennes qui sont réalisées avec ou sans difficultés. Ce questionnaire est utilisé avec le patient, mais également, le cas échéant, avec un soignant ou une personne proche du patient. Le questionnaire général permet d'évaluer si les difficultés sont apparues depuis le déclenchement de la maladie ou non, quelle est la gravité de ces difficultés, leur charge objective et subjective pour le soignant ou l'accompagnant et l'importance que l'activité revêt pour le patient. Ces informations vont soutenir la décision de cibler ou non l'une ou l'autre activité dans la prise en charge.

La deuxième étape de PROFINTEG permet une évaluation très précise des activités sélectionnées. Il ne s'agit donc pas d'évaluer *toutes* les activités que proposent PROFINTEG, mais celles qui sont importantes pour le patient, qui sont particulièrement difficiles ou qui sont une charge importante pour l'accompagnant. Pour chaque activité, on observe où les difficultés se situent (initiation ? omission d'une étape ? exécution erronée d'une étape ? réalisation partielle ? besoin d'aide ?). Ceci permet de préciser la prise en charge de manière à avoir un effet significatif sur le quotidien.

Nom	Temps de passation	Scores	Interprétation
PROFINTEG	45-90 min	Q. général, score de difficulté : 0-5	Difficulté : 0 – pas de problème 1a – problème d'initiation 1b – omission d'une étape

			<p>1c – exécution erronée d'une étape</p> <p>4 – réalisation incorrecte ou partielle malgré persévérance</p> <p>5 – arrêt de l'activité ou dépendance familiale</p> <p>5e – dépendance extérieure</p>
	± 10 min / activité	Par activité, score de dépendance : 0-4	<p>Dépendance :</p> <p>0 – Pas de problème</p> <p>1 – Indice général pour signaler une erreur</p> <p>2 – Indice spécifique</p> <p>3 – Instructions complètes</p> <p>4 – Nécessité d'une intervention physique de l'expérimentateur</p>

Références

Anselme, P., Poncelet, M., Bouwens, S., Knips, S., Lekeu, F., Olivier, C., ..., & Majerus, S. (2013). Profinteg : A tool for real-life assessment of activities of solely living in patients with cognitive impairment. *Psychologica Belgica*, 53(1), 3-22.

Larøi, F., & Van der Linden, M. (2013). The need for an individualized, everyday life and integrative approach to cognitive remediation in schizophrenia. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(3), 290-304.

Llorca, P.-M., Lançon, C., Lancrenon, S., Bayle, F.-J., Caci, H., Rouillon, F., & Gorwood, P. (2009). The "Functional Remission of General Schizophrenia" (FROGS) scale: Development and validation of a new questionnaire. *Schizophrenia Research*, 113, 218-225.

Schneider, L., & Struening, E. (1983). SLOF: a behavioural rating scale for assessing the mentally ill. *Social Work Research & Abstracts*. 9-21.

2. Qualité de vie

Le concept de qualité de vie est ici compris en lien avec la santé et réfère au bien-être et au fonctionnement perçus (de manière subjective) au niveau physique, émotionnel, mental et social (Auquier et al., 2003). Certaines dimensions sont similaires à celles évaluées au niveau du fonctionnement quotidien, à la différence que dans l'évaluation de la qualité de vie, on tient compte du vécu *subjectif*, de ce qui est important d'un point de vue singulier, pour chaque individu, selon ses attentes personnelles par rapport à sa vie.

Étonnement, les personnes atteintes d'une schizophrénie semblent surévaluer leur qualité de vie, malgré la détérioration manifeste de leurs conditions de vie. Ceci peut s'expliquer par un manque de conscience de la maladie et de son impact (Aghababian et al., 2003). Cette question de la conscience morbide sera abordée au chapitre 7.

L'estime de soi est une des dimensions de la qualité de vie à laquelle une attention particulière est apportée. L'estime de soi, c'est-à-dire la valeur qu'on s'attribue à soi-même, est importante car le besoin d'être valorisé fait partie du bien-être. De plus, elle est en lien avec une série de dimensions psychologiques (personnalité, comportements, santé physique et mentale,...). Dans la schizophrénie, une meilleure estime de soi est associée à des plus longues phases de rémission (Holding et al., 2013).

Mesure de base

La version courte de l'auto-questionnaire *Schizophrenia - Quality of Life (S-QoL 18)* (Auquier et al., 2003) évalue les dimensions suivantes : le bien être psychologique, l'estime de soi, les relations avec la famille, les relations avec les amis, la résilience, le bien-être physique, l'autonomie, la vie sentimentale. Pour chacune des 18 questions, le participant indique dans quelle mesure les différentes dimensions sont éloignées ou proches de ses souhaits ou prévisions.

Nom	Temps de passation	Scores	Interprétation
S-QoL 18	5 min	Item : 1-5 <u>Dimension :</u> moyenne des items, transféré sur une échelle 0-100. <u>Score global :</u> moyenne des scores aux différentes dimensions (0-100).	Item : 1 – beaucoup moins que souhaité / beaucoup plus que prévu 2 – moins que souhaité / plus que prévu 3 – un peu moins que souhaité / un peu plus que prévu 4 – autant que souhaité / autant que prévu 5 – plus que souhaité / moins que prévu <u>Dimension et score global :</u> 0 à 100 ; faible à très bonne qualité de vie.

Pour aller plus loin...

L'*Inventaire d'Estime de Soi* (IES) de Coopersmith (1984) est un des questionnaires les plus riches pour évaluer différentes dimensions de l'estime de soi. Cet auto-questionnaire de 52 items aborde l'estime de soi générale, sociale, professionnelle ou scolaire, et familiale.

Nom	Temps de passation	Scores	Interprétation
IES	10-15 min	Item : 0-1 Dimension : 0-8 Score global : 0-50	Item : 0 = me ressemble 1 = ne me ressemble pas

			Score global : <33 : déficit de l'estime de soi
--	--	--	---

Références

Aghababian, V., Coudray, P., Reine, G., Simeoni, M.-C., Pédinielli, J.-L., Lançon, C., & Auquier, P. (2003). Relation entre niveau de conscience de la maladie et qualité de vie subjective des patients schizophrènes. *Annales médicopsychologiques*, 161, 160-165.

Auquier, P., Simeoni, M.-C., Sapin, C., Reine, G., Aghababian, V., Cramer, J., & Lançon, C. (2003). Development and validation of a patient-based health-related quality of life questionnaire in schizophrenia: the S-QoL. *Schizophrenia Research*, 63, 137-149.

Coopersmith, S. (1984). *Inventaire d'Estime de Soi (SEI). Traduction Française*. Paris, France : Centre de Psychologie Appliquée.

Holding, J., Tarrier, N., Gregg, L., & Barrowclough, C. (2013). Self-esteem and Relapse in Schizophrenia: A 5-Year Follow-up Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(8), 653–658.

3. Symptômes de la schizophrénie

La compréhension des symptômes de base dans la schizophrénie a fortement évolué depuis le début de leur observation. Les analyses plus récentes font en fait apparaître trois facteurs principaux : les symptômes positifs, négatifs et la désorganisation. Le syndrome de désorganisation a été rangé tour à tour dans la catégorie des symptômes positifs et négatifs, mais a été plus récemment reconnu comme catégorie à part (Liddle, 1987). La désorganisation peut se manifester tant dans le discours et la pensée (par un langage incohérent, par exemple), que dans le comportement (par des comportements « bizarres » et la désorientation) et les émotions (affects inappropriés).

Les symptômes dits « positifs » réfèrent à la distorsion de la réalité et incluent principalement les idées délirantes et les hallucinations. Les hallucinations peuvent apparaître dans les différents sens (hallucinations auditives, visuelles, sensorielles,...). Les hallucinations auditives peuvent être attribués à soi (« j'entends ma voix ») ou à d'autres, peuvent être d'une complexité variable (des bruits, quelques mots, des phrases, une conversation) et peuvent être perçues comme étant extérieures à l'individu ou venant de l'intérieur de sa tête (Larøi & Woodward, 2007). Les délires peuvent avoir des thèmes assez variés (e.g., délires de grandeur, vs. délires de persécution).

Les symptômes négatifs font référence à la pauvreté psychomotrice. Des études ont montré que les symptômes négatifs étaient mieux appréhendés de manière bidimensionnelle : une dimension référant au déficit expressif (peu d'expressions faciales émotionnelles, alogie), une autre au déficit motivationnel (apathie, avolition, asocialité) (Strauss et al., 2013). Cette nouvelle classification révèle des sous-groupes cliniques présentant des statuts fonctionnels différents. Les personnes atteintes d'une schizophrénie avec un déficit motivationnel prépondérant montreraient plus de difficultés dans leur fonctionnement quotidien, car ces symptômes réduiraient l'implication dans des activités journalières et sociales essentielles. Bien que ces symptômes soient moins « visibles » et moins impressionnants que les symptômes positifs, ils sont présents dès les débuts de la maladie et sont une cible d'intervention indispensable (Ventura et al., 2015). De nombreuses études ont montré que les

symptômes négatifs avaient un impact plus important sur le fonctionnement quotidien que les symptômes positifs (e.g., Rabinowitz et al., 2012).

Mesures de base

La *Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)* (Andreasen, 1984) vise à évaluer la présence d'hallucinations (dans les différentes modalités), d'idées délirantes (persécution, grandeur, culpabilité,...), de comportements « bizarres » et des troubles du discours (le syndrome de désorganisation). Le manuel de la SAPS fournit une explication des différentes dimensions abordées, suggère des questions pour les évaluer et donne des indications précises pour la cotation. Le remplissage de la SAPS se fait à travers un entretien semi-structuré¹.

Les symptômes négatifs sont évalués au cours d'un entretien semi-structuré à l'aide de la *Brief Negative Symptom Scale* (Kirkpatrick et al., 2010). Cette échelle a été récemment développée afin de tenir compte de la nouvelle catégorisation des symptômes négatifs avec d'une part le déficit expressif et d'autre part le déficit motivationnel. De plus, dans l'évaluation de l'amotivation, la BNSS a l'avantage d'évaluer non seulement ce que la personne fait effectivement (par exemple, la fréquence des rencontres sociales), mais aussi d'investiguer son ressenti (par exemple, son intérêt ou désintérêt pour les relations sociales). Un manuel indépendant est disponible pour la passation de la BNSS.

Les symptômes de désorganisation peuvent être appréhendés par la *Scale for the Assessment of Thought, Language and Communication (TLC ; Andreason, 1986)* est un outil de mesure de la dissociation. Ce concept reste toutefois vague s'il n'est pas opérationnalisé. C'est pourquoi la TLC mesure la pensée, le langage et la communication. La dynamique de l'échelle se veut athéorique et à visée uniquement descriptive. Cette échelle comprend 18 items clairement illustrés grâce à des exemples cliniques. La cotation de chaque item se situe de 0 à 4 en fonction de l'intensité du trouble (absent, léger, moyen, sévère, extrême). Le score total de l'échelle se situe de 0 à 72.

¹ Cet entretien semi-structuré peut être combiné à celui nécessaire à la FROGS.

Nom	Temps de passation	Scores	Interprétation
SAPS	15-30 min	Item : 0-5 Global : 0-170	Item : 0 – Absent(e), aucun(e), inexistant(e) 1 – Doute, discutable 2 – Léger(e) 3 – Moyen(ne) 4 – Important(e) 5 – Sévère, grave <u>Global :</u> diviser par 34 pour ramener le score total à une échelle de 0 à 5.
BNSS	10-20 min	Item : 0-5 Global :	Item : 0 – Absent(e), aucun(e), inexistant(e) 1 – Doute, discutable 2 – Léger(e) 3 – Moyen(ne) 4 – Important(e) 5 – Sévère, grave
TLC		Item : 0-4 Total : 0-72	Item (exemple) : 0 – Absent 1 – Léger 2 – Moyen 3 – Sévère (4 – Extrême)

Pour aller plus loin...

La *Psychotic Symptoms Rating Scale* (PSYRATS) (Haddock et al., 1999) permet d'évaluer de manière détaillée les hallucinations auditives et les délires. La fréquence, la durée, la provenance, le volume, la croyance sur l'origine du symptôme, la quantité du contenu négatif, le degré du contenu négatif, le degré de détresse, l'intensité de la détresse, l'impact sur la vie et la contrôlabilité sont évalués pour les hallucinations auditive. Concernant les délires, différents aspects sont également évalués : la fréquence des préoccupations, leur durée, la conviction, le degré de détresse, l'intensité de la détresse et l'impact sur la vie. L'évaluation se fait au cours d'un entretien semi-structuré.

Concernant les symptômes négatifs, l'apathie peut être investiguée via la *Lille Apathy Rating Scale* (LARS) (Sockeel et al., 2006). Les manifestations de l'apathie sont évaluées sous plusieurs dimensions : les activités de la vie quotidienne, les centres d'intérêt, la prise d'initiatives, l'intérêt pour la nouveauté, les efforts volontaires / la motivation, l'intensité des émotions, l'inquiétude, la vie sociale et le comportement social, et la capacité d'autocritique. La LARS se présente sous plusieurs formes : une version de 33 questions (les 9 dimensions citées plus haut) posées à l'accompagnant/l'aidant, ainsi qu'au patient. Une version courte (Dujardin et al., 2013) de 12 questions (7 dimensions, pas d'évaluation de l'inquiétude et de la capacité d'autocritique) est également disponible et ne s'utilise qu'avec le patient. Notez que la passation de la LARS à un accompagnant/un aidant permet d'obtenir des informations plus fiables. Le manuel de la LARS donne des indications précises quant à la façon de poser les questions et de coter les réponses.

Nom	Temps de passation	Scores	Interprétation
PSYRATS	15 min	Item : 0-4	Item : 0 – Absence d'hallucinations, d'idées délirantes ...

			5 – Fréquent, envahissant, détresse intense...
LARS	10-15 min	<u>Total</u> : -36 à 36	Total : [-36 ; -22] Non apathique [-21 ; -17] Tendance à l'apathie [-16 ; -10] Apathie modérée [-9 ; +36] Apathie sévère
LARS - short form	5-10 min	<u>Total</u> : -15 à 15	Total : > -7 : apathie

Références

Andreasen, N. (1984). *The Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*. Iowa City: The University of Iowa.

Andreasen, N. (1986). Scale for the assessment of thought, language, and communication (TLC). *Schizophrenia Bulletin*, 12(3), 473-482.

Andreasen, N. (1989). Scale for the assessment of negative symptoms (SANS). *British Journal of Psychiatry*, 155(7), 53-58.

Bazin, N., Lefrere, F., Passerieux, C., Sarfati, Y., & Hardy-Bayle, M. C. (2002). Troubles formels de la pensée: traduction française de l'échelle d'évaluation de la pensée, du langage et de la communication (Scale for the Assessment of Thought, Language and Communication: TLC). *L'Encéphale*, 28(2), 109-119.

Dujardin, K., Sockeel, P., Carette, A.-S., Delliaux, M., & Defebvre, L. (2013). Assessing apathy in everyday clinical practice with the short-form LARS. *Movement Disorders*, 28(14), 2014-2019.

Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N., & Faragher, E. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychol Med*, 29(4), 879-889.

Kirkpatrick, B., Strauss, G., Nguyen, L., Fischer, B., Daniel, D., Cienfuegos, A., & Marder, S. (2010). The brief negative symptom scale: psychometric properties. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 300-305.

Larøi, F., & Woodward, T. (2007). Hallucinations from a cognitive perspective. *Harvard Review of Psychiatry*, 15(3), 109-117.

Liddle, P., (1987). The symptoms of chronic schizophrenia : a re-examination of the positive-negative dichotomy. *British Journal of Psychiatry*, 151, 145-151.

Rabinowitz, J., Levine, S., Garibaldi, G., Burgaski-Kirola, D., Galani Berardo, C., & Kapur, S. (2012). Negative symptoms have greater impact on functioning than positive symptoms in schizophrenia : analysis of CATIE data. *Schizophrenia Research*, 137, 147-150.

Sockeel, P., Dujardin, K., Devos, D., Deneve, C., Destee, A., & Defebvre, L. (2006). The Lille apathy rating scale (LARS), a new instrument for detecting and quantifying apathy: validation in Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 77, 579-584.

Strauss, G. et al. (2014). A review of reward processing and motivational impairment in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 40(2), s107-s116.

Ventura, J., Subotnik, K., Gitlin, M., Gretchen-Doorly, D., Ered, A., Villa, K., ..., & Nuechterlein, K. (2015). Negative symptoms and functioning during the first year after a recent onset of schizophrenia and 8 years later. *Schizophrenia Research*, 161, 107-413.

4. Anxiété, dépression et sentiment d'auto-efficacité

Les symptômes de la schizophrénie sont souvent accompagnés d'autres symptômes telles que l'anxiété, la dépression ou un faible sentiment d'efficacité personnelle (faible confiance en soi).

Le sentiment d'auto-efficacité correspond à la croyance que l'on a par rapport à nos capacités à réaliser une certaine action. Le sentiment d'auto-efficacité est généralement spécifique à chaque situation (on peut se sentir compétent pour jouer de la guitare, mais pas pour le tricot, par exemple). On reconnaît cependant un sentiment d'auto-efficacité général, constitué des croyances que l'on a de pouvoir s'adapter aux exigences de notre environnement et aux différents challenges du quotidien.

Le sentiment d'auto-efficacité peut avoir un rôle important dans le fait de gérer différents aspects d'une maladie mentale chronique (e.g., gestion du traitement, des symptômes). Aussi, le sentiment d'auto-efficacité peut être affecté par une internalisation de la stigmatisation dont les personnes présentant une schizophrénie font l'objet (De las Cuevas & Peñate, 2015). Plusieurs études ont montré l'impact important du sentiment d'auto-efficacité sur la motivation chez les personnes atteintes d'une schizophrénie, qui influence ensuite le fonctionnement quotidien (Couture et al., 2011 ; Medalia & Brekke, 2010).

Mesures de base

La *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond et Snaith, 1983) est une échelle d'auto-évaluation de la symptomatologie anxieuse et dépressive. L'échelle est conçue pour dépister et évaluer la présence et la sévérité d'un trouble anxieux ou dépressif. Cet outil sert également à apprécier les changements d'état au cours du temps chez le sujet. Il peut être utilisé en milieu clinique ou non-clinique. La passation est rapide et aisée. Les sujets doivent remplir le questionnaire en soulignant les réponses qui correspondent le mieux à leurs émotions ressenties au cours de la

semaine écoulée. Chaque réponse est cotée de 0 à 3 sur une échelle évaluant l'intensité du symptôme. Deux items pour chaque sous-échelle sont inversés. Le score total de chaque sous échelle se situe entre 0 et 21.

La *General Self-Efficacy Scale (GSES)* (Schwarzer & Jerusalem, 1995) est un auto-questionnaire composé de 10 items évaluant la croyance générale de pouvoir s'adapter aux situations difficiles ou nouvelles du quotidien. Le sujet indique dans quelle mesure les différents items s'appliquent à lui.

Nom	Temps de passation	Scores	Interprétation
HADS		Item : 0-3	Item (exemple) : 0 – Jamais 1 – De temps en temps 2 – Souvent 3 – La plupart du temps
GSES	3 min	Item : 1-4 Total : 10-40	Item : 1 – Pas du tout vrai 2 – À peine vrai 3 – Moyennement vrai 4 – Totalement vrai <u>Total</u> : Plus le score est élevé, meilleur est le sentiment d'auto-efficacité général. M = 29.38 (5.36) ²

² Normes dans la population générale allemande.

Références

Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. *Journal of psychosomatic research*, 52(2), 69-77.

Couture, S. et al. (2011). Negative expectancy appraisals and defeatists performance beliefs and negative symptoms of schizophrenia. *Psychiatry Research*, 189, 43-48.

De las Cuevas, C., & Peñate, W. (2015). Validation of the General Self-Efficacy Scale in psychiatric outpatients care. *Psicothema*, 27(4), 410-415.

Medalia, A., & Brekke, J. (2010). In search of a theoretical structure for understanding motivation in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 36(5), 912-918.

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). *Generalized Self-Efficacy scale*. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs (pp. 35- 37). Windsor, England: NFER-NELSON.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.

5. Cognition générale

La cognition regroupe les différents processus mentaux qui soutiennent la connaissance, l'apprentissage et la compréhension du monde qui nous entoure. La cognition inclut ainsi de nombreux processus dont les processus perceptifs, mnésiques (la mémoire épisodique, de travail,...), attentionnels (la vigilance, l'attention divisée, l'attention sélective,...), de raisonnement, de langage, etc. Ces processus cognitifs peuvent être particulièrement déficitaires chez certaines personnes présentant une schizophrénie. Il est cependant difficile de dépeindre un profil cognitif particulier dans la schizophrénie, car on observe des profils assez hétérogènes. De récentes méta-analyses ont soulevé différents processus cognitifs généralement déficitaires dans la schizophrénie – même en l'absence de consommation d'antipsychotiques (Fatouros-Berman et al., 2014; Schaefer et al., 2013). Il s'agit de la vitesse de traitement, l'attention, l'inhibition, la flexibilité cognitive, la mémoire épisodique verbale, la mémoire de travail et la planification. D'autres méta-analyses montrent également que les déficits cognitifs sont intimement liés aux difficultés dans la vie quotidienne des personnes présentant une schizophrénie (e.g., Fett et al., 2011). Par exemple, dans la méta-analyse de Fett et ses collègues (incluant 52 études), il a été montré que les mesures cognitives (y compris les mesures de cognition sociale) expliquaient 25% de la variance du statut fonctionnel dans la schizophrénie (ce qui est beaucoup !). Nous focaliserons ici notre attention sur les processus les plus pertinents pour le fonctionnement quotidien.

La *vitesse de traitement* est une capacité de base qui sous-tend tous les autres processus cognitifs. Il s'agit, comme son nom l'indique, de la vitesse à laquelle diverses informations sont traitées, intégrées, comprises, donc la vitesse à laquelle différents processus cognitifs peuvent être réalisés (Vianin, 2013). Il est évident que si notre vitesse de traitement est très lente, on aura du mal à suivre une conversation, par exemple. De très nombreuses études soulignent l'important déficit de vitesse de traitement observable dans la schizophrénie (e.g., Cella & Wykes, 2013) et du lien avec le fonctionnement quotidien (Ojeda et al., 2008).

L'*attention* est un concept très large qui peut être décrit à différents niveaux. Par exemple, on peut catégoriser les capacités attentionnelles selon leur intensité

(attention soutenue, vigilance, alerte tonique et phasique) ou leur champ de focalisation (attention sélective, attention divisée). Une autre distinction peut être faite entre l'attention dite « bottom-up », automatique, dirigée par les stimuli de l'environnement, et l'attention « top-down », contrôlée, dirigée de manière consciente, réfléchie et résultant d'un certain effort. Les personnes atteintes d'une schizophrénie éprouvent des difficultés à focaliser leur attention sur l'information pertinente pour l'action en cours (Vianin, 2013).

L'*inhibition* fait généralement référence à la capacité à stopper une réaction prédominante (des comportements ou des pensées), non pertinente ou inappropriée par rapport à un but visé (Chan et al., 2006). Vous pourriez, par exemple, vous arrêter de manger les cacahuètes qui sont sous vos yeux, parce que vous aimeriez aussi goûter au délicieux repas préparé par votre belle-mère. En fait, la littérature scientifique fait part de différentes capacités d'inhibition qui seraient trop complexes à décrire ici. Actuellement, les profils cognitifs relatifs aux capacités d'inhibition sont plutôt hétérogènes et il n'est pas clair quels processus d'inhibition sont généralement considérés comme déficitaires dans la schizophrénie (Raffard & Bayard, 2012).

La *flexibilité cognitive* réfère à la capacité de déplacer son centre d'attention d'un type de stimuli à un autre. Par exemple, vous cuisinez tout en conversant avec un ami et vous déplacez votre attention entre vos casseroles et ses paroles. De nouveau, cette capacité peut être déficitaire dans la schizophrénie (e.g., Savla et al., 2012).

La *mémoire de travail* réfère à la capacité de conserver et manipuler une certaine information de manière temporaire (Barch & Ceasar, 2012). La composante « manipulation » est souvent déficitaire chez les personnes atteintes d'une schizophrénie et est importante dans des activités très variées, des relativement simples aux plus complexes, de la vie de tous les jours.

La *mémoire épisodique* fait partie de la mémoire rétrospective ou mémoire à long-terme et implique la mémorisation d'évènements. Nous porterons ici notre attention sur la mémoire épisodique *verbale* qui est problématique chez les personnes présentant une schizophrénie (Wang et al. 2009). La mémoire épisodique verbale serait également en lien avec le fonctionnement quotidien (Ojeda et al., 2008).

Les capacités de *planification* impliquent l'identification et l'organisation d'une (nouvelle) séquence d'opérations à réaliser en vue d'atteindre un certain objectif (par exemple, préparer une pizza, et faite maison de surcroît !). La planification est

une capacité de haut niveau qui inclut d'autres processus cognitifs comme l'inhibition, l'attention, la flexibilité et la mémoire de travail (Berberian et al., 2009). Les personnes présentant une schizophrénie rencontrent généralement d'importantes difficultés de planification (Vianin, 2013) et on imagine bien l'impact que cela peut avoir sur les activités plus complexes de la vie quotidienne.

Mesures de base

Il existe de très nombreux outils de mesure des processus cognitifs. Dans les bilans neurocognitifs, les résultats sont généralement catégorisés selon différents processus cognitifs, mais les tâches utilisées ne sont pas toujours indépendantes les unes des autres. Il est difficile d'isoler parfaitement un processus cognitif et les tests neuropsychologiques s'appuient souvent – au moins en partie – sur d'autres processus que celui visé. Aussi, un déficit dans un processus cognitif peut avoir un impact dans différentes tâches.

Le *Trail Making Test* (Army Individual Test Battery, 1944) est un test composé de deux sous-tests. La partie A permet d'évaluer la vitesse de traitement (motrice également). Les lettres de l'alphabet sont éparpillées sur une feuille A4 et le participant doit les relier dans l'ordre, le plus rapidement possible, en marquant un trait au crayon d'une lettre à l'autre. Dans la partie B, des chiffres et des lettres sont éparpillées sur la feuille. Le participant doit relier le plus rapidement possible les lettres et les chiffres, en alternance, par ordre chronologique et alphabétique. Cette partie du test permet d'évaluer la capacité de flexibilité cognitive.

Le test *D-2* (Brickenkamp, 1998) mesure les capacités d'attention sélective. Le *D-2* implique d'identifier et de barrer une « cible » dans une série de « distracteurs ». On obtient différents scores qui vont nous renseigner notamment sur la vitesse de traitement (nombre total de signes traités) et sur la qualité de l'attention sélective (somme des omissions et des erreurs).

Le *Stroop* (Golden, 1978) est un test composé de différentes épreuves. L'épreuve « couleur », consistant à dire le plus rapidement possible le nom de points de couleurs, évalue la vitesse de traitement. Dans l'épreuve « interférence » des noms de couleurs sont imprimés dans une autre couleur. Le sujet doit dénommer la couleur imprimée sans lire le nom de couleur écrit. Cette épreuve évalue les capacités d'inhibition.

Le *Séquence lettre-chiffre* est un sous-test de la WAIS-III (Wechsler, 2000) qui évalue la partie exécutive de la mémoire de travail. L'expérimentateur donne une suite de lettres et de chiffres et le sujet doit les répéter en les ordonnant (les chiffres d'abord, par ordre croissant, les lettres ensuite, par ordre alphabétique). Les séquences de lettres et de chiffres sont de plus en plus longues. Le test s'arrête une fois que le sujet a échoué deux items d'affilée.

Le *California Verbal Learning Test (CVLT)* (Delis et al., 1987) est un test de mémoire consistant en une liste de 16 mots à mémoriser. Les 16 mots sont regroupés dans 4 catégories sémantiques. Une liste A est d'abord présentée 5 fois, aux cours desquelles le sujet rappelle librement un maximum de mots. Une liste B est alors présentée. La liste A est ensuite à nouveau présentée pour un rappel libre. Des indices (les catégories sémantiques) sont données pour les mots qui n'ont pas été rappelés. Après un délai de vingt minutes, un nouveau rappel libre et indicé de la liste A est réalisé. Enfin, le sujet doit reconnaître les mots de la liste A dans une liste de mots présentant des distracteurs. Ce test permet d'évaluer les capacités mnésiques, et plus spécifiquement la qualité de l'encodage mnésique (est-ce que le sujet utilise spontanément les catégories sémantiques pour mémoriser la liste ?), la sensibilité à l'interférence (liste B), le maintien de l'apprentissage...

Le *Test des Commissions* (Martin, 1972) est une épreuve de planification qui oblige le sujet à s'organiser selon certaines consignes strictes afin de réaliser (de manière fictive) une série de courses et de tâches dans un temps donné. Le sujet reçoit les consignes, la liste des choses à faire et le plan d'un village dans lequel il doit réaliser les différents courses et tâches.

Nom	Processus évalué	Temps de passation	Scores	Interprétation
TMT-A	Vitesse de traitement	3 min		
TMT-B	Flexibilité	< 5min		
D-2	Attention sélective	5-10 min		

Stroop couleur	Vitesse de traitement	3 min	Voir manuels
Stroop interférence	Inhibition (résistance à l'interférence)	< 5 min	
Séquence lettre-chiffre (WAIS)	Mémoire de travail	5-10 min	
CVLT	Mémoire épisodique verbale	30 min	
Test des commissions de Martin	Planification	< 15 min	

Pour aller plus loin

L'épreuve de *Brown-Peterson* (Brown, 1958) consiste à présenter des suites de trois consonnes. Après la présentation de chaque suite, le sujet est amené à effectuer un rappel immédiat, ou à réaliser une tâche de comptage à rebours. Cette tâche permet une évaluation de la mémoire de travail sous différentes conditions (sans interférence, avec interférence « taper », avec interférence « compter », avec interférence « additionner »).

Le *Block-Tapping Test* de Corsi permet l'évaluation de la capacité de mémoire de travail visuelle. Neuf cubes sont disposés devant le sujet. L'expérimentateur pointe successivement une séquence de cubes. Le sujet doit répéter la séquence de cubes dans le même ordre. Après trois essais réalisés avec succès, la longueur des séquences augmente d'un cube. Le test se termine si le sujet commet trois erreurs consécutives.

Le *Rivermead Behavioral Memory test* (Wilson, Cockburn, Baddeley, 1993) permet d'évaluer de manière plus écologique la mémoire rétrospective (en condition « immédiat » et « différé ») et prospective. Pour plus d'information par rapport à ce test, veuillez vous référer au chapitre de Picq, Caron, Bruguière, et Pradat-Diehl (2006)

consacré à l'évaluation écologique de la mémoire. Le test peut être acheté à l'adresse suivante :

<http://www.ecpa.fr/psychomotricite-ergotherapie/test.asp?id=1952>

Le *Test d'Évaluation de l'Attention* (TEA) (Zimmerman & Finn) est un test informatisé permettant d'évaluer différents aspects des capacités attentionnelles. Ce test étant payant, vous pouvez y accéder par vos propres moyens à l'adresse suivante :

<http://www.psytest.net> (sous l'onglet « Produits », choisissez l'option TAP 2.3).

Il existe également des auto-questionnaires permettant de récolter les plaintes subjectives du sujet – ou, le cas échéant, d'un proche ou d'un soignant : le *Questionnaire d'Auto-évaluation de la Mémoire* (QAM) (Van der Linden et al., 1989), le *Questionnaire d'Auto-évaluation de l'Attention* (QAA) (Coyette et al., 1999) et la *Subjective Scale to Investigate Cognition in Schizophrenia* (SSTICS) (Stip et al., 2003).

Enfin, évaluer l'environnement physique de la personne peut aussi être intéressant dans une perspective de remédiation cognitive compensatoire.

Nom	Processus évalué	Temps de passation	Scores	Interprétation
Brown-Peterson	Mémoire de travail	10-15 min	Voir manuels	
Corsi	Mémoire de travail visuelle	10-15 min		
RBMT	Mémoire épisodique rétrospective et prospective	30 min		
QAM	Capacités mnésiques	10 min	Item : 1-6	Item : 1 – Jamais 2 – Très rarement 3 – Parfois

				4 – Souvent 5 – Très souvent 6 – Toujours Normes : voir manuel
QAA	Capacités attentionnelles	10 min	Item : 1-6	Item : 1 – Jamais 2 – Très rarement 3 – Parfois 4 – Souvent 5 – Très souvent 6 – Toujours Normes : voir manuel
SSTICS	Cognition générale	5 min	Item : 0-4	Item : 0 – Jamais 1 – Très rarement 2 – Parfois 3 – Souvent 4 – Très souvent Normes : voir tableaux

L'ouvrage *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie* (Prouteau, 2011) offre une excellente base pour comprendre la problématique de la neurocognition dans la schizophrénie. Cet ouvrage référence également les outils d'évaluation disponibles en langue française.

Références

Barch, D. M., & Ceaser, A. (2012). Cognition in schizophrenia: Core psychological and neural mechanisms. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(1), 27-34.

Berberian, A., Trevisan, B., Moriyama, T., Montiel, J., Oliveira, J., & Seabra, A. (2009). Working memory assessment in schizophrenia and its correlation with executive functions ability. *Revista Brasileira De Psiquiatria*, 31(3), 219-226.

Brown, J. (1958). Some tests of the decay theory of immediate memory. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 10(1), 12-21.

Cella, M., & Wykes, T. (2013). Understanding processing speed – its subcomponents and their relationship to characteristics of people with schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 18(5), 437-451.

Coyette, F., Arno, P., Leclercq, M., Seron, X., & Van der Linden, M. (1999). Questionnaire d'auto-évaluation de l'attention (QAA): élaboration de normes à partir d'une population de 220 sujets adultes. Document non publié, Centre de Revalidation Neuropsychologique des Cliniques Universitaires Saint-Luc, Bruxelles.

Chan, R., Chen, E. Y. H., Cheung, E. F. C., Chen, R. Y. L., & Cheung, H. K. (2006). The components of executive functioning in a cohort of patients with chronic schizophrenia: A multiple single-case study design. *Schizophrenia Research*, 81(2-3), 173-189.

Delis, D.C., Kramer, J.H., Kaplan, E., & Ober, B.A. (1987). *CVLT California Verbal Learning Test: Adult version. Manual*. Toronto: The Psychological Corporation. Harcourt Jovanovich.

Fatouros-Bergman, H., Cervenka, S., Flyckt, L., Edman, G., & Farde, L. (2014). Meta-analysis of cognitive performance in drug-naïve patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 158(1-3), 156-162.

Fett, A. , Viechtbauer, W., Dominguez, M., Penn, D., Van Os, J., & Krabbendam, L. (2011). The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: A meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(3), 573-588.

Golden, C. (1978). Stroop color and word test: A manual for clinical and experimental uses. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Martin, R. (1972). *Le test des commissions. Epreuve d'adaptation méthodique*. Bruxelles, Belgium. Matthews, G., & Wells, A. (2000). Attention, automaticity, and affective disorder. *Behavior Modification*, 24, 69-93.

Ojeda, N., Pelia, J., Sanchez, P., Elizagarate, E., & Ezcurra, J. (2008). Processing speed mediates the relationship between verbal memory, verbal fluency, and functional outcome in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 101(1-3), 225-233.

Picq, C., Caron, E., Bruguière, P., & Pradat-Diehl, P. (2006). Approche écologique de l'évaluation mnésique. In *Évaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne* (pp. 25–36). Paris: Springer Paris. doi:10.1007/2-287-34365-2_4

Raffard, S., & Bayard, S. (2012). Understanding the executive functioning heterogeneity in schizophrenia. *Brain and Cognition (Print)*, 79(1), 60-69.

Savla, G., Twamley, E., Delis, D., Roesch, S., Jeste, D., & Palmer, B. (2012). Dimensions of executive functioning in schizophrenia and their relationship with processing speed. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 760-768.

Schaefer, J., Giangrande, E., Weinberger, D. R., & Dickinson, D. (2013). The global cognitive impairment in schizophrenia: Consistent over decades and around the world. *Schizophrenia Research*, 150(1), 42-50.

Stip, E., Caron, J., Renaud, S., Pampoulova, T., & Lecompte, Y. (2003). Exploring cognitive complaints in schizophrenia: the subjective scale to investigate cognition in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 331-340.

The new army individual test of general mental ability. (1944). *Psychological Bulletin*, 41(8), 532-538.

Van der Linden, M., Wijns, Ch., Von Frenkell, R., Coyette, F., & Seron, X. (1989). *Un questionnaire d'auto-évaluation de la mémoire (QAM)*. Bruxelles: Editest.

Vianin, P. (2013). *La remédiation cognitive dans la schizophrénie. Le programme RECOS*. Bruxelles: Mardaga.

Wang, Y., Cui, J., Chan, R. C. K., Deng, Y., Shi, H., Hong, X., ... Shum, D. (2009). Meta-analysis of prospective memory in schizophrenia: Nature, extent, and correlates. *Schizophrenia Research*, 114(1-3), 64-70.

Wechsler, D. (2000). *WAIS-III: Echelle d'Intelligence de Wechsler pour Adultes (3ème édition)*. Paris: Les éditions du Centre de Psychologie Appliquée.

Wilson, B., Cockburn, J., Baddeley, A. (1993). *The Rivermead Behavioral Memory Test*. Bury St Edmunds: Thames Valley test Company. Traduction française : RBMT, Paris, ECPA.

6. Cognition sociale

La cognition sociale est un concept multidimensionnel qui fait référence aux processus cognitifs, mais également émotionnels, impliqués dans les interactions sociales (Merceron & Prouteau, 2013). Plus précisément, la cognition sociale impliquerait trois étapes : (1) la perception, (2) le traitement (l'interprétation, la prédiction) et (3) l'élaboration de la réaction vis-à-vis des émotions, états mentaux et comportements d'autrui (Pinkham et al., 2014).

Il n'y a actuellement pas de réel consensus concernant les différentes dimensions composant la cognition sociale. Celles qui sont le plus souvent retenues sont : la perception des émotions, la perception des relations sociales, la théorie de l'esprit et les styles d'attribution. Des chevauchements existent entre ces différentes dimensions :

- La perception émotionnelle : capacité nécessitant des processus de bas niveau, telle que la perception/la reconnaissance des indices de nature émotionnelle, et de plus haut niveau, comme la compréhension et la gestion des émotions (Pinkham et al, 2014).
- La perception des relations sociales : capacité à identifier, comprendre et/ou utiliser les relations, les rôles, les règles et les contextes sociaux (Green et al., 2008). Les connaissances sociales sont très liées à la perception sociale et peuvent être comprises comme les schémas sociaux qui sont appliqués aux indices sociaux perçus dans le but de générer la réaction appropriée (Fizdon & Reddy, 2012).
- La théorie de l'esprit (« theory of mind »): « la capacité à se représenter les états d'esprit d'autrui, incluant les inférences des intentions, dispositions et/ou croyances » (Pinkham et al., 2014, p. 5).
- Les styles d'attribution : fait référence à la façon d'attribuer les causes à des événements sociaux ou des interactions (Pinkham et al., 2014).³

³ Notons que les styles d'attribution ne permettraient pas de prédire le statut fonctionnel des personnes atteintes d'une schizophrénie, mais seraient davantage liés aux symptômes positifs (Mancuso et al., 2011).

Une distinction peut également être faite entre des processus de bas niveau (i.e., les processus perceptifs) et de haut niveau (i.e., processus inférentiels et de régulation) (Pinkham et al., 2014). Enfin, une autre différenciation existe entre le versant émotionnel (e.g., perception des indices émotionnels, empathie émotionnelle) et un versant cognitif (e.g., théories de l'esprit, connaissances de règles sociales) (Etchepare et al., 2014).

Le modèle en trois étapes décrit plus haut (perception, traitement, réaction) met en lumière le lien entre la cognition sociale et les comportements interpersonnels et suggère qu'une altération de la cognition sociale résulterait en des difficultés au niveau du fonctionnement social (Pinkham et al., 2014). Plusieurs études ont effectivement montré le lien entre la cognition sociale et le fonctionnement quotidien en général, au-delà de la contribution des processus cognitifs autres que sociaux (Fett et al., 2011).

Mesures de base

Actuellement, il existe peu de mesures de la cognition sociale validées en français. Nous avons sélectionné des tests qui nous paraissent les plus intéressants et les plus pertinents par rapport au fonctionnement quotidien.

Le *Geneva Emotion Recognition Test – short version* (GERT-S) (Schlegel & Scherer, 2016) consiste en un test sur ordinateur composé de 42 courtes vidéos exposant différentes émotions (positives et négatives). Étant donné qu'il s'agit de vidéos, différentes modalités sont présentées : l'expression émotionnelle faciale, la voix et la gestuelle. Les émotions sont présentées par différents acteurs, hommes et femmes, d'âges différents. Ce test a donc une bonne validité écologique, c'est-à-dire qu'il évalue une variable de manière très réaliste. Notons que les acteurs prononcent des mots « artificiels », sans signification, la compréhension du français n'est donc pas une nécessité. Après chaque vidéo, le participant doit choisir parmi 14 émotions celle qui était présentée.

La section H (partie « gestion émotionnelle ») du *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test* (MSCEIT) (Mayer et al., 2003) permet d'évaluer les capacités de gestion des relations interpersonnelles. Ce test est composé de trois brèves histoires impliquant plusieurs personnages. Trois questions par histoire sont posées afin

d'évaluer quels comportements sont les plus appropriés pour gérer la relation à l'autre.

Le test des *Faux pas* (version courte de l'Université de Bordeaux ; Etchepare et al., 2014) consiste en 10 histoires impliquant des personnages, dont certains commettent un faux pas. Ce test permet de mesurer les capacités de théorie de l'esprit. Le participant doit déterminer quelles histoires contiennent des faux-pas. Lorsque la personne détecte un faux-pas, des questions pour évaluer la compréhension de ce faux pas sont posées. Des questions « contrôles » de compréhension de l'histoire en général sont également posées de manière à s'assurer que la personne n'a pas un problème de compréhension « simple » qui expliquerait la non-détection d'un faux pas. Dans ce test, il est demandé au participant de s'exprimer sur comment le personnage dans l'histoire se sent, permettant ainsi une évaluation de l'empathie émotionnelle (ou théorie de l'esprit *affective*). Les réponses permettent d'obtenir différents indices concernant la compréhension des faux pas et de l'absence de faux pas, et l'empathie. Le manuel du test des Faux pas aide à la cotation des différents items.

L'*Echelle de Répercussion Fonctionnelle des troubles de la Cognition Sociale* (Peyroux & Gaudelus) est un auto-questionnaire qui permet au patient de manifester ses difficultés dans son quotidien par rapport aux différents aspects de la cognition sociale.

Nom	Temps de passation	Scores	Interprétation
GERT-S	15 min	Pourcentage de réponses correctes	Voir test en ligne
MSCEIT - H	5 min	Score standardisé : Moyenne = 100	< 70 : capacité très faible [70 ; 90] : capacité faible [90 ; 110] : capacité dans la moyenne [110 ; 130] : capacité élevée

			> 130 : capacité très élevée
Faux pas	20 min	Voir manuel	Pas de normes actuellement

Pour aller plus loin

L'Université de Bordeaux est en cours de validation d'une batterie d'évaluation des différentes dimensions de la cognition sociale : le *Protocole d'évaluation de la cognition sociale de Bordeaux* (PECS-B ; Etchepare et al., 2014) peut être utilisé dans sa totalité à condition de partager les données obtenues avec les chercheurs de l'université. Le PECS-B évalue la perception des émotions (*Faces test*), la théorie de l'esprit (*Faux pas*, *Interprétation du regard*), la fluence émotionnelle, les attributions d'intentions (*Tâche d'attribution d'intentions*), l'alexithymie (*Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire*), et le niveau de conscience émotionnelle (*Level of Emotional Awareness Scale*).

Le MSCEIT peut également être utilisé pour évaluer l'intelligence émotionnelle de manière générale. Il évalue la perception, l'assimilation, la compréhension et la gestion des émotions. Le test est accessible en ligne, gratuitement, à l'adresse suivante : <http://www.eurotests.com>

Références

Etchepare, A., Merceron, K., Amieva, H., Cady, F., Roux, S., & Prouteau, A. (2014). Évaluer la cognition sociale chez l'adulte : Validation préliminaire du protocole d'évaluation de la cognition sociale de bordeaux (PECS-B). *Revue De Neuropsychologie, Neurosciences Cognitives Et Cliniques*, 6(2), 138-149.

Fett, A. J., Viechtbauer, W., Dominguez, M., Penn, D. L., van Os, J., & Krabbendam, L. (2011). The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: A meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(3), 573-588.

Mayer, J., Salovey, P., Caruso, D., & Lopez, P. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion*, 3, 97-105.

Merceron, K., & Prouteau, A. (2013). Évaluation de la cognition sociale en langue française chez l'adulte: Outils disponibles et recommandations de bonne pratique clinique. *L'Évolution Psychiatrique*, 78(1), 53-70.

Pinkham, A. E., Penn, D. L., Green, M. F., Buck, B., Healey, K., & Harvey, P. D. (2014). The social cognition psychometric evaluation study: Results of the expert survey and RAND panel. *Schizophrenia Bulletin*, 40(4), 813-823.

Fiszdon, J. M., & Reddy, L. F. (2012). Review of social cognitive treatments for psychosis. *Clinical Psychology Review*, 32(8), 724-740.

Schlegel, K., & Scherer, K. R. (2016). Introducing a short version of the Geneva Emotion Recognition Test (GERT-S): Psychometric properties and construct validation. *Behaviour Research Methods*, 48(4), 1383-1392.

7. Conscience morbide

La conscience de la maladie, de ses symptômes, de ses conséquences ou du besoin d'un traitement, est appelée « conscience morbide ». On parle d'« anosognosie » quand la conscience est très faible ou absente. Dans la littérature anglo-saxonne, on parle également d'« insight », terme qui commence à faire sa place également dans la langue française. Il y a plusieurs dimensions à la conscience morbide : la conscience du trouble, de ses symptômes, de ses conséquences. Certaines personnes peuvent avoir une conscience de certains symptômes, mais pas d'autres ; d'autres personnes pensent ne pas présenter un trouble spécifique, mais reconnaissent les effets bénéfiques des médicaments. Un autre aspect de la conscience morbide concerne l'attribution qui est faite par rapport aux symptômes (attribués à la maladie ou non). L'insight peut donc varier selon les dimensions évaluées.

Une faible prise de conscience (de l'état psychopathologique, de ses conséquences, des effets des médicaments) a été mise en lien avec le statut fonctionnel des patients souffrant de schizophrénie. Ainsi, une prise de conscience imparfaite de la maladie est étroitement liée à des performances plus faibles au niveau des activités professionnelles (qualité du travail, habitudes de travail, esprit de collaboration, présentation personnelle) (Lysaker et al., 2002).

Notons cependant que plusieurs études montrent un lien de corrélation négatif entre la conscience morbide et la qualité de vie : plus la conscience de la maladie est importante, moins bonne est la qualité de vie à tous les niveaux (Aghababian et al., 2003). L'estime de soi est fortement corrélée au degré de conscience morbide, c'est-à-dire qu'une plus grande conscience de la maladie est liée à une plus faible estime de soi. Il est donc important, d'un point de vue fonctionnel, d'augmenter la conscience de la maladie, de ses conséquences et du traitement, mais d'un point de vue de la qualité de vie, de maintenir ou de développer en parallèle l'estime de soi. Ce point sera abordé dans la partie sur les interventions.

Mesures de base

Selon le temps dont vous disposez, vous pouvez utiliser la version complète ou courte de la *Scale to assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD)* (. Un manuel très complet vous fournit des suggestions pour l'entretien et des informations sur la cotation.

La SUMD consiste en un entretien semi-structuré évaluant la conscience morbide dans deux principales dimensions : la conscience (du trouble mental, des effets du traitement, des conséquences sociales du trouble, des différents symptômes) et le processus d'attribution des symptômes. Ces deux dimensions sont évaluées selon les points de vue actuels et passés rapportés par le patient. La version longue de la SUMD investiguent tous les symptômes possiblement présents dans la schizophrénie : les hallucinations, les délires, le trouble de la pensée, les affects inappropriés, l'apparence inadaptée, les comportements stéréotypés ou ritualisés, le jugement social pauvre, le contrôle faible d'impulsions agressives et sexuelles, le discours ralenti ou appauvri, les affects monotones ou émoussés, l'apathie, le manque de volonté, l'anhédonie ou la diminution de la sociabilité, les difficultés attentionnels, le fait d'être confus, désorienté.

La SUMD-S (version courte) (Michel et al., 2013) fonctionne également sous forme d'entretien semi-structuré évaluant la conscience (du trouble mental, de ses conséquences, des effets du traitement et de différents symptômes) et les attributions faites actuellement par rapport à la présence des symptômes. Les symptômes évalués sont les expériences hallucinatoires, les idées délirantes, la désorganisation des pensées, l'émoussement affectif, l'anhédonie et le manque de sociabilité.

Nom	Temps de passation	Scores	Interprétation
SUMD	45 min	0-5	0 – ne peut pas être coté, non-pertinent Conscience du trouble : 1 – conscient 3 – relativement conscient 5 – non conscient

			Attribution des symptômes : 1 – Attribution correcte 3 – Attribution partielle 5 – Attribution incorrecte
SUMD-S	15 min	1-3	Conscience du trouble : 1 – conscient 2 – relativement (in)conscient 3 – non conscient Attribution des symptômes : 1 – Attribution correcte 2 – Attribution partielle 3 – Attribution incorrecte

Références

Aghababian, V., Coudray, P., Reine, G., Simeoni, M.-C., Pédinielli, J.-L., Lançon, C., & Auquier, P. (2003). Relation entre niveau de conscience de la maladie et qualité de vie subjective des patients schizophrènes. *Annales médicopsychologiques*, 161, 160-165.

Amador, X., & Strauss, D. (1990). *The Scale to assess Unawareness of Mental Disorder*. New York (NY): Columbia University and New York Psychiatric Institute.

Lysaker, P., Bryson, G., Lancaster, R., Evans, J., & Bell, D. (2002). Insight in schizophrenia : associations with executive function and coping style. *Schizophrenia Research*, 59, 41-47.

Michel, P., Baumstarck, K., Auquier, P., Amador, X., Dumas, R., Fernandez, J., ..., & Boyer, L. (2013). Psychometric properties of the abbreviated version of the Scale to assess Unawareness in Mental Disorder in schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 13(229), 1-10.

8. Environnement social

Divers facteurs environnementaux, comme les attitudes familiales et la stigmatisation, sont aussi en association étroite avec le statut fonctionnel et la qualité de vie dans la schizophrénie.

Au niveau familial, on observe une relation claire entre les attitudes des différents membres de la famille et le fonctionnement socioprofessionnel des personnes atteintes d'une schizophrénie (Girón & Gómez-Beneyto, 2004). Un milieu familial tolérant, non intrusif et soutenant le patient favoriserait leur intégration sociale et professionnelle. Il semblerait que les attitudes familiales négatives apparaissent au long cours de la maladie, en réponse à l'accumulation des difficultés générées par le fait de vivre avec une personne atteinte d'une maladie mentale (Hooley et al., 1995).

À une échelle plus large, l'attitude sociale montre également un impact non-négligeable. La stigmatisation internalisée (le processus par lequel les individus concernés s'attribuent à eux-mêmes les stéréotypes liés à leur groupe d'appartenance) est aussi associée au statut fonctionnel, et surtout au fonctionnement professionnel des patients (Yanos et al., 2010). Des études montrent même que la stigmatisation peut avoir un effet aussi dommageable que les symptômes-mêmes de la maladie (Feldman & Crandall, 2007).

Mesures de base

La *Family Attitude Scale* (FAS) (Kavanagh et al., 1997) est soumise aux membres de la famille qui sont en contact fréquent avec le patient. La FAS évalue les pensées et émotions que les membres de la famille en question peuvent avoir vis-à-vis du patient. Les membres de la famille doivent indiquer la fréquence à laquelle ils ressentent ce qui est décrit dans chaque proposition du questionnaire. Des attitudes négatives par rapport au membre de la famille atteint d'une schizophrénie est une indication pour de la psychoéducation (des informations par rapport à la maladie, aux difficultés qu'elle génère, à comment les gérer).

L'*Internalized Stigma of Mental Illness scale* (ISMI) (Boyd et al., 2003) est un auto-questionnaire qui évalue l'expérience subjective de la stigmatisation. Il est demandé

au patient d'indiquer dans quelle mesure il est d'accord avec 30 propositions évaluant l'aliénation, l'approbation des stéréotypes, les expériences de discrimination, le retrait social et également la résistance à la stigmatisation. Une importante stigmatisation internalisée devra être abordée dans le cadre de l'estime de soi en général. Ceci sera abordé dans la partie sur les interventions.

Nom	Temps de passation	Scores	Interprétation
FAS	5-10 min	Item : 0-4 Total : 0-120	Item : 0 – jamais 1 – rarement 2 – parfois 3 – presque chaque jour 4 – tous les jours Total : > 60 : prédit la rechute (Kavanagh et al., 2008)
ISMI	10-15 min	1-4	1 – pas du tout d'accord 2 – pas d'accord 3 – d'accord 4 – tout à fait d'accord <u>Scores élevés :</u> stigmatisation internalisée élevée.

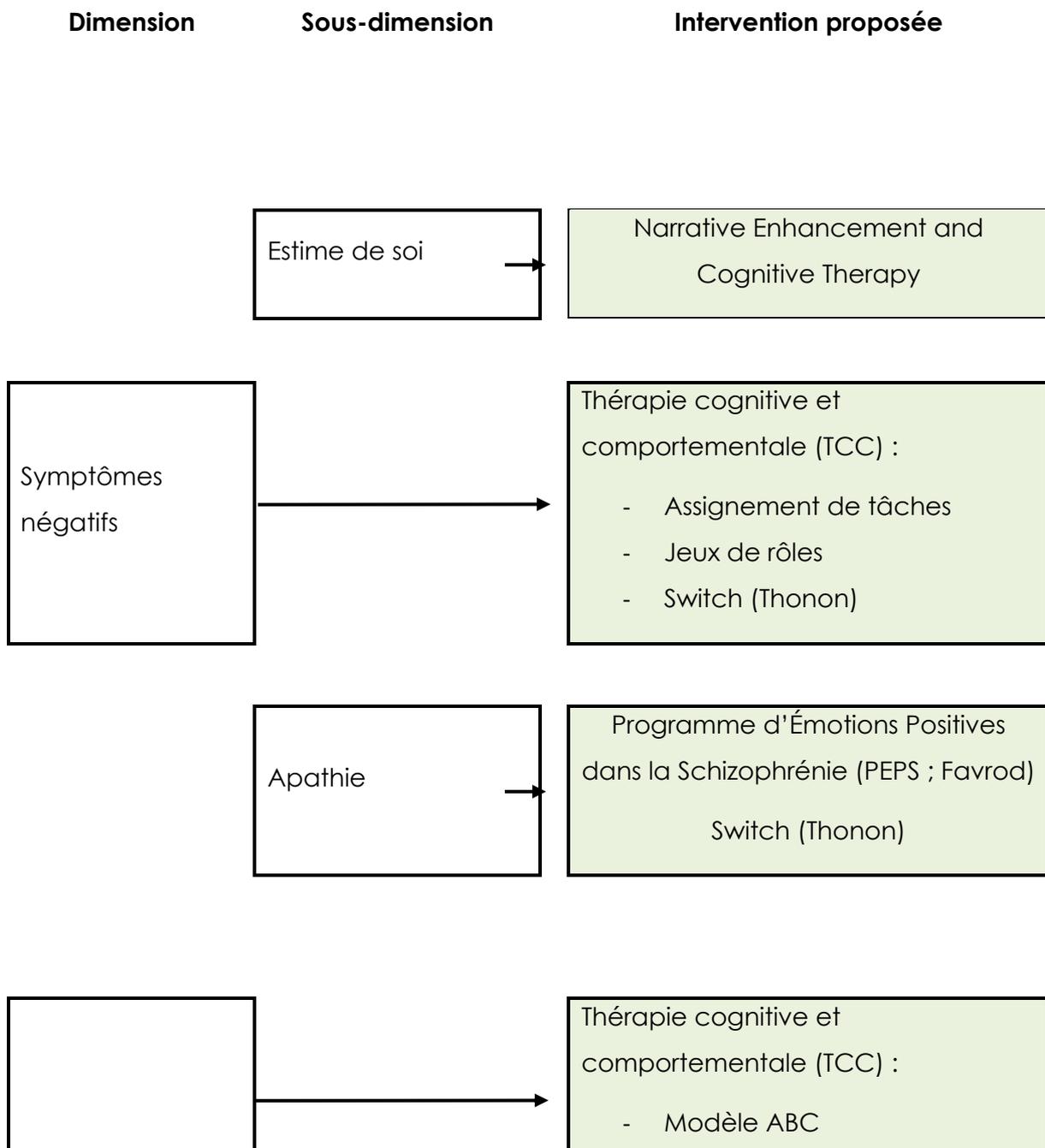
Références

- Boyd Ritsher, J., Otilingam, P., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, *121*, 31–49.
- Feldman, D., & Crandall, C. (2007). Dimensions of mental illness stigma: What about mental illness causes social rejection? *Journal of Social and Clinical Psychology*, *26*(2), 137-154.
- Girón, M., & Gómez-Beneyto, M. (2004). Relationship between family attitudes and social functioning in schizophrenia: A nine-month follow-up prospective study in Spain. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *192*, 414-420.
- Hooley, J., Rosen, L., & Richters, J. (1995). Expressed Emotion: Toward Clarification of a Critical Construct. In G. Miller (Ed.), *The Behavioral High-Risk Paradigm in Psychopathology* (pp. 88-120). New-York : Springer.
- Kavanagh, D., O'Halloran, P., Manicavasagar, V., Clark, D., Piatkowska, O., Tennant, C., & Rosen, A. (1997). The Family Attitude Scale: Reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families. *Psychiatry Research*, *70*, 185–195.
- Yanos, P.T., Lysaker, P.H., & Roe, D. (2010). Internalized stigma as a barrier to improvement in vocational functioning among people with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Research*, *178*, 211-213.

Partie II :
Intervention multidimensionnelle dans la
schizophrénie

1. Schéma récapitulatif des interventions

Ci-dessous, vous trouverez un schéma vous aidant à choisir les interventions permettant d'influencer les différentes dimensions que vous aurez précédemment mesurées. Ces interventions sont scientifiquement validées et ont déjà montré leur efficacité. Elles peuvent être une intéressante source d'inspiration pour la mise en place d'une intervention sur mesure.



Symptômes positifs

- Stratégies de coping
 - Modifications des croyances
- Entraînement métacognitif (EMC)

Cognition sociale

Programme de réalité virtuelle intégrée

Reconnaissance des émotions

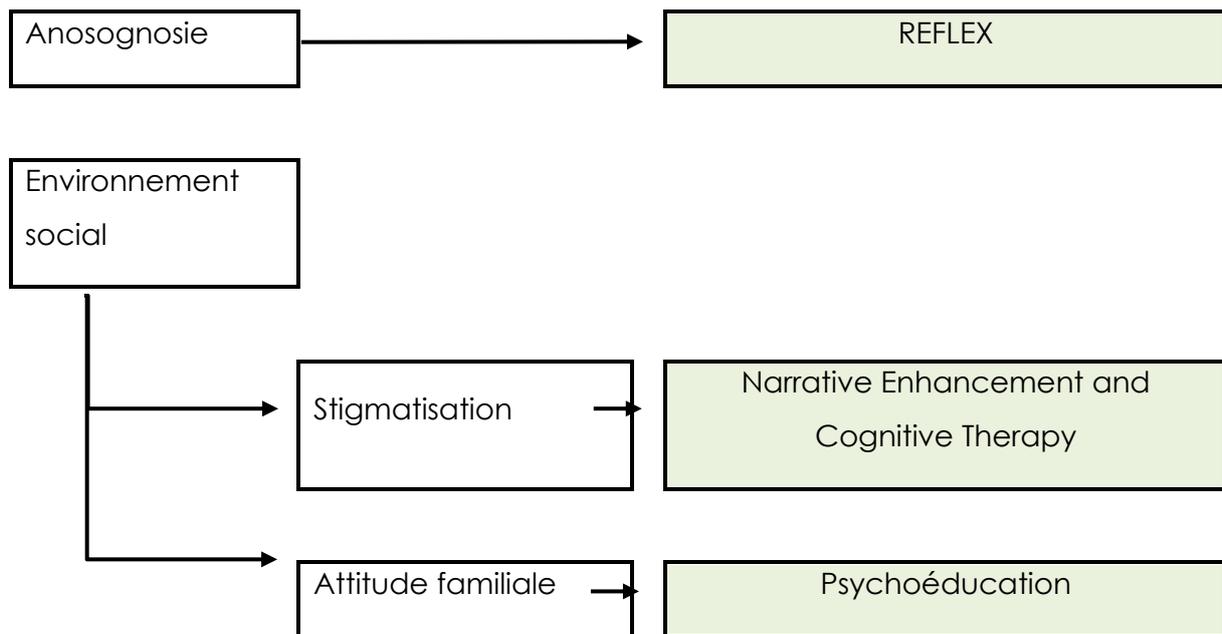
Remédiation cognitive de la reconnaissance émotionnelle

Théorie de l'esprit

Entraînement à la théorie de l'esprit
Entraînement métacognitif (EMC)

Neurocognition
Vitesse de traitement
Flexibilité
Planification
Inhibition
Mémoire de travail
Mémoire
Attention

Goal Management Training
RECOS
...
Attention Training Technique (ATT)



Vous trouverez dans le dossier « Interventions » une série d'articles scientifiques ou de vulgarisation présentant différentes approches thérapeutiques ayant fait leur preuve. Le dossier « Interventions » est divisé entre plusieurs dossiers correspondant aux différentes cibles d'intervention, c'est-à-dire les dimensions exposées dans la première partie de ce manuel. Cette division est cependant artificielle étant donné que les effets des interventions concernent généralement plusieurs dimensions.

Nous vous conseillons également les ouvrages généraux suivants :

Favrod, J., Maire, A., Rexhaj, S., & Nguyen, A. (2015). *Se rétablir de la schizophrénie. Guide Pratique pour les professionnels*. Paris : Elsevier-Masson.

Rochat, L., & Van der Linden, M. (2015). La réhabilitation de la cognition sociale dans la schizophrénie. In M. Van der Linden, G. Ceschi, & J. Billieux (Eds.), *Interventions psychologiques en psychopathologie cognitive*,

Franck, N. (2012). *Remédiation cognitive*. Paris : Elsevier-Masson.

Franck., N. (2014). *Cognition sociale et schizophrénie*. Paris : Elsevier-Masson.

Vianin, P. (2013). *La remédiation cognitive dans la schizophrénie. Le programme RECOS*. Bruxelles: Mardaga.

...