

Université de Montréal

**Fonctionnement social et rétablissement à la suite d'un
premier épisode psychotique**

par

Geneviève Bourdeau

Département de psychologie

Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph. D.)
en psychologie
option psychologie clinique

Décembre 2012

© Geneviève Bourdeau, 2012

Résumé

De nos jours, l'idée selon laquelle bon nombre d'individus atteints de psychose peuvent se rétablir sensiblement au fil du temps est de plus en plus répandue. Alors que le milieu médical associe le rétablissement à la rémission symptomatique, les usagers de services en santé mentale le voient plutôt comme un processus où l'absence de symptômes n'est pas une condition sine qua non. Ne s'opposant à ni l'un ni l'autre de ces points de vue, le traitement actuel des psychoses vise le retour à un fonctionnement social approprié.

Chez les jeunes atteints d'un premier épisode psychotique, une diminution marquée des symptômes après un traitement pharmacologique se traduit rarement en une amélioration significative du fonctionnement, ce qui justifie la mise en place d'interventions psychosociales. On connaît aujourd'hui quelques variables associées au fonctionnement social chez cette population, mais celui-ci a peu été étudié de façon spécifique. De même, on connaît mal la manière dont ces jeunes vivent leur rétablissement en tant que processus.

Cette thèse porte donc sur le rétablissement et le fonctionnement social de jeunes en début de psychose. La première partie consiste en une introduction aux concepts de rétablissement et de réadaptation, et en une revue de la littérature des interventions psychosociales pouvant favoriser leurs rétablissement et fonctionnement. Plus spécifiquement, nous illustrons comment ces interventions peuvent s'appliquer aux adolescents, clientèle sur laquelle peu de littérature existe actuellement.

La deuxième partie présente les résultats d'une étude sur la valeur prédictive de variables sur trois domaines du fonctionnement social de 88 jeunes adultes en début de

psychose. Des équations de régression multiple ont révélé qu'un niveau plus élevé de dépression était associé à une vie sociale moins active, qu'un moins bon apprentissage verbal à court terme était associé à un plus bas fonctionnement vocationnel, que le fait d'être de sexe masculin était négativement associé aux habiletés de vie autonome, et qu'un niveau plus élevé de symptômes négatifs prédisait de moins bonnes performances dans les trois sphères du fonctionnement.

Finalement, la troisième partie s'intéresse au processus de rétablissement en début de psychose par l'analyse de récits narratifs selon un modèle en cinq stades. Nous avons découvert que l'ensemble de notre échantillon de 47 participants se situaient dans les deux premiers stades de rétablissement lors du premier temps de mesure, et que le fait de se trouver au deuxième stade était associé à de meilleurs scores d'engagement social et de fonctionnement occupationnel, à un meilleur développement narratif, à moins de symptômes négatifs et positifs, et à plus d'années de scolarité. Par ailleurs, l'examen des stades à deux autres temps de mesure a révélé des profils relativement stables sur une période de neuf mois.

En somme, les résultats démontrent la nécessité d'évaluer le fonctionnement social de façon plus spécifique et l'importance d'offrir des interventions psychosociales en début de psychose visant notamment le développement des relations et l'intégration scolaire/professionnelle, ou visant à améliorer le faible développement narratif. Cette thèse est, de plus, un premier pas dans l'étude du processus de rétablissement des jeunes atteints de psychose.

Mots-clés : premier épisode psychotique, fonctionnement social, rétablissement, interventions psychosociales, adolescents, développement narratif, symptômes négatifs.

Abstract

Currently, the idea that several individuals experiencing psychosis can show evidence of recovery over time is gaining in popularity. Although recovery is viewed as the disappearance of symptoms in the medical field, consumers of mental health services see it more as process in which the complete absence of symptoms is not a sine qua non. Nevertheless, the current treatment for psychosis is aimed at regaining a satisfactory level of social functioning.

In individuals experiencing a first psychotic episode, a noticeable decrease in symptoms is rarely associated with a significant improvement in functioning. Therefore, psychosocial interventions are necessary to assist in recovery. The literature has identified a number of variables associated with social functioning in this population, but to date, there are no studies investigating this aspect in details. Furthermore, very little is known about how these youth experience the process of recovery.

This thesis dissertation will therefore address recovery and social functioning in young people experiencing a first episode of psychosis. A first section will serve as an introduction to the concepts of recovery and rehabilitation and a review of the literature on psychosocial interventions promoting recovery and functioning. Specifically, we will illustrate how these interventions can apply to adolescents, a population for which very few studies have been published.

A second section will present the results of a study on the predictive value of variables on three domains of social functioning in 88 young adults in early psychosis. Multiple regression analyses showed that a more severe depression was associated with a

less active social life; that a poorer short term verbal learning ability was associated with poorer vocational functioning; and that men showed poorer independent living skills. Furthermore, more severe negative symptoms were associated with poorer performances in all three spheres of social functioning.

Finally, the third section will address the recovery process in early psychosis through the analysis of narratives using a five stage recovery model. We determined that overall, our sample of 47 individuals were classified within the first two stages of recovery at baseline and that those classified in the second stage showed better social engagement and vocational functioning scores, a better narrative development, less severe positive and negative symptoms, and had attained a higher educational level. Furthermore, the analysis of the stages of recovery across two others time points show that these profiles are relatively stable over a 9 month period.

In conclusion, these results show that it is necessary to evaluate social functioning in a more detailed manner, and reaffirms the importance of making psychosocial interventions available to service users experiencing early psychosis. It highlights, in particular, the need for services aimed towards the development of social relationships and educational/vocational integration, or interventions addressing deficits in narrative development. Moreover, this thesis dissertation is a first step towards the study of the recovery process of young adults experiencing psychosis.

Keywords : first episode psychosis, social functioning, recovery, psychosocial interventions, adolescents, narrative development, negative symptoms.

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	iv
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures.....	viii
Remerciements.....	x
Avant-propos.....	xi
Introduction.....	1
Première partie	
« Interventions psychosociales pour adolescents atteints de psychose ».....	29
Deuxième partie	
« Social Functioning in Early Psychosis: Are All the Domains Predicted by the Same Variables? ».....	109
Troisième partie	
« Stages of recovery in early psychosis: associations with symptoms, function and narrative development ».....	127
Conclusion.....	162
Bibliographie (introduction et conclusion).....	181
Annexe I.....	xii
Annexe II.....	lxxix
Annexe III.....	lxxxix

Liste des tableaux

Introduction

Tableau 1 - Stades de rétablissement.....	8
---	---

Première partie

Tableau 1 - Risques relatifs de présenter un problème de consommation selon le trouble mental, en comparaison avec la population générale.....	107
Tableau 2 - Composantes du traitement intégré.....	108

Deuxième partie

Table 1 - Characteristics of the sample.....	125
Table 2 - Results of multiple linear regressions.....	126

Troisième partie

Table 1 - <i>The Five Stages of Recovery Analysis Grid: Codes for the First Three Stages and Examples of Excerpts.....</i>	158
Table 2 - Mean, Standard Deviations and Group Comparison for the Participants in Moratorium and Awareness Stages of Recovery.....	159
Table 3 - Standardized Discriminant Function and Structure Coefficient for the Two Groups.....	160

Liste des figures

Première partie

Figure 1 - Modèle « stress-vulnérabilité-compétence ».....	106
--	-----

Troisième partie

Figure 1 - Recovery stages: progression of the participants between baseline and follow-up 1.....	161
Figure 2 - Recovery stages: progression of the participants between baseline, follow-up 1 and follow-up 2.....	161

*«Le concept de rétablissement est enraciné dans la simple prise de conscience profonde
que les gens qui ont été diagnostiqués avec une maladie mentale sont des humains.»*

(Deegan, 1988)

Remerciements

Merci à Tania Lecomte, ma directrice, pour son indéfectible confiance en moi, et à Paul H. Lysaker, mon co-directeur, pour sa lointaine mais précieuse aide!

Je tiens également à remercier Claude Leclerc et Marjolaine Massé pour leur contribution respective à la première et deuxième partie de cette thèse, Françoise Major-Cardinal pour la révision du manuscrit, ainsi que tous les membres de L'ESPOIR (Laboratoire d'étude de la schizophrénie et des psychoses orienté vers l'intervention et le rétablissement) ayant collaborés de près ou de loin au projet TCC-PE.

Un merci tout spécial aux participants des deux études incluses dans cette thèse de même qu'aux intervenants des cliniques impliquées.

Sur une note plus personnelle, je tiens à témoigner toute ma gratitude à ma famille pour son soutien et son amour inconditionnel! Merci aussi à mes chers amis qui ont été présents tout au long de mon parcours; je ne vous nomme pas, par peur d'en oublier, mais je sais que vous saurez vous reconnaître...

Finalement, je remercie les Instituts de recherche en santé du Canada pour l'octroi de la *Bourse d'études supérieures du Canada -Frederick Banting et Charles Best*.

Avant-Propos

Une autorisation de rédaction de thèse de doctorat par articles a été obtenue de Monsieur Serge Larochelle, directeur du département de psychologie, le 26 janvier 2012. La présente thèse comporte un chapitre de livre et deux articles dont Madame Geneviève Bourdeau est la première et principale auteure.

Le chapitre de livre se nomme « Interventions psychosociales pour adolescents atteints de psychose ». Il a été soumis pour inclusion à l'ouvrage *Les troubles psychotiques à l'adolescence : Nouveaux concepts, nouvelles approches* qui sera publié aux Éditions Solal. Le processus d'édition comporte une révision par les pairs.

Le premier article intitulé « Social Functioning in Early Psychosis: Are All the Domains Predicted by the Same Variables? » a été publié dans l'édition d'août 2012 de la revue *Early Intervention in Psychiatry* (volume 6, numéro 3, pages 317-321).

Finalement, le deuxième article, « Stages of recovery in early psychosis: associations with symptoms, function and narrative development », a été soumis pour publication à *The Journal of Nervous and Mental Disease* le 17 juillet 2012. Une version révisée a été déposée le 19 septembre 2012.

Introduction

INTRODUCTION

Contexte historique

Un déficit sur le plan du fonctionnement social est une caractéristique importante des désordres psychotiques, en particulier de la schizophrénie. Ce dysfonctionnement social est non seulement responsable de la diminution de la qualité de vie des personnes touchées et de leurs familles, mais constitue également un fardeau économique grave pour les individus eux-mêmes et l'ensemble de la société, à la fois dû à l'incapacité des personnes touchées de participer à la production de la richesse sociale et aux dépenses occasionnées par leurs difficultés de fonctionnement (Moscarelli, 1998).

C'est en 1980 que l'importance du fonctionnement social dans l'évaluation de la schizophrénie est officiellement reconnue par le *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, third edition (DSM-III)*; on établit alors que les déficits du fonctionnement sont des caractéristiques définissant la maladie et nécessaires à son diagnostic. Toutefois, les premiers écrits sur la schizophrénie, que l'on nommait « démence précoce », incluaient des descriptions des déficits fonctionnels accompagnant les symptômes psychotiques (Bleuler, 1911/1950; Kraepelin, 1919/1971). Bleuler avait remarqué que le comportement des personnes atteintes de schizophrénie était entre autres marqué par une mésadaptation à l'environnement, une tendance à vivre en retrait des autres, et une incapacité partielle ou totale à effectuer un travail complexe. De même, il avait défini comme critère pour estimer la sévérité de la maladie la capacité d'occuper une profession ou l'habileté à s'occuper de soi-même à l'extérieur de l'hôpital. Cependant, en partie à cause de la médicalisation de ce

trouble, peu d'études se sont intéressées au fonctionnement social des personnes atteintes de schizophrénie jusqu'à récemment. Mentionnons également que celles-ci ont pendant longtemps vécu la majeure partie de leur vie en institution. Dans ce contexte, les occasions de s'impliquer dans la communauté, ou d'occuper des rôles sociaux comme travailleur ou époux étaient limités. Plusieurs étaient d'avis que l'apathie sociale et la détérioration des habiletés sociales étaient causées par les aspects de l'environnement hospitalier plutôt que par des caractéristiques intrinsèques de la maladie (Wykes, 1998).

L'introduction de la médication psychotrope au début des années cinquante a permis une avancée significative dans le traitement de la schizophrénie. Pour un grand nombre d'individus, le traitement médicamenteux s'est en effet avéré efficace à réduire leur symptomatologie; il était dès lors possible de traiter rapidement la phase aiguë de la maladie et d'éviter une hospitalisation prolongée. Tandis que les personnes aux prises avec la schizophrénie se sont mises à passer moins de temps à l'hôpital et à présenter des niveaux plus faibles de symptomatologie, leur qualité de vie et leur productivité ont peu changé. Dans les années soixante-dix, seulement une personne atteinte de schizophrénie sur cinq fonctionnait socialement et professionnellement à ce qui pouvait être considéré comme un niveau « adéquat » (Engelhardt & Rosen, 1976). En fait, les objectifs de traitement se limitaient alors à assurer une certaine stabilité symptomatique et à éviter les réhospitalisations (Lysaker & Buck, 2008). Force est de constater que plusieurs besoins demeuraient non comblés, la stratégie de traitement ciblant d'une façon trop étroite la

réduction des symptômes en dépit des multiples besoins en matière d'emploi, d'éducation, de logement et de relations sociales (Anthony, 1993).

De nos jours, la conception selon laquelle beaucoup d'individus aux prises avec la schizophrénie peuvent se rétablir sensiblement au fil du temps est de plus en plus répandue (Lieberman, Kopelowicz, Ventura, & Gutkind, 2002; Spaniol, Wewiorski, Gagne, & Anthony, 2002). Ce changement de perception a entre autres été amené par les résultats d'études longitudinales. Par exemple, l'étude du Vermont, qui a suivi sur une période de trois décennies des individus atteints de schizophrénie et présentant un grand nombre de déficits au départ, a établi que plus de 68 % d'entre eux fonctionnaient à un niveau considéré comme « normal », trente ans plus tard (Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss, & Breier, 1987). Cependant, ce sont surtout divers courants qui ont donné lieu à des changements dans la manière de concevoir les traitements offerts et les perspectives de rétablissement. Concrètement, le courant de la réadaptation psychiatrique a pris son envol aux États-Unis dans les années 1980, en réaction à la vague de désinstitutionalisation qui a eu cours à la même époque. Son but était alors d'enseigner aux individus ayant séjourné une certaine période en institution — et ayant perdu plusieurs acquis importants — les habiletés physiques, émotionnelles, sociales et intellectuelles nécessaires afin de pouvoir vivre, apprendre et travailler en communauté, et ce, avec le moins de soutien possible d'intervenants en santé mentale (Anthony & Lieberman, 1986). Est également apparu au cours des années 1980 le concept d'*empowerment*, qu'on pourrait traduire en français par *prise de pouvoir*. Celui-ci véhicule l'importance de la détermination individuelle de sa

propre vie et de la participation démocratique dans sa communauté (Rappaport, 1987). Cette prise de pouvoir devrait se refléter à la fois dans les cognitions et les comportements. Ainsi, en regard des problématiques en santé mentale, une personne devrait avoir confiance en ses décisions concernant sa vie et ses objectifs de traitement, et orienter ses actions dans cette direction (Corrigan, Faber, Rashid, & Leary, 1999). Aujourd'hui, la réadaptation psychiatrique est toujours pratiquée, mais elle a grandement évolué, surtout en raison des pressions exercées par les personnes atteintes de troubles mentaux et leurs proches. Inspirés par le concept de prise de pouvoir, ceux-ci se sont regroupés et prennent parole en tant que « survivants » (*survivors*) ou « utilisateurs de services » (*consumers*), si bien que le rétablissement est maintenant non seulement vu comme chose possible, mais comme un objectif devant guider les interventions offertes.

Définitions du rétablissement et du fonctionnement social en schizophrénie

Bien que le rétablissement en schizophrénie soit de plus en plus un sujet d'intérêt pour les chercheurs, décideurs et cliniciens, on ne s'entend toujours pas sur la façon de conceptualiser le phénomène et de le mesurer de manière scientifique (Silverstein & Bellack, 2008). Toutefois, le fonctionnement social est une variable importante dans la recherche sur le rétablissement, et bon nombre de chercheurs ont proposé des façons d'opérationnaliser le rétablissement, au cœur desquelles interviennent des aspects liés au fonctionnement social.

On trouve actuellement deux types de définitions du rétablissement sur le plan individuel dans la littérature sur la schizophrénie. Le premier type, issu du milieu médical, s'apparente au concept de rémission et s'intéresse aux « résultats ». Plus spécifiquement, il rend nécessaire l'atteinte de divers critères afin qu'un individu puisse se considérer comme rétabli : il implique l'absence de symptômes, ou la présence de symptômes d'intensité faible, lesquels n'influencent pas le comportement de l'individu (Andreasen et al., 2005). Certains auteurs intègrent également des critères d'amélioration fonctionnelle à leur définition. Par exemple, Liberman et ses collègues ont proposé une définition opérationnelle incluant, en plus d'une rémission des symptômes, un fonctionnement correspondant à la norme dans les contextes du travail et de l'éducation, ainsi que des conditions de vie et des contacts sociaux jugés normaux (Liberman et al., 2002). Une revue de diverses études identifie aussi plusieurs critères d'opérationnalisation associés au fonctionnement social, comme occuper un emploi dans un milieu de travail normal, ou étudier dans un programme d'études régulier; vivre indépendamment, sans supervision quant à l'argent, l'hygiène et la prise de médication; participer à des activités sociales avec des pairs; et pratiquer des activités de loisirs dans la communauté (Liberman & Kopelowicz, 2002).

Le deuxième type de définition est issu du mouvement communautaire des utilisateurs de services et conçoit le rétablissement tel un « processus » où l'absence de symptômes n'est pas un absolu à atteindre. La maladie n'étant qu'un aspect de la personne, un individu peut être considéré comme en rétablissement, même s'il continue à souffrir de

symptômes (Davidson, O'Connell, Tondora, Lawless, & Evans, 2005). La plupart des définitions de ce type impliquent des composantes d'acceptation de la maladie, d'espoir quant au futur, et de nouvelle perception de soi-même (Davidson et al., 2005). Nous nous référons ici au rétablissement au sens où Davidson et ses acolytes l'entendent, soit la reconnaissance par un individu de sa maladie et son contrôle sur celle-ci, associés au fait de reprendre en charge sa propre vie (Davidson et al., 2005).

Plusieurs études ont identifié des phases ou des stades à travers lesquels les individus passeraient au cours de leur processus de rétablissement. Après avoir recensé l'ensemble de ces études, des auteurs ont proposé un modèle intégrateur comprenant cinq stades : « moratoire, prise de conscience, préparation, reconstruction, croissance » (Andresen, Oades, & Caputi, 2003). Le tableau 1 en fournit une description. Cette notion de stades ne signifie toutefois pas que le rétablissement est un processus linéaire. Bon nombre d'individus peuvent expérimenter des retours en arrière au cours de leur parcours. Néanmoins, une fois qu'un stade a été atteint, il est plus probable qu'il puisse être atteint de nouveau par la suite. En somme, bien qu'on conçoive les stades de rétablissement comme ayant une logique ordinale, la façon dont les individus se déplacent à travers ceux-ci demeure une question à explorer davantage (Andresen, Oades, & Caputi, 2011).

Tableau 1

Stade de rétablissement	Description
Moratoire	Déni de la maladie, confusion identitaire, retrait social, désespoir.
Prise de conscience	Conscience qu'un futur meilleur est possible et qu'on peut se définir autrement que par la maladie.
Préparation	Premiers pas vers le rétablissement : reconnaissance de ses valeurs et forces, identification avec les pairs, développement de ses habiletés.
Reconstruction	Formation d'une identité positive, identification de buts à atteindre, responsabilisation.
Croissance	Sens à sa vie et perception positive de soi. Résilience et capacité à gérer la maladie malgré les rechutes.

Roe et Davidson ont émis l'hypothèse que la reconstruction de son récit personnel serait un élément critique du processus de rétablissement (Roe & Davidson, 2005). Ainsi, les personnes atteintes de schizophrénie s'étant rétablies — ou en voie de le faire — reverraient l'histoire de leur vie en tenant compte de leur passé qu'ils relieraient au présent, en imaginant leur futur, et en y intégrant l'expérience de la maladie. Cette réécriture de leur récit personnel ne serait pas un résultat du processus de rétablissement comme tel, mais bien un élément intrinsèque de celui-ci. À ce sujet, des chercheurs ont lancé un programme de recherche sur la transformation des récits liés au rétablissement en schizophrénie. Ils ont déterminé des particularités relatives au discours interne des personnes atteintes de schizophrénie, à leur perspective de contrôle sur leur vie et à la complexité narrative de

leurs récits personnels. Ils ont également développé une méthode pour coter le contenu et les thèmes des récits personnels, appelée *The Scale to Assess Narrative Development* (STAND) (Lysaker, Wickett, Campbell, & Buck, 2003). Par ailleurs, selon Silverstein et Bellack (2008), un objectif de recherche intéressant pour l'étude du rétablissement en schizophrénie serait de vérifier l'existence d'un changement du discours interne, de la perspective de contrôle ou de la complexité narrative des individus s'améliorant sur le plan du fonctionnement social. Ainsi, tout comme les chercheurs s'intéressant aux résultats plutôt qu'au processus, ces auteurs associent le rétablissement au fonctionnement social. D'ailleurs, d'autres auteurs incluent des indices de fonctionnement social dans leurs définitions du processus de rétablissement, par exemple : occuper des rôles sociaux (conjoint, travailleur, ami), être un citoyen responsable (voter, payer ses taxes, faire du bénévolat), et s'entourer de modèles et de pairs offrant du support (Davidson et al., 2005).

Même si on reconnaît maintenant l'importance du fonctionnement social, sa définition ne fait pas consensus, et aucun modèle n'a clairement été établi pour sa mesure (Brekke, Long, & Kay, 2002). L'expression « fonctionnement social » est souvent utilisée de façon interchangeable avec une variété de concepts qui y sont reliés, comme l'ajustement social (la manière dont une personne s'adapte aux attentes de la société), le dysfonctionnement social (l'incapacité de vivre selon les normes interpersonnelles, sociales et culturelles de son environnement) et la compétence sociale (la capacité globale d'agir favorablement dans son environnement social) (Burns & Patrick, 2007). La description du fonctionnement social du *DSM-IV-TR* inclut trois champs, soit : travail/éducation, relations

interpersonnelles et soins personnels. Quant au *Handbook of Social Functioning in Schizophrenia* (Mueser & Tarrier, 1998), il définit les difficultés de fonctionnement des individus atteints de schizophrénie comme l'incapacité de remplir des rôles sociaux définis, tels qu'être travailleur, étudiant, conjoint, membre d'une famille ou ami. La satisfaction d'un individu vis-à-vis de sa capacité à remplir ces rôles, sa capacité de prendre soin de lui-même, et l'étendue de ses loisirs et activités sociales sont souvent englobées sous la rubrique du fonctionnement social. C'est probablement la raison pour laquelle la frontière entre le fonctionnement social et la qualité de vie comme mesures de résultats est souvent contestée (Burns & Patrick, 2007). Alors que pour certains, le fonctionnement social représente une dimension de la qualité de vie (Patterson et al., 1997), d'autres utilisent des échelles de qualité de vie afin de mesurer le fonctionnement social (Addington, Young, & Addington, 2003). En somme, bien qu'il réfère à une variété de domaines, le terme « fonctionnement social » est souvent illustré dans la littérature comme un concept unique, évalué à l'aide d'un seul score total. Par exemple, de façon générale, les activités de la vie quotidienne (hygiène personnelle, lessive, magasinage, préparation des repas, utilisation des transports) ne sont pas évalués, ou le sont globalement (Velligan et al., 1997). Pourtant, l'habileté à réaliser ces tâches est importante (ils peuvent par exemple constituer des prérequis pour obtenir un emploi ou créer des contacts sociaux). Qui plus est, on peut penser qu'un individu ne présente pas le même niveau de difficultés ou de déficits pour toutes les dimensions du fonctionnement.

Interventions orientées vers le rétablissement

En somme, afin de maintenir ou de reprendre un certain degré de contrôle sur leur vie, les personnes aux prises avec un trouble mental doivent surmonter des difficultés associées à leur trouble, telles que l'isolement, la pauvreté, le non-emploi ou la perte d'identité sociale (Davidson et al., 2005). D'ailleurs, les services offerts aux personnes atteintes de psychose répondent maintenant à divers besoins en lien avec l'emploi, les relations interpersonnelles, l'éducation ou le logement (Anthony, 1993), ces éléments étant au cœur du processus de rétablissement (Borg & Davidson, 2008). Selon Lysaker et Buck (2008), il pourrait même être inadéquat d'attendre des améliorations spécifiques avant de considérer d'autres dimensions associées au rétablissement. Par exemple, la présence de symptômes plus actifs ne devrait pas nécessairement exclure la possibilité de travailler. Une étude prospective réalisée auprès de personnes atteintes de troubles mentaux visant à identifier les déterminants significatifs de leur insertion au travail n'a en outre révélé aucune association significative entre celle-ci, et la présence et la gravité des symptômes psychiatriques (Corbière, Mercier, Lesage, & Villeneuve, 2005).

Une vision de rétablissement gagne à être adoptée par les cliniciens à la fois comme objectif de traitement et comme guide pour l'amélioration des services (Torrey & Wyzik, 2000). Rassembler les divers intervenants autour de ce même objectif de traitement pourrait leur permettre de coordonner et de comparer leurs efforts, afin d'améliorer l'efficacité de leurs interventions (Noordsy et al., 2000). Bien sûr, le succès de celles-ci sera mesurable sur le plan du fonctionnement plutôt que sur celui de l'élimination de la pathologie. Mais

comment adapter les services offerts? Noordsy et ses collaborateurs (2002) suggèrent d'opérationnaliser plus concrètement les interventions et la recherche dans ce domaine selon une définition spécifique du rétablissement comprenant trois critères : espoir, prise en charge personnelle de son bien-être et de la gestion de la maladie, et « vivre sa vie » (*getting on with life*) au-delà de la maladie. Ainsi, des changements seront observés chez la personne en rétablissement, à la fois d'un point de vue intrapersonnel (espoir quant au futur, prise en charge de soi-même, identité correspondant davantage à celle d'un citoyen actif), interpersonnel (développement de relations interpersonnelles) et comportemental (implication active dans son traitement, maintien d'un style de vie sain, retour au travail) (Noordsy et al., 2002). Les interventions orientées vers le rétablissement devraient donc favoriser l'émergence de ces changements. À cet effet, ce groupe de chercheurs propose des principes visant à guider les services de réadaptation : ceux-ci devraient aider les clients à développer les habiletés nécessaires pour prendre en charge leur santé et gérer leurs affaires personnelles, ainsi qu'à se servir de ces habiletés au quotidien afin de réduire leur dépendance aux divers intervenants. L'intégration dans la communauté et le développement de divers rôles sociaux doivent aussi être favorisés, dans le but de permettre l'épanouissement d'une identité allant au-delà de la maladie, ainsi que l'apparition d'un sentiment d'espoir.

Fonctionnement social et rétablissement lors d'un premier épisode psychotique

Les personnes souffrant d'un premier épisode de schizophrénie présentent souvent des difficultés de fonctionnement dès le début de la maladie, qui ont pour conséquences un

retrait social, des difficultés à poursuivre les études ou à retourner au travail, ainsi qu'une altération des habiletés sociales nécessaires à l'intégration communautaire (Grant, Addington, Addington, & Konnert, 2001). D'ailleurs, ces perturbations du fonctionnement seraient pour certains aussi marquées que celles vécues par les personnes souffrant de schizophrénie chronique (Grant et al., 2001; Priebe, Roeder-Wanner, & Kaiser, 2000).

La maladie apparaissant souvent à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, période développementale importante, le retrait social et les hospitalisations sont susceptibles d'avoir un impact sur le fonctionnement social futur (Bustillo, Lauriello, & Keith, 1999). C'est le cas du cheminement professionnel, par exemple : typiquement, au moment du premier contact avec les services en santé mentale, beaucoup de jeunes atteints d'un premier épisode psychotique ont quitté l'école ou le travail, et cette perte d'acquis tend à se poursuivre malgré leur prise en charge (Rinaldi et al., 2010). Il va sans dire que l'interruption prolongée des études ou du travail peut par la suite amener des difficultés d'intégration au marché du travail.

Selon de nombreux auteurs, les incapacités fonctionnelles seraient en grande partie indépendantes des symptômes psychotiques (Cornblatt et al., 2007; Green, Kern, Braff, & Mintz, 2000). Malheureusement, une diminution marquée des symptômes après un traitement aux antipsychotiques se traduit rarement en une amélioration significative du fonctionnement social (Addington & Gleeson, 2005). Bien qu'une amélioration significative des symptômes se produise à la suite d'un premier épisode psychotique pour

une forte proportion des personnes touchées, seule une faible partie d'entre elles présente une amélioration sur le plan du fonctionnement. Par exemple, dans une étude de suivi de personnes souffrant d'un premier épisode psychotique, 47,2 % des sujets étaient en rémission de symptômes, mais seulement 25,5 % d'entre eux avaient maintenu un fonctionnement social approprié par rapport à leur groupe d'âge pour une période d'au moins deux ans, et ce, cinq ans après le début de la maladie (Robinson, Woerner, McMeniman, Mendelowitz, & Bilder, 2004). D'autres groupes de chercheurs ont également observé au suivi des taux de rémission du fonctionnement plus bas en comparaison aux taux de rémission des symptômes (Chang et al., 2012; Faber et al., 2012; Menezes et al., 2009). Par ailleurs, on en sait très peu sur le rétablissement en tant que processus pour ce qui est de cette population puisque les différentes définitions du rétablissement du mouvement des usagers en santé mentale reposent sur les témoignages d'individus vivant depuis de nombreuses années avec la maladie mentale.

Dans un effort visant à améliorer le pronostic à long terme des personnes souffrant de schizophrénie, la recherche s'intéresse à l'identification et au traitement précoce de la psychose (Penn, Waldheter, Perkins, Mueser, & Lieberman, 2005). En effet, une intervention rapide et appropriée lors d'un premier épisode psychotique serait synonyme d'un meilleur pronostic (Lieberman et al., 2001) et réduirait le risque de rechutes et de difficultés de fonctionnement à long terme associés à la schizophrénie chronique (Wyatt & Henter, 2001). Par exemple, le début précoce de la maladie influencerait négativement le fonctionnement social, particulièrement en ce qui a trait aux contacts sociaux, et les

interventions rapides portant sur ces difficultés pourraient entraîner un meilleur fonctionnement social (Ochoa et al., 2006). Les interventions visant un meilleur fonctionnement social devraient donc être mises en place dès que possible, de façon optimale dès les premiers signes de la maladie, soit, généralement, à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, moment où les habiletés sociales, scolaires et professionnelles sont solidifiées ou acquises (Neumann & Walker, 1998). Dans cette optique, une attention grandissante est accordée aux interventions psychosociales, tel l'entraînement aux habiletés sociales ou, plus récemment, la thérapie cognitive comportementale pour la psychose. Bon nombre de ces interventions ont été éprouvées chez de jeunes adultes atteints de psychose, notamment à l'aide d'échantillons puisés dans les cliniques spécialisées en intervention précoce. Cependant les études empiriques réalisées auprès d'adolescents demeurent rares.

En résumé, l'étude du fonctionnement social et du rétablissement chez les jeunes atteints d'un premier épisode psychotique est pertinente à plusieurs niveaux. Il serait nécessaire d'avoir une meilleure compréhension des facteurs et des interventions permettant de prévenir les pertes et de maintenir les acquis par rapport au travail, aux études et aux relations interpersonnelles, afin de favoriser une réinsertion sociale rapide à la suite du déclenchement de la maladie. En effet, plus un individu aura été isolé longtemps, plus il pourrait lui être difficile de réintégrer la société. Par la même occasion, la chronicité du dysfonctionnement social, coûteuse pour la société, aura plus de chance d'être évitée. De plus, les difficultés de fonctionnement social peuvent être la source d'une baisse de qualité de vie qui doit être prise en considération. Finalement, chercheurs et cliniciens

bénéficieraient d'un savoir plus étendu sur la façon dont les jeunes se rétablissent d'un point de vue plus subjectif; peu d'études empiriques ont été réalisées jusqu'à maintenant sur le sujet.

Prédicteurs prémorbides du fonctionnement social

Certaines variables ont été mises en lien avec le fonctionnement social des personnes atteintes de schizophrénie, et seraient potentiellement liées au fonctionnement social chez les personnes en début de psychose, bien que beaucoup moins d'études concernant ce sujet aient été réalisées au sein de cette population. La présence de symptômes négatifs et de déficits cognitifs, deux caractéristiques souvent présentes avant même le début de la maladie, serait en effet associée négativement au niveau de fonctionnement social.

Symptômes négatifs

Les symptômes négatifs expliqueraient une grande partie de la morbidité à long terme et du pauvre fonctionnement social des personnes souffrant de schizophrénie (Kirkpatrick, Buchanan, Ross, & Carpenter, 2001). Ils incluent des phénomènes tels que l'émoussement affectif, l'apathie et certains désordres de la pensée, par exemple le blocage (Strauss, Carpenter, & Bartko, 1974). La liste des symptômes considérés comme négatifs est longue et varie selon les auteurs, mais elle comprend entre autres, en plus des symptômes déjà énumérés, la perte d'idéation et de curiosité, la pauvreté du contenu de la parole, et la diminution de la motivation sociale (Carpenter, Heinrichs, & Alphas, 1985). Dans le *DSM-*

IV, trois symptômes sont inclus dans les critères diagnostiques, soit l'émoussement affectif, l'alogie (perte du discours) et la perte de volonté. D'autres symptômes historiquement classés comme négatifs par certains auteurs y sont par ailleurs listés en tant que caractéristiques associées à la maladie. Parmi ceux-ci, notons l'anhédonie (perte de la capacité à ressentir des émotions positives), l'apathie, l'inattention et la désorientation (Miller, Mahurin, Velligan, & Maas, 1995).

Il est évident qu'une proportion substantielle d'individus souffrant de schizophrénie démontrent des symptômes négatifs importants et souvent persistants, suggérant un pronostic pauvre au point de vue social (Ho, Nopoulos, Flaum, Arndt, & Andreasen, 1998; Malla et al., 2004). Une revue de la littérature rapporte qu'une personne avec un diagnostic de schizophrénie sur trois serait atteinte de symptômes négatifs significatifs, affectant sa qualité de vie, et réduisant ses habiletés à gérer les activités quotidiennes et à se débrouiller sans aide extérieure importante (Makinen, Miettunen, Isohanni, & Koponen, 2008). Comme l'impact des symptômes négatifs persistants sur le fonctionnement social n'est toujours pas clairement compris, de nombreuses recherches se consacrent à étudier leur rapport (Greenwood, Landau, & Wykes, 2005). Une des hypothèses avancées suppose le rôle des appréciations cognitives (*appraisal*) et des croyances dans l'expression et la persistance des symptômes négatifs. En effet, les symptômes négatifs pourraient en partie représenter un mécanisme compensatoire de désengagement; ils seraient la réponse à des croyances délirantes menaçantes, à des menaces sociales perçues, et à l'anticipation d'échec dans les tâches et activités sociales (Rector, Beck, & Stolar, 2005). Un aspect de ce

phénomène serait la perception de ressources psychologiques limitées : elle motiverait l'individu à conserver son énergie et à minimiser son investissement dans les activités lui demandant de l'effort. Cette théorie s'appuie sur le fait que l'association entre les symptômes négatifs et les croyances négatives quant aux performances escomptées a été démontrée chez les personnes atteintes de schizophrénie, et ce, après avoir contrôlé l'influence des symptômes dépressifs (Rector, 2004). Cette relation serait également présente chez les individus à haut risque de développer une psychose (Perivoliotis, Morrison, Grant, French, & Beck, 2009).

Lors de premiers épisodes psychotiques, l'identification de symptômes négatifs persistants est un défi de taille en raison de l'incertitude du diagnostic, des changements fréquents de médication, et de l'abus courant de drogues illicites (Edwards, McGorry, Waddell, & Harrigan, 1999). Il n'en demeure pas moins qu'ils peuvent être présents dès le début du désordre (la prévalence oscillant entre 50 et 90 % selon les études ; Makinen et al., 2008) et qu'ils doivent donc être considérés dans le traitement (Addington, Leriger, & Addington, 2003). D'après les quelques études réalisées dans le cadre de premiers épisodes psychotiques, malgré une amélioration globale de l'état des sujets à la suite du passage du temps, l'amélioration liée à la symptomatologie négative serait moindre et nécessiterait plus de temps (Addington, Leriger et al., 2003).

Dans une étude longitudinale réalisée auprès de 50 individus présentant un premier épisode psychotique et n'ayant pour la plupart jamais pris de neuroleptiques, la sévérité des

symptômes négatifs s'est avéré corrélée positivement et significativement à des difficultés reliées à l'emploi, à une dépendance économique, à des relations altérées avec les amis et à une incapacité d'apprécier les activités de loisirs, lors du suivi deux ans plus tard (Ho et al., 1998). Les résultats d'une autre étude ont démontré que les symptômes négatifs seraient un prédicteur significatif du fonctionnement social lors d'un premier épisode psychotique, contribuant à 22 % de la variance expliquée (Voges & Addington, 2005). De même, Edwards et collègues (1999) ont identifié un groupe d'individus vivant un premier épisode psychotique ayant de sévères symptômes négatifs. Comparativement au reste de l'échantillon, ceux-ci présentaient des scores de qualité de vie significativement plus faibles, ainsi qu'un ajustement prémorbide plus pauvre. Par ailleurs, les liens entre le fonctionnement social et les symptômes ont été étudiés chez des adolescents ayant reçu un diagnostic de schizophrénie. Les adolescents présentant un pauvre fonctionnement social prétraitement (12 mois avant la prise en charge) étaient à risque de présenter des symptômes négatifs plus sévères et un plus faible fonctionnement social, un an plus tard. Le fonctionnement social lors du suivi d'un an était également prédit par le niveau de fonctionnement social prétraitement et la sévérité des symptômes négatifs lors de la première évaluation. Ces résultats suggèrent une forte interrelation entre le fonctionnement social et la sévérité des symptômes négatifs lors d'un premier épisode de psychose (Meng et al., 2006). Mentionnons finalement que d'autres résultats d'études confirment l'association entre les symptômes négatifs et le fonctionnement social au sein d'échantillons de jeunes ayant vécu un premier épisode de psychose (Faerden et al., 2009;

Goulding, Franz, Bergner, & Compton, 2010; Menezes et al., 2009), et que les recherches sur ce sujet se poursuivent.

Déficits cognitifs

Les déficits cognitifs réfèrent à une vaste gamme de difficultés de performance dans des domaines comme l'attention, la mémoire, la vitesse de traitement ou la résolution de problèmes (Green, Kern, & Heaton, 2004). Ils sont de plus en plus identifiés comme des facteurs contribuant de façon importante aux difficultés de fonctionnement vécues par une grande partie des personnes souffrant de schizophrénie (McGurk et al., 2000). Deux revues de la littérature réalisées au début des années 2000 confirment cette thèse (Green et al., 2000; Green et al., 2004). L'examen de 37 études révisées par des pairs a révélé que certains aspects de la neurocognition (mémoire verbale secondaire, mémoire immédiate, vigilance et fonctionnement exécutif/triage de cartes) étaient reliés au fonctionnement des personnes atteintes de schizophrénie. De plus, ces relations étaient fortement significatives, présentant des tailles d'effet moyennes à élevées (Green et al., 2000). Une revue de 18 études longitudinales a par la suite établi que les résultats obtenus lors des mesures cognitives prédisaient le fonctionnement social futur (Green et al., 2004). Ainsi, selon certains auteurs, un meilleur fonctionnement cognitif pourrait non seulement être associé à la rémission des symptômes, mais à un fonctionnement social et professionnel adéquat, et à un « rétablissement complet » (Robinson et al., 2004).

Malgré le nombre élevé de publications sur les déficits cognitifs en schizophrénie, les études impliquant de larges cohortes de personnes atteintes d'un premier épisode psychotique sont toujours rares (Galderisi et al., 2009). Néanmoins, une méta-analyse a démontré que les déficits cognitifs étaient fréquents et variés au sein de cette population, les taux s'approchant de ceux observés chez les individus ayant vécu plusieurs épisodes psychotiques (Mesholam-Gately, Giuliano, Goff, Faraone, & Seidman, 2009). Quant au lien entre le fonctionnement cognitif et le fonctionnement social en début de psychose, on le connaît très peu. Alors que les résultats de certaines études suggèrent leur association (Faber et al., 2012; Hermens et al., 2010), d'autres suggèrent leur indépendance (Addington, Saeedi, & Addington, 2005). Il a été avancé que ces inconsistances seraient dues au fait que différents domaines du fonctionnement social peuvent être associés à différents processus cognitifs. Afin d'établir quels déficits cognitifs sous-tendent quels déficits fonctionnels, il serait donc nécessaire d'identifier plus précisément les domaines du fonctionnement social et les façons de les mesurer (Addington & Addington, 2008).

Par ailleurs, en raison d'éléments communs aux déficits cognitifs et aux symptômes négatifs, certaines caractéristiques de la maladie attribuées aux symptômes négatifs pourraient plutôt être dues à leur association avec les déficits cognitifs. Des études suggèrent cependant que même si les déficits cognitifs et les symptômes négatifs sont reliés, ils constituent des manifestations distinctes (Harvey et al., 1996). Il demeure toutefois difficile de les dissocier quand vient le temps de mesurer leur impact sur le fonctionnement social. En effet, une étude réalisée auprès des personnes atteintes de

schizophrénie âgées entre 18 et 65 ans a démontré que le fonctionnement social était mieux prédit par une combinaison des symptômes négatifs et des variables neurocognitives : le profil neurocognitif et les symptômes négatifs étaient associés de façon indépendante au fonctionnement social, mais une fois combinés, ils expliquaient 33 % de la variance (Dickerson, Boronow, Ringel, & Parente, 1996). Plusieurs études en sont arrivées à des résultats similaires. Chez de jeunes adultes souffrant de schizophrénie, tant les symptômes négatifs que la performance aux tests neurocognitifs (résolution de problèmes, attention, apprentissage verbal, mémoire) mesurés au début de l'étude se sont avérés associés au fonctionnement social évalué lors du suivi. Plus précisément, les performances obtenues aux tâches de triage de cartes et de vigilance visuelle étaient associées au niveau de fonctionnement mesuré un an et quatre ans plus tard. En outre, la performance à la tâche d'apprentissage verbal permettait aussi de prédire le fonctionnement social lors du suivi de quatre ans (Kurtz, Moberg, Ragland, Gur, & Gur, 2005). D'autres chercheurs ont analysé les liens entre le fonctionnement cognitif et le niveau de symptômes mesurés lors d'un premier épisode psychotique, et le fonctionnement dans la communauté lors du suivi, en moyenne sept ans plus tard. Ils ont constaté que la mémoire verbale, la vitesse de traitement de l'information, l'attention et les symptômes négatifs étaient reliés au fonctionnement futur des individus. Le fonctionnement global était mieux prédit par les symptômes négatifs et les capacités d'attention, alors que le degré de dysfonction lié aux activités de loisirs l'était par la mémoire verbale. En outre, les difficultés dans les relations interpersonnelles étaient mieux prédites par les symptômes négatifs et la performance aux tâches de mémoire, et le fonctionnement professionnel, par l'attention et les symptômes négatifs

(Milev, Ho, Arndt, & Andreasen, 2005). De même, des chercheurs ont identifié deux mécanismes distincts reliant la cognition et les symptômes négatifs au fonctionnement social; ils ont démontré à la fois une association directe entre les déficits cognitifs et un fonctionnement pauvre, et un effet d'interaction entre les symptômes négatifs et la cognition (ici, la mémoire de travail) dans la prédiction du fonctionnement au sein de la communauté (Greenwood et al., 2005).

Autres facteurs associés au rétablissement et au fonctionnement social

Bon nombre de facteurs ont été identifiés dans la littérature comme des éléments susceptibles d'avoir un impact, positif ou négatif, sur le rétablissement et le fonctionnement social des personnes atteintes de schizophrénie. Des recherches se sont intéressées rétrospectivement au fonctionnement social durant l'enfance et l'adolescence, et laissent à croire que certains déficits liés au fonctionnement social pourraient précéder l'apparition de la maladie (Hans, Auerbach, Asarnow, Styr, & Marcus, 2000; Harris et al., 2005; Malmberg, Lewis, David, & Allebeck, 1998). Malheureusement, une étude a démontré que les jeunes atteints d'un premier épisode psychotique qui présentaient un fonctionnement pauvre avant le déclenchement de la maladie affichaient également un taux de fonctionnement plus bas deux ans plus tard (Addington & Addington, 2005). Par ailleurs, une plus longue durée de psychose non traitée a été significativement associée à un fonctionnement social pauvre au sein de cette population (Addington, Van Mastrigt, & Addington, 2004; Larsen, Moe, Vibe-Hansen, & Johannessen, 2000). Inversement, il a été déterminé qu'une durée plus courte de psychose non traitée et un meilleur fonctionnement

au moment de la prise en charge prédisaient un rétablissement clinique lors du suivi, deux ans plus tard (rémission des symptômes et du fonctionnement sur une période d'au moins neuf mois; Faber et al., 2012). Ces éléments suggéreraient donc des profils distincts d'évolution de la psychose ou de la schizophrénie. En effet, alors que pour certains individus les symptômes s'installent lentement et la détérioration du fonctionnement est notable bien avant le déclenchement de la maladie, d'autres développent rapidement des symptômes dans un contexte où leur fonctionnement est adéquat. Ces différents profils auraient ultérieurement un impact sur le rétablissement.

Une fois le traitement débuté, d'autres variables peuvent de plus entrer en ligne de compte, par exemple l'alliance thérapeutique avec les divers intervenants. Des méta-analyses ont permis de conclure que les relations thérapeutiques caractérisées par des rapports positifs et facilitants favorisaient les bénéfices chez les personnes atteintes de schizophrénie (Hewitt & Coffey, 2005). Entre autres, une bonne alliance thérapeutique aurait des répercussions positives sur le fonctionnement social, de manière globale (Svensson & Hansson, 1999) ou spécifique, par exemple sur la performance au travail (Davis & Lysaker, 2007). Par contre, la présence d'une comorbidité liée à un trouble d'abus de substance serait quant à elle un facteur défavorable. Citons ici deux études ayant suivi sur une période d'une année l'évolution de jeunes traités dans des cliniques de premiers épisodes psychotiques : celles-ci ont associé l'abus de substance à de plus bas niveaux de fonctionnement (Menezes et al., 2009; Turkington et al., 2009).

Enfin, des variables reliées à la sphère sociale doivent être considérées. Il est généralement reconnu que les émotions exprimées au sein de la famille, surtout la surprotection, le surinvestissement et les critiques négatives, sont proportionnellement corrélées aux taux de rechute des personnes avec un diagnostic de schizophrénie (Butzlaff & Hooley, 1998). En ce qui a trait à l'impact sur le fonctionnement social, la relation entre une faible empathie des membres de la famille, le fonctionnement occupationnel ainsi que les relations sociales a été démontré chez des individus atteints de schizophrénie âgés entre 15 et 50 ans (Giron & Gomez-Beneyto, 2004). Une autre étude a quant à elle révélé que les remarques positives des parents étaient associées à une amélioration du fonctionnement social lors du suivi des adolescents atteints de psychose (O'Brien et al., 2008). La famille n'est pas le seul acteur qui aurait un impact sur le rétablissement : une corrélation positive a été démontrée entre la taille totale des réseaux sociaux et le niveau de fonctionnement de personnes atteintes de schizophrénie, suggérant que des interventions visant l'élargissement du cercle social pourraient avoir des impacts bénéfiques sur le fonctionnement (Howard, Leese, & Thornicroft, 2000). Qui plus est, le support social ainsi qu'une estime de soi positive seraient gages d'une meilleure qualité de vie pour cette population, ce qui n'est pas négligeable dans le parcours vers le rétablissement (Lambert & Naber, 2004). Signalons finalement la stigmatisation de la société, souvent intériorisée par les personnes atteintes de schizophrénie, qui aurait un impact négatif sur le fonctionnement vocationnel (Yanos, Lysaker, & Roe, 2010) et sur le nombre de contacts sociaux de celles-ci (Lysaker, Davis, Warman, Strasburger, & Beattie, 2007).

L'ensemble de ces variables sont pertinentes dans la compréhension du fonctionnement social et du rétablissement des jeunes atteints de psychose, et il importait donc de les mentionner. Cependant, il était impossible de toutes les considérer dans le cadre de cette thèse. Nous avons donc choisi de nous concentrer sur les symptômes négatifs et les déficits cognitifs, qui, à ce jour, sont probablement les deux prédicteurs les plus reconnus pour leur impact sur le fonctionnement social des personnes atteintes de schizophrénie. Nous prendrons également soin de contrôler la présence d'autres symptômes psychiatriques et l'influence des différentes variables sociodémographiques.

OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

Cette thèse permet l'avancement des connaissances sur plusieurs points :

- Afin de favoriser le fonctionnement social et le rétablissement des jeunes atteints d'un premier épisode psychotique, une bonne connaissance des diverses interventions psychosociales, de leur application et de leur efficacité, ainsi qu'un savoir plus important sur la clientèle adolescente sont requis.
- Peu d'études s'étant intéressées aux prédicteurs du fonctionnement social chez les personnes souffrant d'un premier épisode psychotique, il est justifié de se questionner afin d'établir si la relation entre les potentiels prédicteurs et le fonctionnement social est la même pour cette clientèle que pour les personnes ayant vécu plusieurs épisodes de psychose. En outre, cette thèse se penche sur les divers domaines du fonctionnement social de façon plus spécifique, ce qui a peu été fait jusqu'à présent.

- La littérature du mouvement communautaire et des usagers de services en santé mentale est basée sur les témoignages de personnes vivant depuis plusieurs années avec la maladie. On en sait donc très peu sur le processus de rétablissement des jeunes en début de psychose.
- À ce jour, aucune étude sur le lien entre le fonctionnement social et le rétablissement à la suite d'un premier épisode psychotique n'a été réalisée.

Cette thèse se divise en trois parties :

La première partie consiste en une revue de la littérature des interventions psychosociales favorisant le rétablissement et l'amélioration du fonctionnement social des jeunes atteints de psychose. Cette revue se veut une introduction aux concepts de réadaptation et de rétablissement, et un survol des interventions psychosociales actuellement reconnues dans le traitement de la psychose. Plus particulièrement, elle illustre leur pertinence avec une clientèle adolescente, clientèle à laquelle les chercheurs se sont peu intéressés jusqu'à présent. Elle aborde également des éléments de prévention et de sensibilisation. L'examen de la littérature sur la psychose à l'adolescence s'est fait par une recherche par mots-clés dans PsyInfo et Ovid Medline (*adolescence or adolescent, and psychosis*).

La deuxième partie présente les résultats d'une étude dont l'objectif est de déterminer la valeur prédictive de variables préalablement identifiées par la littérature sur divers domaines du fonctionnement social dans un échantillon de jeunes adultes en début

de psychose. Notre hypothèse est que le lien entre les variables prédictives et les scores de fonctionnement social devrait varier selon les différents domaines du fonctionnement.

Finalement, la troisième partie rapporte les résultats d'une seconde étude réalisée avec un échantillon de participants distinct. Cette étude compte trois objectifs :

a) Déterminer où se situent les jeunes en début de psychose dans leur processus de rétablissement en s'inspirant du modèle en cinq stades d'Andresen et collègues (2003). Pour ce faire, les réponses des jeunes à une entrevue semi-structurée portant sur leur vie et leur perception de leur santé mentale ont été analysées qualitativement.

Notre hypothèse est que les jeunes devraient se situer dans les premiers stades du modèle. Toutefois, tous ne seront pas nécessairement au même stade.

b) Explorer les liens entre le stade de rétablissement atteint, le niveau de fonctionnement social mesuré par une échelle quantitative, et différents prédicteurs du fonctionnement et du rétablissement.

Notre hypothèse est que le rétablissement atteint selon le discours du participant devrait être corrélé aux mesures objectives de fonctionnement social. Toutefois, il est probable que les différentes variables pouvant être associées au fonctionnement social ne soient pas associées au rétablissement.

c) Examiner l'évolution dans le temps du stade de rétablissement atteint sur une période de neuf mois.

Notre hypothèse est que les stades de rétablissement devraient être relativement stables sur une courte période de temps.

Première partie

Interventions psychosociales pour adolescents atteints de psychose

Geneviève Bourdeau, candidate au Ph. D. en psychologie, Université de Montréal

Tania Lecomte, Ph. D., professeure agrégée au département de psychologie de l'Université de Montréal

Claude Leclerc, inf., Ph. D., professeur titulaire au département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières

Résumé : *Afin de favoriser le rétablissement, le traitement de la schizophrénie et des psychoses vise aujourd'hui autant la rémission des symptômes que le retour à un fonctionnement social optimal. Avec une clientèle adulte, plusieurs interventions psychosociales ont démontré des résultats positifs à ce sujet, mais seul un nombre restreint d'études se sont intéressées aux adolescents. Pourtant, un désordre psychotique à l'adolescence, étape charnière sur le plan du développement, peut avoir des répercussions importantes sur le fonctionnement actuel et futur des jeunes vivant un désordre psychotique. Les interventions psychosociales s'avèrent donc tout aussi nécessaires, sinon essentielles pour ces derniers.*

Ce chapitre se veut une introduction aux concepts de réadaptation psychiatrique et de rétablissement, ainsi qu'un survol des diverses interventions psychosociales actuellement reconnues dans le traitement des psychoses (thérapie cognitive comportementale, entraînement aux habiletés sociales, approches familiales, gestion du stress, etc.). Bien que la plupart de ces interventions n'aient pas été validées

empiriquement pour les adolescents, nous tenterons d'illustrer leur pertinence pour cette clientèle. Nous aborderons également des stratégies visant à contrer la stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux, ainsi que des programmes d'intervention précoce et de sensibilisation de la population en matière de santé mentale.

1- Introduction

De nos jours, l'idée selon laquelle beaucoup d'individus aux prises avec la schizophrénie peuvent se rétablir sensiblement au fil du temps est de plus en plus répandue (Frese, Knight, & Saks, 2009). Favoriser le rétablissement (voir la définition en section 2.2) implique de s'intéresser à la sphère psychosociale. En effet, un déficit sur le plan du fonctionnement social est une caractéristique importante des troubles psychotiques. Pour plusieurs individus, ce déficit est même possiblement plus débilisant et stable que les symptômes positifs qui marquent le début de la maladie (Addington et al., 2008). Qui plus est, ce dysfonctionnement est responsable de la diminution de la qualité de vie des personnes touchées et de leurs familles, et constitue un fardeau économique grave pour les individus eux-mêmes et l'ensemble de la société, à la fois dû à l'incapacité des personnes touchées de participer à la production de la richesse sociale et aux dépenses occasionnées par leurs difficultés de fonctionnement (Moscarelli, 1998). Dans cette optique, le traitement de la schizophrénie et des psychoses vise aujourd'hui tant une rémission des symptômes qu'un retour à un fonctionnement social optimal (T. Burns & Patrick, 2007).

De plus, il est reconnu que les troubles mentaux graves comme la psychose ont une étiologie multifactorielle, à laquelle contribuent de manière importante les facteurs psychosociaux (Lecomte & Leclerc, 2004). Les personnes atteintes d'une maladie mentale doivent par ailleurs surmonter plusieurs difficultés associées à leur maladie, comme la stigmatisation, l'isolement, la pauvreté, la sous-scolarisation ou le non-emploi, ou la perte d'identité sociale (Davidson, O'Connell, Tondora, Lawless, & Evans, 2005). Conséquemment, plusieurs interventions psychosociales ont été développées au cours des dernières années avec l'objectif de surmonter, voire d'éviter ces difficultés. Avec une clientèle adulte, elles ont démontré des résultats positifs et ont contribué à améliorer la qualité de vie des individus (Lecomte & Leclerc, 2004); seul un nombre restreint d'études se sont intéressées aux adolescents.

Pourtant, pour les adolescents vivant un épisode psychotique, les interventions psychosociales s'avèrent tout aussi nécessaires, sinon essentielles au rétablissement. Période marquant le passage entre la dépendance propre à l'enfance et l'autonomie adulte, l'adolescence est une étape charnière sur le plan du développement, et se caractérise par la diversité et l'intensité des changements qu'elle suscite (Cloutier & Drapeau, 2008). Dans ce contexte de grands bouleversements, un désordre psychotique peut avoir des répercussions importantes sur le parcours individuel.

Tout comme pour les adultes, les difficultés de fonctionnement social font partie du tableau clinique des adolescents atteints d'un trouble psychotique (Volkmar, 1996). Une étude a révélé des niveaux d'ajustement et de fonctionnement social plus bas chez ceux-ci

que chez des sujets contrôles (Castro-Fornieles et al., 2007). En fait, le fonctionnement social commencerait à se dégrader durant la période précédant le début de la maladie, et le déclenchement de la psychose et les difficultés y étant associées contribueraient à la poursuite de ce déclin (Mackrell & Lavender, 2004). Plusieurs jeunes présenteraient donc des déficits importants du fonctionnement social, et ce, malgré le fait qu'ils soient en début de maladie (Boeing et al., 2007). Par exemple, au sein d'un échantillon d'adolescents et de jeunes adultes âgés entre 13 et 25 ans et ayant un diagnostic de psychose, le fonctionnement psychosocial s'avérait limité pour plusieurs dimensions mesurées, et ce, dès le premier contact avec les services en santé mentale (Harris et al., 2005). Une chercheuse s'intéressant à la réalité des jeunes atteints de troubles mentaux a dévoilé que ceux-ci se sentaient stigmatisés et étiquetés, et qu'ils rapportaient diverses pertes liées à leur identité, à leur famille, à leurs choix de carrière, ainsi qu'à leur niveau d'instruction et à leur position sociale (Leavey, 2005). Par ailleurs, une étude effectuée auprès d'adolescents et de jeunes adultes atteints de psychose a démontré que ces derniers avaient de plus grands besoins relatifs aux domaines psychologique et social dépassant le cadre du suivi médical qui leur était offert (Boeing et al., 2007). De plus, les interventions psychosociales ont le potentiel d'engager les jeunes et leurs familles plus facilement dans le traitement qu'une approche strictement médicale (Jorm, Morgan, & Wright, 2008).

Alors que les résultats prometteurs obtenus chez une population adulte soulignent l'importance des interventions psychosociales dans le traitement des psychoses, il est désolant de constater que le savoir et les interventions offertes demeurent limités pour ce

qui est de la clientèle adolescente, dont les besoins psychosociaux sont, de plus, évidents (Asarnow, Tompson, & McGrath, 2004). L'accent est actuellement mis sur la pharmacothérapie au détriment d'autres traitements, et peu d'études empiriques sur les interventions psychosociales ont été réalisées sur cette population spécifique (Asarnow et al., 2004; Leavey, Flexhaug, & Ehmann, 2008). Les cliniciens doivent bien souvent se baser sur l'extrapolation des résultats d'études menées auprès d'adultes dans le choix de leurs interventions (Tiffin, 2007), beaucoup de programmes, modèles et principes de soin ayant été développés pour les jeunes adultes souffrant d'un premier épisode psychotique. Cependant, il s'avère nécessaire d'adapter les traitements à des groupes d'âge plus jeunes, en tenant compte de leurs particularités (Leavey et al., 2008). Bon nombre d'auteurs s'entendent donc sur le fait que plus de recherche et de ressources sont requises dans le développement et la validation des interventions visant à réduire l'impact de la psychose sur les adolescents.

Ne prétendant pas apporter toutes les réponses à cette vaste problématique, ce chapitre se veut un survol des diverses interventions psychosociales actuellement reconnues dans le traitement des psychoses. Bien que la plupart de ces interventions n'aient pas été validées empiriquement pour les adolescents, nous tenterons d'illustrer leur pertinence pour cette clientèle.

2- Réadaptation psychiatrique et rétablissement

2.1- Définition de la réadaptation psychiatrique

La réadaptation est le processus par lequel une personne réintègre la société à la suite d'un diagnostic de trouble mental ou d'une hospitalisation psychiatrique. Elle a été conçue pour les personnes ayant été institutionnalisées et ayant perdu plusieurs acquis importants afin de leur permettre de maîtriser les habiletés nécessaires au retour à une vie communautaire satisfaisante. De nos jours, la réadaptation est également offerte aux personnes n'ayant pas vécu d'hospitalisations prolongées, afin de les aider à maintenir leurs acquis ou de leur enseigner à mieux gérer leur santé mentale et à éviter les rechutes.

La réadaptation est parfois offerte par les psychiatres, mais elle l'est plus fréquemment par les travailleurs sociaux, les infirmières psychiatriques, les ergothérapeutes, les psychologues et autres spécialistes en santé mentale. Selon son domaine d'expertise, un intervenant travaillera avec la personne soit sur des aspects personnels spécifiques, soit sur des problématiques en lien à la famille de celle-ci ou à son environnement de vie — par exemple, l'école, le milieu de travail, etc.

2.2- Le rétablissement

Les connaissances en réadaptation psychiatrique ont évolué rapidement dans les dernières décennies. Cette évolution est en grande partie liée aux pressions exercées par les personnes souffrant de troubles mentaux (*consumer survivors*, aussi appelés *utilisateurs de services*) et leurs proches. Cette démarche militante a gagné en influence remettant en

question les pratiques courantes en santé mentale et forçant certaines réformes (Sakheim et al., 2010).

On a vu apparaître des concepts tels que l'autodétermination (*empowerment*) et la réhabilitation, visant à redonner à la personne sa dignité et son pouvoir d'agir. Puis, le rétablissement associé aux troubles mentaux graves, un concept qui pendant longtemps semblait irréaliste, a percé et pris de l'importance : il est maintenant intégré dans le discours de la réadaptation psychiatrique et dans la réalité des intervenants. Patricia Deegan, une chef de file internationale du mouvement des utilisateurs de services, en a bien défini le principe : « Le concept de rétablissement est enraciné dans la simple prise de conscience profonde que les gens qui ont été diagnostiqués avec une maladie mentale sont des humains. » (Deegan, 1988) Grâce à cette prise de conscience, des approches ont été développées afin d'aider les cliniciens à voir la personne parfois cachée derrière l'étiquette de la maladie mentale, et à développer des services adaptés aux besoins, aux préférences, aux intérêts et aux forces de chaque individu. Ainsi, dans une perspective de soins centrés sur la personne le client n'est plus « pris en charge »; au contraire, il s'implique activement en choisissant, avec l'aide des intervenants, les interventions, les traitements et le soutien qu'il croit nécessaires à son rétablissement.

Des recherches longitudinales et la récolte de récits autobiographiques ont permis d'émettre l'hypothèse d'un rétablissement graduel des personnes vivant avec des troubles mentaux. Plus précisément, les études longitudinales ont associé le rétablissement à l'amélioration fonctionnelle de la condition de santé (Lieberman, 1998). Bien que ces

recherches ouvrent la voie au développement de nouvelles connaissances sur le rétablissement, il faut néanmoins retenir que leur premier objet d'étude était l'évolution de la maladie et de ses symptômes, et que, par conséquent, elles n'ont pas réellement permis l'avancement de la compréhension du rétablissement en tant que processus (Noiseux et al., 2009). En ce qui a trait aux récits autobiographiques portant sur le rétablissement, ils fournissent une richesse d'information qui ne peut être ignorée, mais ils n'ont pas fait l'objet d'une démarche systématique de recherche (Noiseux et al., 2009).

Il importe de comprendre que la notion de rétablissement n'équivaut pas à la notion de guérison. Puisque l'apparition d'une cure totale semble improbable dans un avenir rapproché, les personnes souffrant de troubles mentaux — et, par extension, leurs cliniciens — doivent penser un futur au-delà de la notion de guérison ou de rémission symptomatique complète, et se concentrer sur des objectifs tels qu'avoir une vie sécuritaire et significative, qu'ils ont choisie, tout en étant conscients qu'ils vivent avec un trouble, ou du moins une vulnérabilité, qui persistera sans doute dans le temps (Sakheim et al., 2010).

En s'éloignant des objectifs de guérison et en ciblant des objectifs de vie sécuritaires, significatifs et en lien avec la communauté, le contexte thérapeutique et le rôle des cliniciens se transforment profondément. La cible principale de la thérapie orientée vers la guérison est l'élimination des signes et des symptômes associés aux troubles. Une intervention est donc considérée efficace dans la mesure où elle apporte une réduction de ceux-ci (p. ex. par la médication) ou lorsqu'elle diminue l'impact d'un déficit (p. ex. grâce à la remédiation cognitive). La thérapie orientée vers le rétablissement s'intéresse aussi à

ces signes et symptômes, mais seulement dans la mesure où ils compromettent les efforts de la personne à atteindre ses objectifs et à vivre pleinement sa vie.

Influencées par le concept des forces de Rapp et par le mouvement de la psychologie positive (Rapp & Goscha, 1998; Seligman & Pawelski, 2003), les approches d'évaluation et de traitement se sont donc modifiées afin de s'intéresser aux forces et aux intérêts de la personne : le traitement cherche à s'appuyer sur ce que celle-ci essaie d'accomplir dans sa vie ainsi que sur ses ressources internes ou externes, afin de faciliter son processus de rétablissement. Ainsi, les cibles habituelles que sont les symptômes, les déficits et les problèmes personnels ou psychosociaux sont considérées comme des barrières dans la poursuite des buts personnels.

Dans le paradigme du rétablissement, la relation entre la personne et le clinicien est explicitement bâtie comme un partenariat, et le traitement devient une collaboration. En ce sens, la relation thérapeutique est vue comme une occasion d'identifier ses intérêts et ses forces, et de développer et d'exercer sa propre capacité d'action. Ceci ne peut être fait que si les valeurs, les préférences, les buts et les décisions de la personne traitée sont considérés et pris au sérieux. De plus, le soutien et l'encouragement offert par le clinicien constituent des moyens de reconstituer l'espoir et de redonner un sens à la vie des personnes qui ont vécu le désespoir et l'impuissance. L'innovation des soins orientés vers le rétablissement réside également dans le fait qu'ils placent au premier rang d'importance l'objectif d'occuper un rôle social valorisé, offrant ainsi aux personnes traitées l'occasion d'accroître

leur confiance, de reconnaître leur valeur individuelle et d'identifier les rôles qu'ils aimeraient occuper, dans une perspective réaliste (Sakheim et al., 2010).

Sakheim et ses collègues suggèrent quelques questions utiles afin d'identifier une pratique centrée sur le rétablissement :

-Est-ce que la personne a entrepris son traitement d'une manière volontaire?

-A-t-elle le choix du clinicien avec qui elle pourra travailler? Ce clinicien est-il ouvert à plusieurs types d'approches? Ou assigne-t-on à la personne traitée un clinicien « au hasard », sans étudier les possibilités d'intervenants plus compatibles?

-Est-ce que la personne peut discuter des paramètres de la relation? Est-elle informée par le clinicien des résultats possibles de ses traitements?

-La personne peut-elle déterminer la fréquence des rencontres avec le clinicien et l'accès aux services qu'elle peut obtenir en dehors des rendez-vous réguliers?

Les cliniciens ont évidemment leurs propres besoins et préférences qui doivent également être respectés dans le développement d'une relation de partenariat. Ceci dit, il est crucial que ces aspects soient discutés ouvertement par les deux parties, plutôt que d'être dictés par l'une d'entre elles (Sakheim et al., 2010).

Bien que la littérature sur le rétablissement et les principes de soins en découlant aient été élaborés en fonction d'une clientèle adulte, ils devraient s'avérer tout aussi pertinents pour les adolescents : donner à ceux-ci leur mot à dire favorisera d'autant plus leur alliance avec les cliniciens. Bien entendu, la particularité du cas des adolescents est le

plus grand rôle que devront jouer les parents, surtout pour ce qui est des jeunes de moins de 14 ans.

2.3- Le modèle « vulnérabilité-stress-compétence »

Durant les années 1980, les activités de réadaptation psychosociale se déroulaient principalement en milieu hospitalier. Les démarches plus récentes d'intégration de la clientèle dans la communauté ont favorisé l'émergence d'approches visant à faciliter la vie des personnes souffrant de troubles mentaux graves et à leur éviter des rechutes. La plupart de ces approches ont été développées d'après les postulats du modèle « vulnérabilité-stress-compétence », dominant en réadaptation psychiatrique (voir Figure 1). Élaboré à l'origine par Anthony et Liberman (1986), il a évolué depuis deux décennies et inclut maintenant le rétablissement dans les résultats possibles des stratégies de réhabilitation.

Alors que des auteurs proposent qu'une sensibilité individuelle aux effets nuisibles de l'environnement soit en cause dans le déclenchement de la psychose, d'autres chercheurs proposent plus spécifiquement l'existence d'une vulnérabilité génétique. Anthony et Liberman parlent quant à eux d'une caractéristique individuelle permanente qui proviendrait d'un héritage génétique et qui réagirait aux facteurs de stress de l'environnement. Cette vulnérabilité serait latente et non mesurable directement; il serait cependant possible de l'évaluer indirectement, par ses effets (Anthony & Liberman, 1986). Le modèle « vulnérabilité-stress-compétence » souligne donc l'action conjointe du stress et de la vulnérabilité biopsychologique sur les résultats de la réadaptation des personnes

souffrant de troubles mentaux graves. De même, il identifie la cible des interventions de réadaptation, soit les facteurs de protection.

Dans ce modèle, le stress est suscité autant par des ennuis quotidiens (problèmes financiers, conflits...) que par des événements importants (rupture, décès d'un proche, agression...) ou des émotions exprimées dans l'environnement. Ce concept des émotions exprimées s'intéresse aux attitudes de l'entourage d'une personne souffrant d'un trouble mental, en particulier la surprotection, le surinvestissement, les critiques négatives et le rejet. Ces attitudes constituent des facteurs majeurs de stress et sont d'ailleurs corrélées au taux de rechute des personnes atteintes de schizophrénie (Butzlaff & Hooley, 1998; Miklowitz, Wisniewski, Miyahara, Otto, & Sachs, 2005). Ce n'est pas uniquement la gravité de l'événement stressant qui influence la réaction individuelle, mais également la perception subjective de celui-ci (*cognitive appraisal*) et des ressources disponibles pour y faire face. Ainsi, le stress agira sur la vulnérabilité et produira des symptômes, psychotiques ou non.

Si le stress semble contribuer à l'apparition d'épisodes psychotiques pour les personnes atteintes par la maladie, les facteurs de protection ont, quant à eux, un effet modérateur sur l'apparition des symptômes. Selon Anthony et Liberman, le stress peut augmenter les détériorations, les déficits et les handicaps associés à la psychose. À l'inverse, les stratégies adaptatives (*coping*) et la compétence permettent de prévenir ses conséquences en atténuant les effets de la vulnérabilité biopsychologique. Le *coping* est la capacité de s'adapter au stress (soit arriver à le gérer autant que possible), alors que la

compétence représente la maîtrise des situations stressantes (soit pouvoir surmonter celles-ci en ressentant peu ou pas les effets du stress). La version la plus récente du modèle « vulnérabilité-stress-compétence » (Lieberman, 2008) identifie les facteurs de protection suivants : les habiletés sociales et la compétence; le soutien familial et social; les stratégies adaptatives individuelles, la gestion du stress et l'estime de soi; et les médicaments psychotropes. Ces facteurs favorisent le développement de stratégies adaptatives relatives au stress (*coping*), aident à pallier la vulnérabilité individuelle, et influencent ainsi les résultats de la réadaptation. Renforcer les facteurs de protection des personnes souffrant de troubles mentaux graves favorise donc leur rétablissement.

Insérer Figure 1 ici

3- L'évaluation du fonctionnement social

La réadaptation, dans une perspective de rétablissement, repose sur des principes et des valeurs de collaboration et de prises de décisions communes en lien avec les buts personnels. Afin de pouvoir définir les buts de la personne traitée, il est souvent nécessaire de procéder à une évaluation des habiletés et intérêts de celle-ci. Cependant, si plusieurs types d'instruments aident à identifier certaines de ses difficultés ou déficits, peu permettent une évaluation de ses buts ou besoins.

Un instrument comme le CASIG (*Client Assessment of Strengths, Interests and Goals*; (Lecomte, Wallace, Caron, Perreault, & Lecomte, 2004; Wallace, Lecomte, Liberman, & Wilde, 2001) permet une évaluation plus complète, et assure un plan de

traitement en réadaptation basé sur les buts et difficultés propres à chacun. Conçu pour une clientèle adulte, le CASIG inclut des questions liées aux sphères du logement, de l'emploi, de la santé physique et mentale, de la spiritualité, des troubles cognitifs, des habiletés de vie autonome, des habiletés sociales et de loisirs, et des comportements problématiques dans la communauté. Toutefois, certaines sous-échelles seraient appropriées pour une clientèle adolescente, en particulier les questions ouvertes portant sur les buts concernant les relations interpersonnelles et l'école, ou encore les questions relatives à la qualité de vie. Un des aspects intéressants du CASIG est qu'il permet de comparer les informations obtenues par la personne elle-même à celles obtenues par les parents ou les intervenants à leur sujet. Cela offre l'opportunité d'ouvrir le dialogue quant aux buts et habiletés jugés importants, et de créer un plan d'intervention issu d'une collaboration entre la personne, sa famille et l'équipe traitante. Le CASIG existe en version française et anglaise.

Un nouvel instrument, toujours en cours de validation, a été développé en fonction des adolescents et des jeunes adultes. Le *First Episode Social Functioning Scale* (Lecomte, Ehmann, & Corbière, 2005) se décline, lui aussi, en deux versions : celle de la personne elle-même, et la version « parallèle », remplie par les proches et les intervenants. Il permet à la fois d'évaluer les perceptions qu'a le jeune de ses habiletés sociales et de son réseau social, ainsi que la fréquence de ses comportements sociaux des trois derniers mois. Cette évaluation tient compte des modes de socialisation courants pour les adolescents, tels les textos et le clavardage, ainsi que des activités de groupe, scolaires ou non. Finalement,

l'instrument évalue si la personne souhaite s'améliorer dans l'un des domaines sociaux mentionnés, permettant d'identifier indirectement les buts liés au fonctionnement social.

4- Les interventions psychosociales

4.1- Les traitements liés à l'observance de la médication

La gestion des symptômes est souvent perçue comme étant simplement liée à la prise de médicaments. Néanmoins, la réadaptation peut jouer un rôle important quant à l'observance du traitement prescrit, à la prévention des rechutes, et au contrôle des symptômes actifs, par l'utilisation de stratégies cognitives et comportementales favorisant la prise de médicaments. Outre la psychoéducation, qui peut informer les personnes traitées et leurs familles des bénéfices associés à l'observance du traitement pharmacologique, l'entraînement aux habiletés sociales (voir section 4.3) peut être offert afin d'aider le client à gérer sa médication de manière autonome, à reconnaître les signes de rechute, ou encore à discuter des symptômes ou signes précurseurs d'une rechute avec ses parents, son intervenant ou son psychiatre.

Certaines personnes sont peu motivées à suivre leur traitement pharmacologique; les parents et les intervenants doivent alors faire preuve d'ingéniosité afin d'assurer la prise des médicaments. Des interventions, notamment l'entrevue motivationnelle, ont fait leurs preuves pour ce qui est des adultes, et mènent généralement à une meilleure observance de la médication après quelques rencontres (en moyenne cinq; W. R. Miller & Rollnick, 1991). L'entrevue motivationnelle est une approche respectueuse, sans confrontation et

centrée sur les buts de la personne. Quoiqu'elle soit surtout connue pour son efficacité dans les cas d'abus de substances, elle est utile à toute personne possédant un comportement nuisible à l'atteinte de ses buts. Or, pour plusieurs, ne pas respecter sa médication nuit à la poursuite de buts liés à une vie communautaire non affectée par les problèmes de santé mentale. Par ailleurs, l'efficacité de cette approche a été démontrée dans le traitement de l'abus de substances pour les adolescents, et s'avère prometteuse dans le traitement d'autres problématiques liées à la santé mentale et physique de cette population (Naar-King, 2011).

4.2- La thérapie cognitive comportementale pour la psychose

Malgré la prise assidue d'antipsychotiques, il arrive que des symptômes de la psychose persistent ou resurgissent lors de périodes de stress important. De plus, la psychose peut amener son lot de difficultés : isolement social, sentiment d'aliénation ou d'incompréhension, détresse psychologique se manifestant sous plusieurs formes (abus de substances, anxiété, dépression, idées suicidaires, etc.). La thérapie cognitive comportementale pour la psychose (TCCp) prend en considération ces multiples difficultés en offrant des outils visant la diminution de la détresse et l'acquisition d'un certain contrôle sur les symptômes. Elle permet à la personne de questionner les évidences apparentes qui soutiennent ses croyances, qu'elles soient psychotiques ou non, en lui fournissant les outils pour évaluer elle-même ses pensées et déterminer si une pensée alternative pourrait être possible. La TCCp enseigne aussi comment développer des stratégies adaptatives (*coping*) pour mieux composer avec les symptômes perturbateurs tels que les voix entendues, les fluctuations d'humeur, ou le stress vécu au quotidien. La TCCp de groupe, traitement

manualisé par notre équipe (Lecomte, Leclerc, & Wykes, 2001), est particulièrement efficace à court terme, tant pour la diminution des symptômes positifs et négatifs de la psychose que pour l'augmentation de l'estime de soi, de l'usage de stratégies d'adaptation, et du soutien social perçu par les jeunes personnes en début de psychose (Lecomte et al., 2008). Elle peut être offerte par des intervenants de diverses disciplines ayant suivi une formation brève (2-3 jours). Le manuel d'intervention comprend 24 activités de groupe, d'une durée d'une heure chacune, que l'on propose à raison de deux fois par semaine pour une période de trois mois.

Une approche individuelle exige quant à elle une formation plus spécialisée du thérapeute et un suivi de plusieurs mois : elle permet une intervention davantage personnalisée et des effets bénéfiques à plus long terme (Turkington et al., 2008). La TCCp est maintenant reconnue par l'American Psychiatric Association comme une intervention basée sur des données probantes qui devrait être offerte à toute personne présentant des symptômes psychotiques persistants.

En outre, de nouvelles interventions issues de la TCC se développent depuis quelques années. Notons par exemple la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT : *Acceptance and Commitment Therapy*), où on enseigne comment être conscient de ses pensées, émotions, sensations et mouvements dans le moment présent, tout en étant dans un mode de relaxation ou de méditation de pleine conscience (*mindfulness*). Cette approche invite par ailleurs la personne à effectuer une réflexion sur ses valeurs, ainsi qu'à accepter certaines pensées ou émotions difficiles à changer, afin de diminuer la détresse y étant

associée. À ce jour, quelques études suggèrent que cette nouvelle approche fonctionnerait bien avec des personnes atteintes de schizophrénie (Bach & Hayes, 2002; Chadwick, Hughes, Russell, Russell, & Dagnan, 2009).

Le *Compassionate Mind Training* (entraînement à la compassion) est une autre approche ayant fait ses preuves avec des personnes présentant différents troubles mentaux, en particulier l'anxiété et la dépression. Dans le cas de personnes souffrant de schizophrénie avec hallucinations auditives, on a même observé une diminution marquée des voix présentant un contenu négatif (Mayhew & Gilbert, 2008). Cette intervention cherche à amener la personne à démontrer, envers elle-même et les autres, plus de compassion et de sympathie.

D'autres approches visent la recherche d'alternatives aux pensées délirantes dans un autre contexte que celui de la thérapie. Par exemple, *Michael's Game* (Khazaal et al., 2011), un jeu de société provenant de Suisse, invite les joueurs à formuler diverses hypothèses pour les situations qui leur sont proposées (p. ex. : *Michael entend une voix lui dire: «Ne jette pas la poubelle.» Michael est de plus en plus embêté, car l'odeur de celle-ci est de plus en plus forte. Mais Michael a peur de désobéir à la voix, il pourrait être puni.*). Ce genre d'approche est susceptible d'être particulièrement apprécié par les adolescents, car la recherche d'alternatives aux croyances et la résolution de problèmes se font à travers un jeu, impliquant ainsi moins de dévoilement de soi. Dans un ordre d'idées similaires, le MCT (*Métacognitive Training*; Moritz & Woodward, 2007; accessible en français) consiste en la projection d'images et de scénarios sur un écran; les participants doivent proposer des

réponses à la suite d'un enseignement lié à la tâche (p. ex. : *Vous allez voir une série d'images. On commence par vous présenter un seul détail, pour ajouter ensuite progressivement les autres éléments, jusqu'à formation complète de l'image. Votre tâche consiste à identifier l'objet. Essayez d'éviter des décisions hâtives ou trop tardives! Discutez ce qui soutient ou contredit une réponse possible!*).

4.3- L'entraînement aux habiletés sociales

Ce type d'intervention a été développé dans les années 1980 pour faciliter la désinstitutionalisation des personnes hospitalisées depuis de nombreuses années et qui présentaient des difficultés ou des déficits liés aux habiletés sociales. Il se révèle tout aussi utile à ceux qui, comme les adolescents, sont en processus d'acquisition de nouveaux comportements, d'attitudes et de valeurs nécessaires à leur adaptation. Le modèle d'apprentissage ici préconisé est celui de l'efficacité apprise de Bandura, c'est-à-dire qu'un comportement répété devient à la longue automatique et acquis, entraînant ainsi un sentiment de compétence et une meilleure intégration communautaire (Bandura, 1977). Le principe de base de ce modèle est que toute personne, peu importe ses déficits ou symptômes, est en mesure d'apprendre de nouveaux comportements si on lui propose de bons outils et si cela se fait de manière graduelle, comportementale et positive. L'intervention implique des renforcements positifs pour les comportements réalisés correctement, ou en voie d'être correctement réalisés. Par exemple, afin d'apprendre à établir des contacts sociaux ou à interagir dans certains contextes, un certain nombre de sous-compétences sont nécessaires: reconnaître les signes verbaux et non verbaux

d'ouverture à une conversation, savoir choisir un thème pour démarrer celle-ci, savoir se présenter correctement selon le message que l'on veut transmettre (ton de la voix, posture, regard, mouvements, etc.), démontrer soi-même des signes d'ouverture ou d'écoute. Chaque sous-domaine de compétence est travaillé de plusieurs manières : on débute par une partie théorique, pour ensuite observer le comportement en question grâce à un enregistrement audiovisuel, et finalement le pratiquer dans le cadre d'un jeu de rôle. Par la suite, on évalue les problèmes pouvant survenir, auxquels on tente de trouver des solutions. Enfin, on vérifie les ressources nécessaires avant de pratiquer le comportement dans la communauté, accompagné ou non par le thérapeute.

L'entraînement aux habiletés sociales est souvent fait en groupe, ce qui facilite l'apprentissage. Toutefois, il peut aussi être effectué de manière individuelle avec le thérapeute, surtout si celui-ci possède une caméra numérique, permettant à la personne de se voir en action et de se corriger au besoin. Il s'agit d'une intervention répétitive, mais aussi très positive, incluant des applaudissements à la fin des jeux de rôles et des encouragements fréquents. Plusieurs recherches confirment son efficacité dans l'apprentissage des habiletés sociales ciblées, ses effets durant plus longtemps pour les personnes ayant un proche informé des comportements à travailler et des méthodes enseignées (Kopelowicz, Liberman, & Zarate, 2006). Plusieurs modules d'entraînement aux habiletés sociales existent, allant des habiletés de conversation de base à celles visant le développement de relations amicales et intimes, la gestion autonome de la médication ou la reconnaissance des symptômes (voir : <http://www.perso.ch/rehab/materiel.htm>). Cette

approche serait particulièrement efficace pour les personnes présentant des déficits sociaux importants ou certains déficits cognitifs, et pour qui la répétition de comportements est jugée nécessaire et pertinente à l'apprentissage. D'ailleurs, certains programmes de remédiation cognitive, tels que le programme IPT de Brenner (Brenner, Hodel, Roder, & Corrigan, 1992) ou l'adaptation de Spaulding (Spaulding, Reed, Sullivan, Richardson, & Weiler, 1999), intègrent l'entraînement aux habiletés sociales à une remédiation des déficits cognitifs et à un entraînement à la cognition sociale.

4.4- Les approches familiales et le développement d'un réseau de soutien

4.4.1- Les approches familiales

Pour les enfants et les adolescents atteints de psychose, l'implication des proches peut s'avérer critique dans le succès du traitement. En effet, la plupart vivent toujours avec leur famille et en sont dépendants sous plusieurs aspects. Bien qu'à l'adolescence, le jeune prenne souvent peu à peu ses distances avec sa famille, celle-ci continue d'avoir une grande importance, les relations entre parents et adolescents se transformant en des rapports reposant davantage sur la réciprocité et la coopération. Dans une certaine mesure, les relations qui règnent dans une famille auront un impact sur l'estime de soi de l'adolescent et sur son attitude quant au futur (Cloutier & Drapeau, 2008). Malheureusement, une étude sur les besoins des adolescents atteints de psychose a révélé un niveau élevé de difficultés liées au fonctionnement familial pour 43 % d'entre eux, versus 19 % pour les sujets contrôles (Boeing et al., 2007). De leur côté, les parents et les proches peuvent vivre de la confusion, de la peur et de l'incertitude alors qu'ils font face à la perte des relations telles

qu'ils les avaient connues et aux multiples adaptations nécessaires dues à la maladie (Reed, 2008).

Un sondage réalisé au sein de la population générale sur la perception des jeunes et de leurs parents quant à l'utilité des interventions pour soigner les troubles mentaux a démontré l'importance que conserve la famille comme ressource aux yeux des adolescents. Ceux-ci se sont montrés plus enclins que leurs parents à considérer la famille immédiate comme une source d'aide; cela suggère que les parents sous-estiment leur rôle potentiel dans le traitement du trouble mental de leur enfant (Jorm & Wright, 2007), croyance qui pourrait entraîner des répercussions négatives. En effet, les proches non impliqués dans le traitement de leur jeune et ne lui offrant pas de soutien émotionnel durant les premières phases de la maladie mentale sont susceptibles de développer de mauvaises stratégies d'adaptation, rendant la gestion des situations problématiques difficile (Leggatt, 2007). Dans certains cas, ce sont les adolescents qui s'opposent à ce que leur famille soit contactée et participe au traitement. Pour les intervenants, il importe alors de déterminer la raison du refus : est-ce en raison des symptômes associés à la maladie, ou y a-t-il des raisons justifiées (p. ex. abus sexuels dans la famille, historique de conflits extrêmes)? Les bénéfices d'une implication familiale doivent être expliqués au jeune. Quand les familles sont aidées et informées, elles sont en mesure d'offrir un soutien approprié et efficace; à l'inverse, un proche qui ne comprend pas bien la maladie et son traitement peut agir de manière contre-thérapeutique et nuire au rétablissement (Leggatt, 2007).

Les interventions familiales ont fait l'objet de nombreuses études et méta-analyses (Pharoah, Rathbone, Mari, & Streiner, 2003; Pilling et al., 2002) depuis les vingt dernières années, et leur efficacité est aujourd'hui considérée comme fondée sur des données probantes. Un groupe de chercheurs ayant étudié de près l'ensemble de la littérature sur les résultats des interventions psychosociales dans le traitement de la schizophrénie a émis une série de recommandations quant aux interventions familiales (Dixon et al., 2009). Selon le PORT (*Schizophrenia Patient Outcomes Research Team*), une intervention familiale d'une durée de six à neuf mois devrait être offerte aux personnes atteintes de schizophrénie qui sont en contact régulier avec leur famille. Il a été démontré que ce type d'intervention réduisait significativement le nombre de rechutes et de réhospitalisations. De façon moins concluante, des chercheurs ont obtenu des résultats quant à l'augmentation de l'observance de la médication, à la réduction des symptômes psychiatriques, et à la réduction des niveaux de stress perçus par les personnes atteintes. Pour ce qui est des proches, l'intervention familiale de longue durée amènerait une réduction de la détresse et améliorerait les relations familiales (Dixon et al., 2009). Les éléments clés de ce type d'intervention seraient l'éducation, l'intervention de crise, le soutien émotionnel, et la formation concernant la gestion des symptômes de la maladie et des problèmes susceptibles d'affecter le proche. Toujours selon le PORT, si une intervention de longue durée n'est pas envisageable, des interventions familiales plus courtes incluant éducation, formation et soutien peuvent être offertes. Grâce à des interventions d'au minimum quatre séances, des bénéfices seraient possibles pour la personne traitée (réduction des symptômes

psychiatriques, amélioration de l'observance du traitement, amélioration du fonctionnement, plus grande satisfaction par rapport au traitement) et ses proches (réduction du fardeau familial, augmentation de la satisfaction par rapport aux relations familiales) (Dixon et al., 2009). Par exemple, un programme bref de psychoéducation comportant six rencontres a été conçu pour les proches de jeunes atteints d'un premier épisode psychotique. Ce programme serait efficace à court terme pour améliorer les connaissances des participants sur la maladie, en particulier à propos de la médication (McWilliams et al., 2010). Des résultats positifs ont de plus été observés pour la personne atteinte (plus faible taux de rechute et nombre moins important de journées d'hospitalisation lors d'un suivi s'échelonnant sur cinq ans; McWilliams et al., 2012).

Quoique la plupart des études se soient surtout intéressées à la diminution du taux de rechute de la personne atteinte de schizophrénie dont la famille avait bénéficié d'une intervention de type psychoéducatif, d'autres ont démontré qu'une intervention proposant de surcroît des techniques applicables (par exemple, cognitives ou comportementales) offraient de meilleurs résultats. En fait, les interventions familiales qui suggèrent des outils concrets aux proches de la personne atteinte de psychose (et non seulement de l'information et des conseils) obtiennent des taux de participation supérieurs ainsi que des résultats significatifs quant aux rechutes du client et au bien-être des membres de la famille, en plus d'avoir un bon rapport coût-efficacité (Pharoah et al., 2003; Pilling et al., 2002). Il faut toutefois considérer que la plupart de ces études ont été réalisées sur une population adulte. Pour les enfants et les adolescents, il est probable que les interventions optimales

varient en fonction des caractéristiques du jeune : âge, moment du déclenchement de l'épisode psychotique, histoire de vie, etc. (Asarnow et al., 2004).

Par ailleurs, les émotions exprimées (c'est-à-dire le style d'interaction du parent avec le jeune atteint de psychose) ont souvent été la cible des interventions familiales. Comme nous l'avons mentionné à la section 2.3, ces émotions exprimées ont été associées aux taux de rechute des personnes souffrant de schizophrénie (Butzlaff & Hooley, 1998; Miklowitz et al., 2005). Alors que certains auteurs suggèrent qu'il est possible de modifier le style d'interaction entre les proches, d'autres arguent le contraire, ou proposent plutôt que les proches réagissent à la sévérité des symptômes (et non que les symptômes s'accroissent à cause des émotions exprimées) (Pharoah et al., 2003). Dans le cadre de discussions familiales, des chercheurs se sont intéressés plus spécifiquement au lien entre le comportement de résolution de problèmes de jeunes à risque élevé de psychose, ou présentant depuis peu des symptômes psychotiques, et leurs symptômes et fonctionnement social six mois plus tard. Les habiletés de résolution de problèmes et la communication constructive de l'adolescent, tout comme la communication constructive des parents étaient associés à une amélioration du fonctionnement social. De plus, il existait une association positive entre une communication conflictuelle et une augmentation des symptômes positifs observés lors du suivi (O'Brien et al., 2009). Les mêmes chercheurs ont révélé dans une autre étude que les remarques positives des parents étaient ultérieurement associées à une diminution des symptômes négatifs et à une amélioration du fonctionnement social (O'Brien et al., 2008). Ces résultats, ainsi que l'ensemble de la littérature sur les émotions

exprimées, soulignent la pertinence de poursuivre les recherches sur des interventions familiales plus spécifiques aux habiletés de communication ou de résolution de problèmes.

Vu la charge émotive causée par le fait d'avoir un proche souffrant de psychose, plusieurs préfèrent participer à une intervention multifamille, où la personne atteinte n'est pas présente. Cette approche offre l'avantage pour les proches de se confier à d'autres personnes vivant des expériences semblables, diminuant ainsi les sentiments d'isolement, de honte, et de culpabilité. L'intervention multifamille leur permet aussi de s'outiller pour mieux aider la personne atteinte de psychose en tirant profit des expériences des autres et des connaissances de l'intervenant dirigeant le groupe. Une description détaillée de la psychose, de la médication antipsychotique et de ses effets, et la reconnaissance des signes annonçant une rechute (afin d'aider à la prévenir) font souvent partie des informations offertes. La plupart des cliniciens s'entendent de surcroît sur l'importance d'expliquer aux proches le concept d'émotions exprimées et la manière dont celles-ci peuvent être ressenties négativement par la personne atteinte de psychose.

L'approche multifamille devrait :

- 1) permettre aux proches de s'entraider et de se soutenir;
- 2) offrir de l'information sur les différentes facettes de la psychose;
- 3) enseigner, selon une approche psychoéducative, des techniques cognitives et comportementales que les proches pourront utiliser au besoin, pour eux-mêmes (p. ex. techniques de gestion du stress) ou pour la personne atteinte de psychose (p. ex. vérifier les faits ensemble).

Des chercheurs québécois, Leclerc et Lecomte, ont développé un module de traitement destiné aux familles nommé AVEC (Accompagner, Valider, Échanger, Comprendre), qui permet d'enseigner les mêmes techniques, provenant de la thérapie cognitive comportementale (TCC), aux proches et aux personnes souffrant de psychose. Non seulement les proches bénéficient-ils d'une telle intervention (diminution de leur détresse psychologique et amélioration du soutien social), mais les personnes souffrant de psychose qui participent aux groupes de TCC en tirent-elles aussi parti en ayant dans leur environnement immédiat au moins une personne apte à les comprendre et à les aider au besoin (Leclerc & Lecomte, 2008).

Un autre exemple d'approche possible dans les interventions multifamille est le programme *Families Helping Families* d'Orygen Youth Health (voir section 6.1). Ce programme a été développé après l'étude d'un groupe de discussion (*focus group*) rassemblant les parents, grands-parents, frères et sœurs de jeunes souffrant de troubles mentaux, et qui a révélé deux besoins principaux des familles : le besoin d'information sur la maladie et sur la façon d'en gérer les symptômes, et le besoin de soutien émotionnel (Leggatt, 2007). Le principe de base de *Families Helping Families* est que les familles peuvent se soutenir entre elles et apprendre les unes des autres quant à leurs stratégies d'adaptation respectives. Le programme comprend trois composantes : un groupe de soutien mensuel, un lieu d'échange et de ressources (*The Family Resource Room*), et un service téléphonique offrant soutien et information. Des formations sont aussi offertes aux personnes souhaitant devenir des parents-aidants pour d'autres familles. Chaque nouvelle

famille faisant son entrée à la clinique est contactée directement par un parent-aidant, ce qui permet à plusieurs d'entre elles de surmonter leur réticence à demander de l'aide : en plus de fournir de l'information et du soutien émotionnel, le parent-aidant représente une source d'espoir et un modèle, puisqu'il a réussi à surmonter les mêmes difficultés.

Par ailleurs, un des avantages des programmes comme *AVEC* et *Families Helping Families* est qu'ils peuvent également être offerts à la fratrie de la personne touchée. Celle-ci est susceptible d'être profondément affectée par l'épisode psychotique, ce qui peut avoir des effets importants sur son bien-être mental et son développement (Sin et al., 2008). Toutefois, malgré l'accent mis sur l'inclusion de la famille dans le traitement d'un premier épisode psychotique, les frères et sœurs sont bien souvent exclus des services offerts.

Lors d'une étude qualitative, des frères et des sœurs de jeunes atteints d'un épisode psychotique ont identifié leurs besoins de services plus accessibles, flexibles et adaptés à leur période développementale (Sin et al., 2008). Une deuxième étude de la même équipe de chercheurs a mis en lumière les difficultés particulières des membres de la fratrie qui étaient âgés entre 11 et 16 ans (Sin, Moone, Harris, Scully, & Wellman, 2012). Ceux-ci rapportaient vivre des tensions à la maison en raison du déclenchement de la psychose de leur frère ou de leur sœur, et s'adapter en gardant un profil bas ou effacé. De plus, ils disaient vivre de l'embarras et avoir des comportements tels que ne pas inviter de gens à la maison, par peur de la stigmatisation ou du manque de compréhension. Ils expliquaient également ressentir un mélange de ressentiment et de culpabilité : ressentiment causé par le fait que leur frère ou leur sœur malade occupe tout le temps de leurs parents, mais

culpabilité due au fait de ne pas être plus empathique et aidant. Certains ont par ailleurs évoqué le besoin d'une forme de répit, soit du temps et de l'espace loin des tensions de la maison afin de conserver leur routine (soutien scolaire, séjours de répit, activités de distraction).

4.4.2- Le développement d'un réseau de soutien

Si les adolescents se distancient peu à peu de leurs parents, c'est en partie qu'ils se tournent vers leurs amis, qui jouent un rôle central entre l'âge de 12 et 18 ans. D'ailleurs, l'intégration au groupe de pairs est un élément central de la perception que l'adolescent a de lui-même : l'établissement et le maintien de relations d'amitié favorisent l'apparition d'un sentiment d'efficacité (Cloutier & Drapeau, 2008). Or, une étude sur les besoins des adolescents atteints de psychose a révélé que 82 % des participants identifiaient des difficultés en amitié, comparativement à seulement 6 % de l'échantillon non clinique de jeunes entre 11 et 15 ans (Boeing et al., 2007). Malheureusement, les groupes de pairs sont rares à la suite d'un premier épisode psychotique, alors que le besoin de soutien social est élevé (Reed, 2008). En fait, de façon générale, les réseaux de personnes atteintes d'un trouble mental grave diminueraient avec le temps, tant du point de vue du nombre de personnes que de la qualité des relations entretenues (Meeks & Murrell, 1994). D'autre part, le soutien social dont la personne bénéficie lors d'un premier épisode psychotique prédirait les résultats futurs sur le plan du fonctionnement. Il a par exemple été démontré que, au moment du premier épisode psychotique, le nombre de personnes non membres de la famille au sein du cercle social de la personne atteinte permettait de prédire l'ajustement

social futur de celle-ci (Erickson, Beiser, & Iacono, 1998). Par ailleurs, une revue de la littérature sur les évidences de l'efficacité du soutien des pairs a permis de conclure que les groupes de soutien pouvaient contribuer à réduire les symptômes, à élargir les réseaux sociaux et à augmenter la qualité de vie des individus présentant des troubles mentaux sévères (Davidson et al., 1999).

Selon Leavey (2005), si les jeunes ayant des problèmes de santé mentale ne trouvent pas de modèles positifs ayant vécu une situation similaire, ou s'ils ne reçoivent pas de rétroaction encourageante de leur groupes de pairs, se construire ou se reconstruire une vision de soi saine et positive s'avérera une tâche très difficile. Une étude qualitative réalisée auprès de jeunes en début de psychose confirme d'ailleurs l'importance des pairs auxquels il est possible de s'identifier : les participants ont indiqué une préférence pour le temps passé avec des gens ayant vécu des expériences similaires, qui les comprenaient et avec qui ils avaient développé une confiance mutuelle. Ces participants étaient en contact régulier avec des jeunes faisant partie du même programme d'intervention et ont rapporté avoir développé des amitiés réelles et aidantes relativement rapidement. Ils ont aussi expliqué ne pas avoir gardé contact avec leurs anciens amis, en raison des changements normaux que connaissent les amitiés à travers le cycle de la vie, d'une inquiétude réelle ou perçue rejeté, et d'un désir de changer leurs activités et habitudes de vie malsaines (telles que l'abus de substances) (Macdonald, Sauer, Howie, & Albiston, 2005).

Par définition, les groupes de soutien sont souvent peu structurés. Il s'agit bien souvent de déterminer des moments et des lieux de rencontre plutôt que d'offrir des

interventions en tant que telles. Nous savons par ailleurs que le groupe de soutien de type amical procure des bénéfices, même sur le plan de la diminution des symptômes. Par exemple, dans une étude randomisée sur des personnes adultes souffrant de schizophrénie et présentant des symptômes psychotiques aigus, les personnes ayant participé à un groupe de soutien ont obtenu des bénéfices inférieurs à celles ayant suivi une thérapie cognitive comportementale de groupe, mais supérieurs à celles ayant uniquement reçu le traitement habituel (Lewis et al., 2002). D'autres chercheurs ont de même observé des effets positifs posttraitement pour les participants à un groupe amical, bien que ces effets ne se soient pas maintenus lors du suivi de neuf mois, au contraire des gains acquis par les participants du groupe TCC (Sensky, Turkington, & Kingdon, 2000). À ce jour, peu d'études se sont intéressées aux variables qui permettraient de prédire la réponse aux interventions de soutien, ou aux caractéristiques des individus qui bénéficieraient le plus de celles-ci. Samarasekera et ses collègues (2007) ont émis l'hypothèse que les hallucinations auditives pouvaient limiter la capacité à développer un rapport de confiance dans un contexte amical et nuire aux habiletés de communication interpersonnelle, alors que certains groupes de soutien québécois (Ngo Nkouth, St-Onge, Lepage, Soucy, & Savard, 2009) et britanniques (<http://www.hearing-voices.org/>) sont offerts spécifiquement aux personnes entendant des voix, et rapportent des témoignages et résultats positifs. D'ailleurs, de tels groupes ciblant les adolescents (12 à 18 ans) ont récemment été créés à Londres, au Royaume-Uni (<http://www.voicecollective.co.uk/>).

Que ce soit de façon structurée ou non, les services offerts aux adolescents atteints de psychose devraient fournir un environnement propice au développement de nouvelles amitiés et encourager les jeunes à maintenir des relations avec leurs pairs (Mackrell & Lavender, 2004). Le programme de pairs-aidants développé par la clinique Orygen Youth Health (OYH) en Australie (voir section 6.1) constitue une initiative intéressante : d'anciens usagers de la clinique fournissent du soutien aux jeunes hospitalisés au sein des unités d'hospitalisation ou en les accueillant dans un centre de jour (*drop-in center*) situé dans les locaux des cliniques externes (James, 2007). Qui plus est, ces jeunes pairs-aidants reçoivent une formation et du mentorat en plus d'être rémunérés, ce qui favorise leur réinsertion dans la société. L'OYH organise également des groupes de loisirs grâce auxquels les jeunes peuvent faire de nouvelles rencontres et interagir avec leurs pairs.

4.5- L'amélioration de l'estime de soi

L'estime de soi est considérée comme une cible importante de la réadaptation pour plusieurs raisons. D'une part, les personnes présentant une faible estime d'elles-mêmes sont moins portées à se fixer des buts et à croire en l'atteinte de ceux-ci. Elles sont aussi plus sujettes à intérioriser les attitudes et perceptions stigmatisantes de la société, et se sentent moins aptes à surmonter les obstacles. D'autre part, pour certaines, les symptômes dépressifs ou délirants (paranoïa, grandiosité) sont exacerbés par leur faible estime (Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood, & Kinderman, 2001). Les adolescents vivant une psychose sont particulièrement vulnérables, car l'adolescence constitue une période de changement identitaire intense (transitions corporelles, cognitives, sexuelles, sociales), où

le sentiment d'appartenance à un groupe devient essentiel à la construction de l'estime de soi (Cloutier & Drapeau, 2008). Qui plus est, l'estime de soi en début de traitement d'adolescents et de jeunes adultes atteints de psychose a été associée au fonctionnement global six mois plus tard, ce qui confirme l'importance de s'en préoccuper (Vracotas, Iyer, Joobar, & Malla, 2010).

Un groupe visant l'amélioration de l'estime de soi, tel le programme *Je suis super!!*, peut aider de manière significative la personne traitée en travaillant :

- le sentiment de sécurité;
- le sentiment d'identité;
- le sentiment d'appartenance;
- le sentiment de direction;
- le sentiment de compétence.

Le groupe se déroule en 24 rencontres, typiquement à raison de deux rencontres hebdomadaires pendant trois mois. Ce programme, inspiré d'un programme scolaire visant l'estime de soi des enfants et adolescents (Reasoner, 1992), a d'ailleurs été étudié dans le cadre d'essais cliniques randomisés au Québec et en Suisse. Il a démontré des effets significatifs plus probants que les soins habituellement offerts, tant sur l'augmentation de l'estime de soi que sur l'amélioration des stratégies d'adaptation (*coping*) et la diminution des symptômes psychotiques (Borras et al., 2009; Lecomte et al., 1999).

4.6- La gestion du stress

Tel que nous l'avons décrit à la section 2.3 de ce chapitre (voir Figure 1), le stress est un concept central du modèle « vulnérabilité-stress-compétence » (Liberman, 2008) et est susceptible de provoquer l'apparition de symptômes chez des personnes vulnérables aux troubles mentaux. Dans ce modèle, le stress est suscité tant par les ennuis quotidiens que par les événements importants de la vie ou la présence d'émotions exprimées dans l'environnement. Or, certains auteurs suggèrent que l'adolescence impliquerait davantage de stress que n'importe quel autre stade du cycle de la vie (Harrop & Trower, 2001); pensons entre autres au stress lié à la réussite scolaire, aux interactions sociales, à l'affirmation de soi, à la découverte de l'intimité ou à la gestion de conflits familiaux.

Toujours selon le modèle « vulnérabilité-stress-compétence » (Liberman, 2008), les facteurs de protection ont un effet tampon sur les conséquences de l'interaction entre le stress et la vulnérabilité psychobiologique, soit la symptomatologie et le rétablissement. Comme il n'est pas possible d'agir directement sur la vulnérabilité ou de contrôler totalement le niveau de stress vécu par une personne, un programme de réadaptation destiné aux individus souffrant de troubles mentaux devrait inclure des activités visant à apprendre à gérer efficacement le stress. Pour ce faire, il faut travailler la perception individuelle des événements stressants et permettre à la personne de reconnaître les ressources qui l'aideront à leur faire face. L'intervention doit non seulement viser le développement de stratégies adaptatives, mais familiariser la personne avec le processus de *coping*, et lui permettre d'identifier et de développer son soutien social (Leclerc, Lesage, & Ricard, 1997). Ses

facteurs de protection liés au stress seront ainsi solidifiés, augmentant les possibilités de rétablissement.

Différents traitements visant l'apprentissage de la gestion du stress ont été développés, mais peu d'entre eux ont été évalués selon une méthodologie rigoureuse. Issus à la fois de l'approche psychoéducatrice et de l'approche comportementale, certains suscitent l'intérêt. Par exemple, un programme s'appuyant sur la théorie de l'adaptation (*coping*) et sur l'approche cognitive comportementale a été développé pour des groupes de personnes souffrant de schizophrénie (Leclerc, Lesage, Ricard, Cyr, & Lecomte, 2000). D'une durée de 24 rencontres, il comprend sept parties et propose de nombreux échanges entre les participants :

- 1) Identification des symptômes associés au stress;
- 2) Appréciation cognitive du stress;
- 3) Appréciation cognitive des opportunités;
- 4) Appréciation cognitive des ressources;
- 5) Choix d'une stratégie adaptative (*coping strategy*);
- 6) Utilisation de la stratégie choisie;
- 7) Évaluation des résultats.

Les activités de chacune des sessions sont décrites dans un manuel : il inclut des activités enseignant non seulement à reconnaître les événements stressants, mais aussi à déterminer quand agir pour changer une situation et quand favoriser une approche de régulation émotionnelle. Les retombées de ce traitement ont été évalués sur des personnes

ayant vécu des hospitalisations prolongées en psychiatrie et des groupes de jeunes adultes recevant des services d'une clinique spécialisée dans les premiers épisodes de psychose : les résultats ont révélé que les délires avaient significativement diminué après le traitement suivi par le groupe expérimental, alors qu'ils étaient demeurés stables dans le groupe contrôle (Leclerc & al., 2000). De plus, seuls les participants du groupe expérimental ont montré une amélioration de leur estime de soi après le traitement, amélioration qui s'est maintenue au-delà de six mois.

4.7- Le traitement de l'abus de substances

De nombreuses études se sont intéressées à l'abus de substances chez les personnes vivant avec un trouble mental. Le tableau 1 met en évidence le risque accru de développer un problème d'abus de substances pour cette population.

Insérer Tableau 1 ici

4.7.1- L'étiologie

Notons tout d'abord que la progression de la consommation et les changements dans l'utilisation de substances dépendent de différents facteurs sociaux. Les transformations importantes et accélérées des conditions socioéconomiques au cours des dernières années constituent une partie du problème : les personnes plus vulnérables sur le plan psychologique sont souvent soumises à d'importantes pressions sociales auxquelles elles ont de la difficulté à se conformer, et sont donc particulièrement à risque de trouver dans les substances psychoactives un exutoire leur permettant d'oublier les événements stressants du quotidien (Benoit & Leclerc, 2010). Nombre de facteurs biopsychosociaux

peuvent expliquer le phénomène de troubles concomitants, c'est-à-dire l'abus de substances intoxicantes ou la dépendance à celles-ci chez une personne souffrant d'un trouble mental (Mueser, Noordsy, Drake, & Fox, 2003). En fait, près de 50 % des personnes présentant un trouble mental grave mentionnent abuser d'alcool ou de drogues. Une sensibilité accrue aux effets des drogues et de l'alcool expliquerait cette prévalence, selon Mueser (2003, p.12), ainsi que la raison pour laquelle plusieurs personnes souffrant d'un trouble mental sont rapidement intoxiquées à la suite d'une consommation modérée, et deviennent subséquemment plus facilement dépendantes.

En ce qui concerne les plus jeunes, Tucker (2009) rapporte une prévalence importante d'abus de substances (surtout d'alcool et de cannabis) dans le cas des personnes vivant un premier épisode psychotique. L'abus de substances est également associé à un début de maladie plus précoce et, possiblement, à davantage de symptômes positifs (Tucker & Tucker, 2009). Une étude menée sur un échantillon d'adolescents souligne que l'utilisation à vie de cannabis (*lifetime cannabis use*) et la fréquence de consommation au cours de la dernière année sont associées à des symptômes psychotiques, principalement aux hallucinations auditives et visuelles (Hides et al., 2009). De plus, l'utilisation du cannabis serait associée à un plus grand risque de développer des expériences pseudo-psychotiques (*psychotic-like experiences*). Une autre étude réalisée auprès d'adolescents atteints de psychose rapporte davantage de symptômes positifs pour les utilisateurs de cannabis (Baeza et al., 2009). Toutefois, lorsque ces jeunes ont été réévalués six mois plus tard, le groupe qui consommait du cannabis au départ et qui avait depuis cessé était le

groupe qui présentait les meilleurs résultats cliniques, soit un niveau plus faible de symptômes et une amélioration de leur fonctionnement global (Baeza et al., 2009).

Par ailleurs, une étude ayant effectué durant deux années le suivi de jeunes souffrant d'un trouble mental a révélé que l'usage du cannabis augmentait le risque de non-observance de la médication et d'abandon du traitement. Pour les jeunes en début de traitement, cela signifie que l'abus de substances peut entraîner des rechutes et réduire leurs possibilités d'optimiser les stratégies d'interventions. Le traitement d'un premier épisode psychotique devrait donc s'intéresser à la consommation de cannabis aussitôt que possible, particulièrement pour les personnes ayant un diagnostic d'abus ou de dépendance (R. Miller et al., 2009).

4.7.2- Les modalités thérapeutiques : approches traditionnelles et approche intégrée

L'importance des troubles concomitants s'étant sensiblement accrue, le nombre de traitements disponibles a aussi considérablement augmenté. Au départ, les cliniciens se servaient davantage d'approches dites traditionnelles : le traitement séquentiel et le traitement parallèle. Le traitement séquentiel les obligeait à déterminer quel problème — soit le trouble mental, ou encore l'abus de substances ou la dépendance — était prioritaire. Une fois que celui-ci était déterminé, on attendait qu'il soit suffisamment contrôlé pour s'attaquer au second. Les résultats d'une telle approche étaient rarement fructueux, car il s'avérait difficile de déterminer quel problème était le plus important. Pour surmonter cet obstacle, le traitement parallèle paraissait une bonne alternative : une équipe de soins s'occupait du problème de santé mentale, pendant qu'une seconde équipe se chargeait du

problème lié aux substances. L'ennui avec ce type de traitement résidait dans le peu de communication entre les deux équipes, susceptible de générer des difficultés et d'opter pour des approches contradictoires. Par exemple, adopter à la fois une approche confrontant le problème de toxicomanie et une approche empathique pour le problème de santé mentale constituait un paradoxe qui entravait le rétablissement des personnes présentant un trouble mental sévère.

C'est pour pallier ces tentatives plus ou moins fructueuses que le traitement intégré est né : une même équipe traite désormais les deux problèmes, une seule philosophie de soins est appliquée, et la communication est beaucoup plus claire entre les intervenants. Ce traitement comprend cinq composantes principales, présentées dans le tableau 2.

Insérer Tableau 2 ici

Pour qu'un client consente à un traitement sur une période suffisamment longue pour être efficace, celui-ci doit être fortement axé sur la motivation. Le modèle qui revient le plus souvent dans la littérature est celui des étapes du changement de Prochaska, qui comprend cinq étapes : la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action et la maintenance (Prochaska & DiClemente, 1982). Par la suite, Mueser, Noordsy, Drake et Fox (2003) se sont basés sur ce modèle d'étapes de changement pour concevoir leurs quatre étapes de traitement : l'engagement, la persuasion, le traitement actif et la prévention des rechutes.

Il existe divers modèles d'interventions basées sur la motivation. Ils peuvent être utilisés de façon individuelle (entrevue motivationnelle, thérapie cognitive

comportementale), en groupe (d'entraide, d'apprentissage de compétences sociales) ou bien avec la famille. Par ailleurs, certains auteurs sont d'avis que l'influence sociale devrait être considérée dans la compréhension de l'usage du cannabis chez les jeunes en début de psychose. Ainsi, les interventions tiendraient idéalement compte de l'attitude de l'individu quant au cannabis, de sa perception du contrôle qu'il détient sur son utilisation, et du contexte social entourant celle-ci (Hames, Evangelini, Harrop, & di Forti, 2012).

4.7.3- Approche de réduction des méfaits

L'abus de substances entraîne des conséquences directes et indirectes sur la santé physique. Les exemples les plus fréquents de ces conséquences sont les dysfonctions hépatiques causées par la surconsommation d'alcool et les risques de maladies infectieuses, telles que le VIH ou les hépatites reliées à l'injection de psychotropes. Pour ce qui est des effets indirects de la consommation, on parle plutôt de comportements sexuels à risque, tels que la prostitution, qui permet de gagner rapidement de l'argent pour subvenir aux besoins de consommation. La vulnérabilité et la victimisation sont aussi des attitudes indirectes qui découlent de la consommation de substances (Mueser et al., 2003).

L'approche de réduction des méfaits vise à réduire les conséquences négatives secondaires à l'utilisation de drogues. Selon Santé Canada, diverses initiatives menées à l'étranger et au Canada démontrent que le fait de s'attaquer aux méfaits associés à l'usage de drogues par injection permet de :

- réduire les risques de cette consommation sur la santé des utilisateurs, de leurs familles et de leur collectivité;

- améliorer la situation économique et sociale de ces personnes ;
- réduire les coûts en matière de santé, de justice, d'application de la loi et d'assistance sociale (Santé Canada, 2001).

Les stratégies de réduction des méfaits permettent également de :

- réduire les risques que les utilisateurs de drogues contractent ou transmettent le VIH, le virus de l'hépatite C, ou d'autres infections transmissibles par le sang;
- atténuer les risques de surdose de drogues dont on ne connaît ni la puissance ni la pureté;
- réduire les possibilités de blessure, des utilisateurs eux-mêmes ou d'autres membres de la société (Benoit & Leclerc, 2010).

La réduction des méfaits permet donc de poser un regard nouveau sur le traitement de l'abus de substances dans le cas de jeunes présentant un trouble de santé mentale. Dorénavant, l'abstinence n'est plus l'unique objectif à poursuivre : on se concentre davantage sur la qualité de vie et la réduction des risques liés à la consommation (Landry & Lecavalier, 2003).

4.8- L'intégration scolaire

Il n'existe pas de programme type pour ce qui est de la réintégration aux études. Cependant, des interventions sont offertes par les cliniques spécialisées dans le traitement d'un premier épisode psychotique et des cours s'adressant à des personnes ayant vécu une hospitalisation prolongée et voulant compléter leur scolarité peuvent également être suivis dans certaines institutions. De même, des centres offrent de la formation aux professeurs

dans les écoles afin que ceux-ci puissent mieux assister leurs étudiants aux prises avec un problème de santé mentale. Finalement, certaines écoles spécialisées ont aussi été créées, permettant aux élèves devant composer avec des difficultés diverses, incluant les troubles mentaux graves, les troubles d'apprentissage et les troubles du comportement, de terminer le curriculum ministériel à leur rythme. En fait, le seul programme visant un soutien à l'éducation régulière et testé à ce jour auprès des adolescents est une adaptation du programme de soutien à l'emploi IPS (*Individual Placement and Support*; Becker & Drake, 1993). Des chercheurs de l'Australie et des États-Unis ont en effet démontré que certains des principes du soutien en emploi pouvaient être modifiés pour répondre aux besoins propres du milieu scolaire :

- Toute personne désirant reprendre ou terminer ses études est éligible au soutien aux études (aucune exclusion).
- L'intervenant en soutien à l'éducation travaille de manière étroite avec l'équipe traitante.
- L'intervenant en soutien à l'éducation offre un soutien continu et illimité à la personne.
- L'intervenant en soutien à l'éducation s'assure que la personne reçoit son éducation dans un milieu régulier (et non dans une école spécialisée pour les individus présentant des troubles psychiatriques).
- L'intervenant tient compte des préférences de la personne concernant le programme d'études visé.

Par conséquent, l'intervenant doit être familier avec le système scolaire afin de pouvoir négocier au besoin des accommodements visant à ce que la personne réussisse ses études, malgré des difficultés liées à son trouble psychiatrique ou aux effets secondaires de sa médication. Il peut s'agir, par exemple, d'obtenir plus de temps pour compléter les examens, ou encore de les passer dans une salle isolée. L'intervenant en soutien aux études doit aussi s'intéresser à la stigmatisation puisque que plusieurs enseignants ou directeurs d'école sont susceptibles d'avoir des attitudes négatives envers les personnes présentant un trouble tel que la schizophrénie.

5- Contrer la stigmatisation

Une importante difficulté rencontrée par les jeunes ayant des problèmes de santé mentale est la stigmatisation provenant de la société. Une analyse qualitative réalisée auprès de cette population a de fait révélé que la stigmatisation semblait l'obstacle majeur à la réintégration sociale, en raison des réactions que suscitent les troubles de santé mentale (Leavey, 2005). Ces jeunes ont déclaré se sentir différents, soit aux antipodes de ce que les jeunes veulent ressentir lors de cette période de la vie. Il serait donc important de mieux comprendre les aspects sociaux de la stigmatisation et leurs effets afin d'en minimiser les conséquences sur le développement des jeunes atteints d'un problème de santé mentale. Ces derniers ont besoin d'être intégrés socialement pour entrer dans la vie adulte avec un sentiment d'autonomie, d'attachement et de productivité. Dans le cas contraire, ils augmentent leur vulnérabilité à la marginalisation et à l'isolement (Leavey, 2005).

La stigmatisation représente « les croyances, attitudes et comportements qui entraînent un rejet social ou un isolement basé sur un regroupement de caractéristiques perçues comme étant non désirables ou menaçantes » (Van Dorn, Swanson, Elbogen, & Swartz, 2005). L'Organisation mondiale de la santé et l'Association mondiale de psychiatrie ont par ailleurs défini la stigmatisation comme étant le plus grand défi auquel fait face le milieu de la santé mentale aujourd'hui (Kadri & Sartorius, 2005). Alors que la réadaptation vise l'intégration communautaire et l'atteinte des buts individuels, la stigmatisation conduit ceux qui la subissent à ne pas se sentir considérés comme des citoyens à part entière.

Les attitudes stigmatisantes envers les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves sont basées sur certains préjugés centraux :

- 1) Peur et exclusion (Ces personnes sont dangereuses, il faut les exclure.);
- 2) Autoritarisme (Elles sont irresponsables, il faut prendre des décisions pour elles.);
- 3) Bienveillance (Elles sont comme des enfants, il faut qu'on s'occupe d'elles.).

Les personnes ayant un diagnostic de schizophrénie sont particulièrement sujettes à subir des attitudes stigmatisantes et des comportements distants (Van Dorn et al., 2005).

Les stéréotypes relatifs aux troubles mentaux qui circulent dans la population générale peuvent entraîner des préjudices et rendre le processus d'intégration sociale difficile pour ceux qui en font les frais (par exemple : refus d'embauche ou refus de location d'appartement). La situation se complique davantage lorsque la personne développe une autostigmatisation. Celle-ci implique l'intériorisation des stéréotypes, des

préjugés et de la discrimination. Ainsi, les personnes retournent les préjugés contre elles-mêmes et acceptent les stéréotypes comme vrais. Cette attitude résulte en des réactions émotives négatives, telles qu'une baisse d'estime de soi, un sentiment d'impuissance, et une perte de motivation et de volonté d'agir. La prise de conscience de stéréotypes négatifs entraîne également, chez la personne atteinte de schizophrénie par exemple, une anticipation du rejet et de la discrimination, ce qui l'incite par conséquent à éviter les contacts sociaux.

Finalement, la stigmatisation peut amener la personne atteinte de trouble mental et ses proches à vouloir prévenir l'« étiquette » : en tentant d'échapper à toute situation pouvant associer la personne au trouble mental, ils attendent parfois longtemps avant de chercher de l'aide ou omettent de suivre le traitement recommandé, ce qui peut avoir des conséquences importantes sur le pronostic.

Quelles sont les personnes ayant les attitudes les plus stigmatisantes envers les personnes aux prises avec des troubles mentaux? Outre ces personnes elles-mêmes se trouve en haut de la liste le personnel soignant, en particulier les psychiatres (Thornicroft, 2006; p.93) : en effet, les cliniciens, qui voient surtout des personnes en phases aiguës ou présentant des symptômes réfractaires sévères, croient peu en la possibilité d'un rétablissement pour l'ensemble de la clientèle.

Parmi les stratégies utilisées pour contrer la stigmatisation, le contact avec des personnes qui sont avancées dans leur processus de rétablissement est l'une des plus efficaces. Les résidents en psychiatrie, par exemple, ne devraient pas seulement être

exposés aux personnes très souffrantes, mais aussi à celles qui se rétablissent et s'accomplissent dans la communauté, afin de mieux comprendre la maladie mentale et de se défaire de leurs préjugés. On fait aussi appel à d'autres approches antistigmatisation : la protestation est surtout employée par des regroupements de parents ou d'amis des personnes aux prises avec des troubles mentaux pour contrer une médiatisation sensationnaliste; l'éducation ne semblerait quant à elle efficace qu'auprès des personnes possédant déjà une ouverture, et atteindrait moins celles possédant des attitudes stigmatisantes arrêtées.

D'autres interventions pourraient s'avérer pertinentes dans la lutte contre la stigmatisation : pensons à la diffusion de miniséries, vidéos ou films présentant des personnes attirantes qui avoueraient avoir un trouble mental, suivie de psychoéducation. En outre, des interventions familiales portant une attention particulière à la stigmatisation seraient probablement efficaces. Mueller et ses collègues ont d'ailleurs souligné qu'un soutien familial lors de la première hospitalisation était essentiel pour contrer l'autostigmatisation (Mueller et al., 2006). Finalement, pour les personnes atteintes d'un trouble mental qui présentent déjà des attitudes négatives, un groupe de thérapie ciblant les attitudes à changer, et travaillant sur l'estime de soi et le pouvoir d'agir, aurait sans doute un impact positif.

Bon nombre de chercheurs s'intéressent actuellement aux moyens pour contrer la stigmatisation sociétale et personnelle. Certains suggèrent par exemple de modifier l'appellation de certains troubles (p.ex. trouble de saillance (*salience*) plutôt que

schizophrénie). En Australie, un sondage sur les attitudes stigmatisantes à l'endroit des personnes présentant des problèmes de santé mentale a été réalisé auprès de jeunes de 15 à 25 ans de la population générale et de leurs parents : l'expérience personnelle d'une maladie mentale, le contact avec des personnes atteintes ayant recherché de l'aide, l'exposition à des campagnes publicitaires et les attitudes parentales auraient un impact sur les attitudes stigmatisantes des jeunes (Jorm & Wright, 2008). En somme, ces résultats confirment la pertinence des efforts actuels de sensibilisation dans les écoles et les milieux de travail, ainsi que de l'organisation de rencontres entre les jeunes et des personnes ayant vécu l'expérience d'une maladie mentale. Ils suggèrent de plus l'importance de cibler les parents dans les interventions visant à réduire la stigmatisation, vu la relation étroite entre les attitudes de ces derniers et celles de leurs enfants (Jorm & Wright, 2008).

6- L'intervention précoce et la sensibilisation

6.1- L'intervention précoce

Au cours des dernières décennies, plusieurs données ont démontré le lien entre la durée de la psychose non traitée et le pronostic futur (Tiffin & Morrison, 2007). Il est donc raisonnable de penser que si nous pouvions prévenir et traiter la schizophrénie de façon précoce, voire avant l'apparition des premiers symptômes psychotiques, ou si nous pouvions à tout le moins réduire la durée de la psychose non traitée, nous pourrions protéger l'individu de souffrances sévères et de conséquences psychologiques. Malheureusement, la phase de psychose non détectée ou non traitée se prolonge

fréquemment, et ce, même dans les pays industrialisés (McGorry, Killackey, & Yung, 2007).

Des mesures préventives peuvent être prises durant la période prémorbide de la maladie, c'est-à-dire avant que les symptômes ou la modification du comportement ne surviennent (prévention primaire), ou durant la phase du prodrome, c'est-à-dire au moment où les premiers symptômes ou signes indiquant une vulnérabilité à la schizophrénie apparaissent (prévention secondaire) (Salokangas & McGlashan, 2008). L'application de ces deux approches d'intervention précoce pour la clientèle adolescente gagne donc de plus en plus en popularité (Dyer & McGuinness, 2008).

Une détérioration significative du fonctionnement psychosocial, particulièrement dans le cas des jeunes, peut être le premier signe d'un trouble mental sévère et doit être évalué. La difficulté d'identifier les individus à risque réside dans le fait que les adolescents présentent parfois des symptômes qui s'apparentent au prodrome de la schizophrénie, tels des problèmes d'attention, un retrait social, des difficultés cognitives et scolaires, pouvant découler d'un autre trouble (trouble bipolaire, trouble de stress post-traumatique, abus de substances). À l'inverse, des comportements répandus à l'adolescence (irritabilité, comportements perturbateurs, sautes d'humeur) peuvent être des symptômes du prodrome.

Des chercheurs ont établi les critères de trois profils d'individus à risque de développer un épisode psychotique (Yung et al., 2003) :

- Groupe 1 : Symptômes psychotiques atténués (*attenuated psychotic symptoms*)

- Présence d'au moins un des symptômes suivants : idées de référence, croyances étranges ou pensée magique, dérangement perceptuel, idéation paranoïde, pensée et discours étranges, comportement et apparence étranges.
- Les symptômes se présentent au moins plusieurs fois par semaine.
- Les symptômes sont présents depuis au moins une semaine, mais depuis moins de cinq ans.
- Groupe 2 : Symptômes psychotiques brefs, limités et intermittents (*brief limited intermittent psychotic symptoms*, « BLIPS »)
 - Présence d'au moins un des symptômes psychotiques passagers suivants : idées de référence, pensée magique, dérangement perceptuel, idéation paranoïde, pensée et discours étranges.
 - Les symptômes sont présents durant une période de moins d'une semaine et se résorbent spontanément.
 - L'épisode « BLIPS » est survenu au cours de la dernière année.
- Groupe 3 : Facteurs de risque – hérédité et état mental (*trait and state risk factors*)
 - L'individu a un parent de premier degré ayant un désordre psychotique ou un trouble de personnalité schizotypique.
 - Il présente un déclin significatif de l'état mental ou du fonctionnement, maintenu sur une période d'au moins un mois, mais de moins de cinq ans.

- Le déclin du fonctionnement est survenu au cours de la dernière année.

Quels types d'intervention doit-on offrir à ces jeunes à risque de psychose? Avant les années 90, il était inacceptable de traiter une personne à l'aide d'une médication antipsychotique avant que celle-ci n'obtienne un diagnostic officiel de psychose, même en présence des symptômes du prodrome. Encore aujourd'hui, l'incertitude persiste dans la pratique psychiatrique quant au fait de traiter la schizophrénie au stade du prodrome. Même les nouveaux antipsychotiques à faible dose comportent des effets secondaires, sans oublier la problématique de la stigmatisation susceptible d'être entraînée par un traitement. Il faut toutefois considérer les bénéfices d'un traitement précoce, comme l'amélioration du fonctionnement et de la qualité de vie, qui pourraient, en retour, réduire le risque de stigmatisation (Dyer & McGuinness, 2008).

Il a été suggéré que les symptômes du prodrome pouvaient être traités efficacement avec des antidépresseurs. En effet, une étude réalisée auprès de 48 adolescents montrant des signes de prodrome a révélé une amélioration semblable des symptômes psychotiques pour le groupe traité avec des antipsychotiques et le groupe traité avec des antidépresseurs (Cornblatt et al., 2007). Les adolescents traités aux antipsychotiques étaient cependant plus enclins à ne pas observer les prescriptions du médecin. Selon les auteurs, ces résultats suggèrent que, dans certains cas, il serait préférable de commencer le traitement du prodrome par une médication antidépressive, étant donné la meilleure observance du traitement qu'elle induit, et de progresser vers une médication antipsychotique si les symptômes s'intensifient. Toutefois, une deuxième étude du même groupe de chercheurs,

réalisée sur un plus grand échantillon (191 participants), n'a pas réussi à démontrer un lien entre les antidépresseurs et la réduction de la sévérité des symptômes psychotiques (Walker et al., 2009).

La controverse entourant la prescription de médicaments à des individus en prodrome a amené les cliniciens à considérer les traitements psychosociaux. Ceux-ci sont sans aucun doute plus acceptables sur le plan éthique, ne comportent pas de risque pour la santé, et pourraient même permettre de réduire ou d'éviter le recours à la médication; de plus, les « faux positifs » (les personnes considérées à tort comme étant à risque de psychose) peuvent tout de même retirer certains bénéfices de ces traitements (Bentall & Morrison, 2002).

Selon Bhangoo et Carter (2009), les buts du traitement psychosocial pour la population à risque très élevé de psychose sont le traitement des symptômes présents et l'amélioration du fonctionnement, tout en considérant ces symptômes comme des marqueurs de risque pour un trouble futur. Plus simplement, il s'agit d'assurer un suivi des individus afin de pouvoir déceler une éventuelle détérioration de leur état, tout en leur permettant de bénéficier des interventions disponibles afin de réduire leurs symptômes et d'améliorer leur fonctionnement.

Au cours des deux dernières décennies, un nombre croissant de programmes d'intervention précoce ont vu le jour. En 2007, on en recensait près de 200 à travers le monde (McGorry et al., 2007). Plusieurs données prouvent maintenant que ces programmes peuvent réduire la durée de la psychose non traitée et amener une meilleure rémission, du

point de vue des symptômes et du fonctionnement. Ils présenteraient aussi un meilleur rapport coût-bénéfices que les modèles standards de soins en santé mentale (McGorry et al., 2007).

Bon nombre d'équipes d'intervention précoce tentent d'engager les individus à risque dans des interventions psychosociales, selon une perspective de rétablissement. Les interventions offertes peuvent inclure le suivi de cas, la psychoéducation, la thérapie cognitive comportementale, les interventions multifamiliales, et le soutien à l'éducation et à l'emploi (Bhangoo & Carter, 2009). Par exemple, un groupe de chercheurs a mis sur pied une intervention psychologique intégrée (thérapie cognitive comportementale, entraînement aux habiletés sociales, remédiation cognitive, psychoéducation multifamille) semblant efficace pour prévenir le déclenchement de la psychose sur une période de 24 mois chez de jeunes adultes en prodrome (Bechdolf et al., 2012). De même, une équipe de recherche a développé une intervention de groupe multifamille d'une durée de 9 mois s'adressant spécifiquement aux adolescents à risque ultra-élevé de psychose (O'Brien et al., 2007). Les participants ont rapporté que la psychoéducation offerte était très utile et qu'ils se sentaient confortables au cours des rencontres. De plus, ils ont montré une amélioration de leurs symptômes et de leur fonctionnement. Mentionnons également l'essai randomisé de Morrison et de ses collègues comparant la thérapie cognitive au traitement habituel pour les personnes à risque de développer un premier épisode psychotique : les participants, âgés entre 16 et 36 ans, ont suivi la thérapie sur une période de 6 mois et ont été évalués mensuellement sur une période de 12 mois. Les chercheurs ont démontré que la thérapie

cognitive réduisait significativement les chances qu'une médication antipsychotique soit prescrite et qu'un diagnostic de psychose soit posé. De plus, les participants ayant bénéficié de l'intervention cognitive se sont significativement améliorés sur le plan des symptômes positifs au cours de la période de 12 mois (Morrison et al., 2004). Une étude similaire est actuellement en cours aux Pays-Bas avec un échantillon de jeunes âgés entre 14 et 35 ans (Rietdijk et al., 2010).

Des stratégies de traitement ciblant la gestion du stress et l'amélioration des stratégies adaptatives pourraient également être des éléments importants d'interventions préventives. Nous avons déjà vu le rôle primordial que joue le stress dans la manifestation des symptômes psychotiques. Qui plus est, il a été observé que les adolescents et jeunes adultes à risque élevé de psychose, versus des sujets contrôles, rapportaient significativement plus de détresse par rapport aux événements de leur vie, percevaient s'adapter avec difficulté aux changements, et utilisaient des stratégies d'adaptation différentes (moins efficaces) (Phillips, Edwards, McMurray, & Francey, 2012). Dans un autre ordre d'idées, il a été démontré que la participation de professionnels de l'environnement (travailleurs sociaux, professeurs, infirmière de l'école, médecin de famille) au traitement d'adolescents à risque de psychose favoriserait l'amélioration de leur fonctionnement (Grano et al., 2011).

De façon générale, les interventions offertes le sont dans le cadre d'un programme spécifique de prévention précoce. La clientèle visée est bien souvent les jeunes adultes, mais un programme s'adressant spécifiquement aux adolescents a été développé en

Finlande. Le JERI (*Jorvi Early Psychosis Recognition and Intervention*) est une équipe multidisciplinaire dont le mandat est d'intervenir auprès d'adolescents à risque de développer un premier épisode psychotique. Les membres de l'équipe rencontrent les adolescents dans leur milieu de vie, par exemple à l'école ou à la maison, ainsi que leurs parents et certains membres de leur réseau. Ce programme d'intervention s'inspire du modèle « vulnérabilité-stress -compétence»; il est basé sur le principe qu'être à haut risque de développer un épisode psychotique résulte de la combinaison entre un niveau de stress élevé et une vulnérabilité à la psychose, et que la réduction du niveau de stress aurait un impact positif sur le fonctionnement. Les résultats préliminaires de ce programme sont encourageants, mais d'autres études comportant davantage de participants, s'échelonnant sur une plus longue période et effectuant des comparaisons avec des groupes contrôles demeurent nécessaires afin de démontrer sa réelle efficacité (Grano et al., 2009).

La possibilité d'une intervention précoce repose en partie sur l'accessibilité aux services en santé mentale. Entre les services pédiatriques et les services aux adultes, les adolescents ne trouvent pas toujours leur compte. Une façon de pallier ce problème est sans doute de développer des programmes et services personnalisés pour cette tranche d'âge. À cet égard, l'Orygen Youth Health Center (OYH), situé à Melbourne, en Australie (<http://oyh.org.au/>), constitue un modèle intéressant. L'OYH a la mission d'améliorer la santé mentale et le bien-être des jeunes âgés entre 15 et 24 ans. Il comprend des programmes cliniques, un centre de recherche, et un service de formation et de consultation

pour les professionnels œuvrant auprès des jeunes. Voici quelques-uns des principes à la base de l'approche d'OYH :

- Les interventions dont l'efficacité est basée sur des données probantes pour les jeunes atteints de problèmes de santé mentale devraient être offertes à ces derniers, et ce, le plus tôt possible.
- Les jeunes sont les partenaires des intervenants dans leur processus de rétablissement : leurs désirs et opinions doivent être respectés.
- Les membres de la famille et autres proches sont reconnus pour le rôle qu'ils jouent dans la santé et le bien-être du jeune.
- Une approche collaborative entre les intervenants améliore les résultats obtenus.

Un service de triage, d'évaluation, et d'intervention de crise, disponible 24 h sur 24 et 7 jours sur 7, reçoit les jeunes ayant besoin d'aide par rapport à leur santé mentale. Ceux-ci sont ensuite orientés vers le programme clinique approprié à leurs besoins. L'objectif est de leur offrir un traitement accessible, rapide, flexible et efficace, ainsi que d'encourager une future recherche d'aide. Quant aux jeunes présentant des symptômes psychotiques ou ayant un profil à risque, ils sont dirigés vers l'Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC), dont le mandat est de faciliter l'identification précoce et le traitement de la psychose, et, ainsi, de réduire l'impact sur leur fonctionnement et leur développement psychosocial. Parmi les services offerts, mentionnons le suivi de cas, les visites à domicile, les traitements spécialisés (incluant la psychothérapie et la médication), l'orientation et la

référence vers d'autres ressources de l'OYH (p. ex. services de soutien à l'emploi, groupes de loisirs), et le soutien aux proches, ainsi que la transmission d'information sur la maladie.

6.2- La sensibilisation aux problèmes de santé mentale

Malgré la prévalence élevée des troubles de santé mentale se développant à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, les jeunes ont peu tendance à rechercher de l'aide professionnelle lorsqu'ils éprouvent des difficultés. En fait, la recherche d'aide ne serait pas uniquement liée au fait d'éprouver de la détresse psychologique; plusieurs facteurs seraient impliqués, par exemple : la perception du problème (évaluer qu'une aide extérieure est nécessaire ou non), la volonté de rechercher de l'aide et les normes sociales encourageant ce comportement, ou l'accessibilité aux services appropriés (Rickwood, Deane, & Wilson, 2007). Les enseignants, les autres intervenants scolaires ainsi que les médecins généralistes représenteraient une porte d'accès aux services spécialisés. En outre, les jeunes seraient plus enclins à rechercher de l'aide lorsque, entre autres, ils possèdent des connaissances à propos des problèmes de santé mentale et des sources d'aide disponibles, ou qu'ils ont établi des relations de confiance avec des personnes de leur entourage susceptibles de leur fournir de l'aide. À l'inverse, ils seraient moins enclins à rechercher de l'aide lorsque, entre autres, ils entretiennent des préjugés négatifs quant au fait de demander de l'aide, ont eu des expériences de recherche d'aide négatives par le passé, ou ont la croyance qu'ils devraient être en mesure de régler leurs problèmes de santé mentale seuls (Rickwood et al., 2007). De bonnes connaissances sur la santé mentale favoriseraient donc un meilleur

pronostic pour les jeunes atteints d'un trouble de santé mentale émergent, soit en accélérant la recherche d'aide effectuée par les jeunes eux-mêmes, ou en facilitant l'identification des premiers signes du désordre et en encourageant la recherche d'aide par l'entourage (Kelly, Jorm, & Wright, 2007). Cela signifie que les jeunes et leur entourage (familles, enseignants, amis) devraient connaître les changements susceptibles de se manifester lors du développement d'un trouble mental, les sources d'aide disponibles et la manière d'y avoir accès, ainsi que la façon d'intervenir et d'offrir du soutien dans ce type de situation. Selon Kelly, Jorm & Wright (2007), quatre types d'intervention contribuent à améliorer les connaissances en santé mentale de la population :

- les campagnes visant la communauté de façon générale;
- les campagnes dans la communauté ciblant précisément les jeunes;
- les interventions dans les écoles, donnant de l'information sur la maladie mentale et la recherche d'aide;
- les programmes enseignant aux individus comment intervenir en situation de crise.

L'école est un lieu populaire pour les interventions de prévention et de sensibilisation, car il s'agit d'un endroit privilégié pour entrer en contact avec les jeunes (Kelly et al., 2007). Toutefois, l'Internet est de plus en plus utilisé comme moyen de diffuser l'information afin d'engager le jeune dans un processus de recherche d'aide (Rickwood et al., 2007). En outre, il s'agit d'un média ayant le potentiel de fournir des services en santé mentale et du soutien à des larges populations (J. Burns, Morey, Lagelee, Mackenzie, & Nicholas, 2007). Il est partie intégrante de la vie des jeunes d'aujourd'hui, et

les intervenants en santé mentale doivent être conscients de la popularité croissante de réseaux sociaux comme Facebook, Twitter ou MySpace, et du rôle qu'ils jouent dans la vie des jeunes. Qui plus est, l'Internet offre l'avantage de l'anonymat et d'une disponibilité continue. Citons par exemple le site web australien *Reach Out!*, dont l'objectif est d'améliorer la santé mentale des jeunes âgés entre 16 et 25 ans en augmentant leurs connaissances sur la santé mentale, en améliorant leur résilience, et en facilitant leur recherche d'aide. Dans les commentaires laissés sur le site, les jeunes rapportent que *Reach Out!* les aide à comprendre leurs difficultés et à accepter qu'ils ont besoin d'aide, à saisir comment fonctionnent les services en santé mentale, et à trouver le courage de rechercher de l'aide, face à face ou par téléphone (J. Burns et al., 2007). Un sondage effectué en ligne a d'ailleurs révélé que 38 % des jeunes ayant visité le site à quelques reprises rapportaient avoir parlé à un professionnel en santé mentale par la suite.

7- Conclusion

Les écrits recensés sur les adolescents présentant des signes de psychose ou à risque d'en développer une mettent en évidence la contribution des interventions psychosociales afin de favoriser leur rétablissement. La réduction des symptômes de la psychose et l'amélioration du fonctionnement psychosocial sont les principales cibles du rétablissement. Des interventions sont également requises afin de contrer l'isolement social, la pauvreté, l'abandon scolaire ou l'absence d'emploi, et la stigmatisation.

Les études s'intéressant aux adolescents sont moins nombreuses que celles ciblant les jeunes adultes vivant un premier épisode de psychose, notamment en raison du moment de l'apparition des symptômes, plus fréquent au début de l'âge adulte, et d'une crainte d'étiqueter l'adolescent en lui attribuant un diagnostic psychiatrique. Cela dit, les écrits disponibles indiquent que le fonctionnement social diminue significativement lors du prodrome, débutant bien souvent au cours de l'adolescence. Dans un contexte où les soins offerts sont davantage prodigués selon une approche médicale, il apparaît alors impérieux d'orienter la recherche vers le développement d'interventions de réadaptation spécifiquement destinées aux adolescents.

Bon nombre de traitements psychosociaux ont été conçus pour favoriser le rétablissement des personnes souffrant d'un premier épisode de psychose, la plupart inspirés du modèle « vulnérabilité-stress-compétence ». Ces interventions peuvent être offertes aux adolescents, tel que nous l'avons présenté dans ce chapitre. Il convient par ailleurs de souligner la contribution de certaines approches au rétablissement : la TCCp, principalement, mais aussi la psychoéducation, l'entrevue motivationnelle et l'entraînement aux habiletés sociales. De plus, les interventions familiales devraient obligatoirement faire partie d'un programme de réadaptation destiné aux adolescents souffrant de psychose, étant donné le rôle central de la famille durant cette étape de la vie.

Les adolescents marginalisés en raison de problèmes de santé mentale ou de difficultés particulières sont à risque de se voir isolés par leurs pairs. Dans le cadre d'une offre de service ciblant le rétablissement, il convient donc de mettre en place des

traitements visant à développer leur réseau de soutien. De même, l'estime de soi des adolescents présentant des symptômes associés à la psychose est soumise à rude épreuve et constitue également une cible de choix du traitement, tout comme la gestion du stress et l'intégration scolaire ou professionnelle. Les traitements doivent en outre prendre en compte les problématiques d'abus de substances ou de dépendance à celles-ci, fort répandues parmi les adolescents atteints de psychose. À cet égard, les chercheurs s'entendent pour privilégier l'approche intégrée ainsi que l'approche de réduction des méfaits, d'ailleurs préconisée par Santé Canada depuis le début des années 2000.

La stigmatisation associée à la psychose s'avère un obstacle majeur au développement et au rétablissement des jeunes qui en sont atteints. À l'instar des autres adolescents, ils éprouvent le besoin d'être comme leurs pairs, alors qu'ils se sentent souvent très différents. L'intervention précoce lors du prodrome a démontré qu'il est possible de réduire l'incidence ou encore la gravité de la psychose, mais elle ne fait pas l'unanimité, surtout lorsque l'approche est essentiellement pharmacologique, puisqu'on s'interroge sur les conséquences de l'utilisation d'antipsychotiques et sur les dangers de l'étiquetage de ces jeunes. Ces craintes sont moins fondées lorsqu'il s'agit de traitements psychosociaux : en effet, les traitements de réadaptation décrits dans ce chapitre ne présentent pour ainsi dire aucun risque lorsqu'ils sont offerts par des cliniciens dûment formés, et promettent des résultats aussi intéressants sinon supérieurs que ceux d'une approche centrée sur la médication, notamment sur le plan du fonctionnement psychosocial, critère central du rétablissement

Liste des références

- Addington, J., Penn, D., Woods, S. W., Addington, D., Perkins, D. O., Addington, J., et al. (2008). Social functioning in individuals at clinical high risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, 99(1-3), 119-124.
- Anthony, W. A., & Liberman, R. P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 542-559.
- Asarnow, J. R., Tompson, M. C., & McGrath, E. P. (2004). Annotation: childhood-onset schizophrenia: clinical and treatment issues. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 45(2), 180-194.
- Bach, P., & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1129-1139.
- Baeza, I., Graell, M., Moreno, D., Castro-Fornieles, J., Parellada, M., Gonzalez-Pinto, A., et al. (2009). Cannabis use in children and adolescents with first episode psychosis: influence on psychopathology and short-term outcome (CAFEPS study). *Schizophrenia Research*, 113(2-3), 129-137.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bechdolf, A., Wagner, M., Ruhrmann, S., Harrigan, S., Putzfeld, V., Pukrop, R., et al. (2012). Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states. *British Journal of Psychiatry*, 200(1), 22-29.

- Becker, D. R., & Drake, R. E. (1993). *A working life: The individual placement and support (IPS) program*. Concord, NH: New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center.
- Benoit, A., & Leclerc, C. (2010). Les troubles concomitants. In M. Townsend (Ed.), *Soins infirmiers en psychiatrie et santé mentale*. Montréal: Erpi.
- Bentall, R., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, R., & Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: A review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review, 21*, 1143-1192.
- Bentall, R., & Morrison, A. P. (2002). More harm than good: The case against using antipsychotic drugs to prevent severe mental illness. *Journal of Mental Health, 11*(4), 351-356.
- Bhango, R. K., & Carter, C. S. (2009). Very early interventions in psychotic disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 32*(1), 81-94.
- Boeing, L., Murray, V., Pelosi, A., McCabe, R., Blackwood, D., & Wrate, R. (2007). Adolescent-onset psychosis: Prevalence needs and service provision. *British Journal of Psychiatry, 190*(1), 18-26.
- Borras, L., Boucherie, M., Mohr, S., Lecomte, T., Perroud, N., & Huguelet, P. (2009). Increasing self-esteem: Efficacy of a group intervention for individuals with severe mental disorders. *European Psychiatry, 24*, 307-316.

- Brenner, H. D., Hodel, B., Roder, V., & Corrigan, P. (1992). Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *18*(1), 21-26.
- Burns, J., Morey, C., Lagelee, A., Mackenzie, A., & Nicholas, J. (2007). Reach Out! Innovation in service delivery. *Medical Journal of Australia*, *187*(7 Suppl), S31-34.
- Burns, T., & Patrick, D. (2007). Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *116*(6), 403-418.
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 547-552.
- Castro-Fornieles, J., Parellada, M., Gonzalez-Pinto, A., Moreno, D., Graell, M., Baeza, I., et al. (2007). The child and adolescent first-episode psychosis study (CAFEPS): Design and baseline results. *Schizophrenia Research*, *91*(1-3), 226-237.
- Chadwick, P., Hughes, S., Russell, D., Russell, I., & Dagnan, D. (2009). Mindfulness Groups for Distressing Voices and Paranoia: A Replication and Randomized Feasibility Trial. *Journal of Mental Health*, *18*, 38-50.
- Cloutier, R., & Drapeau, S. (2008). *Psychologie de l'adolescence*. Montréal: Chenelière Éducation Gaëtan Morin Éditeur.
- Cornblatt, B. A., Lencz, T., Smith, C. W., Olsen, R., Auther, A. M., Nakayama, E., et al. (2007). Can antidepressants be used to treat the schizophrenia prodrome? Results of a prospective, naturalistic treatment study of adolescents. *Journal of Clinical Psychiatry*, *68*(4), 546-557.

- Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D., & Tebes, J. K. (1999). Peer support among individuals with severe mental illness: A review of the evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(2), 165-187.
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. C. (2005). Recovery in Serious Mental Illness: A New Wine or Just a New Bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480-487.
- Deegan, P. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 11-19.
- Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W., et al. (2009). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 48-70.
- Dyer, J. G., & McGuinness, T. M. (2008). Update on early intervention in schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 46(6), 19-22.
- Erickson, D. H., Beiser, M., & Iacono, W. G. (1998). Social support predicts 5-year outcome in first-episode schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(4), 681-685.
- Frese, F. J., Knight, E. L., & Saks, E. (2009). Recovery from schizophrenia: With views of psychiatrists, psychologists, and others diagnosed with this disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 370-380.

- Grano, N., Karjalainen, M., Anto, J., Itkonen, A., Edlund, V., & Roine, M. (2009). Intervention to improve level of overall functioning and mental condition of adolescents at high risk of developing first-episode psychosis in Finland. *Early Intervention in Psychiatry*, 3(2), 94-98.
- Grano, N., Karjalainen, M., Anto, J., Itkonen, A., Edlund, V., & Roine, M. (2011). Associations between number of different type of care meetings with social network and improvement in mental well-being in adolescents at risk of first-episode psychosis. *Early intervention in psychiatry*, 5(3), 212-218.
- Hames, A., Evangeli, M., Harrop, C., & di Forti, M. (2012). Understanding cannabis use in first-episode psychosis: an application of the Theory of Planned Behaviour. *Early intervention in psychiatry*, 6(1), 38-44.
- Harris, A., Brennan, J., Anderson, J., Taylor, A., Sanbrook, M., Fitzgerald, D., et al. (2005). Clinical profiles, scope and general findings of the Western Sydney First Episode Psychosis Project. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(1-2), 36-43.
- Harrop, C., & Trower, P. (2001). Why does schizophrenia develop at late adolescence? *Clinical Psychology Review*, 21(2), 241-266.
- Hides, L., Lubman, D. I., Buckby, J., Yuen, H. P., Cosgrave, E., Baker, K., et al. (2009). The association between early cannabis use and psychotic-like experiences in a community adolescent sample. *Schizophrenia Research*, 112(1-3), 130-135.

- James, A. M. (2007). Principles of youth participation in mental health services. *Medical Journal of Australia*, 187(7 Suppl), S57-60.
- Jorm, A. F., Morgan, A. J., & Wright, A. (2008). A comparison of clinician, youth, and parent beliefs about helpfulness of interventions for early psychosis. *Psychiatric Services*, 59(10), 1115-1120.
- Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Beliefs of young people and their parents about the effectiveness of interventions for mental disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(8), 656-666.
- Jorm, A. F., & Wright, A. (2008). Influences on young people's stigmatising attitudes towards peers with mental disorders: National survey of young Australians and their parents. *British Journal of Psychiatry*, 192(2), 144-149.
- Kadri, N., & Sartorius, N. (2005). The global fight against the stigma of schizophrenia. *PLoS Med*, 2(7), e136.
- Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal of Australia*, 187(7 Suppl), S26-30.
- Khazaal, Y., Favrod, J., Azoulay, S., Finot, S. C., Bernabotto, M., Raffard, S., et al. (2011). "Michael's Game," a card game for the treatment of psychotic symptoms. *Patient Education & Counseling*, 83(2), 210-216.
- Kopelowicz, A., Liberman, R. P., & Zarate, R. (2006). Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32, S12-23.

- Landry, M., & Lecavalier, M. (2003). L'approche de réduction des méfaits: un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie. *Drogue, santé et société*, 2(1).
- Leavey, J. E. (2005). Youth experiences of living with mental health problems: emergence, loss, adaptation and recovery (ELAR). *Canadian Journal of Community Mental Health*, 24(2), 109-126.
- Leavey, J. E., Flexhaug, M., & Ehmann, T. (2008). Review of the literature regarding early intervention for children and adolescents aged 0-15 experiencing a first-episode psychiatric disturbance. *Early Intervention in Psychiatry*, 2(4), 212-224.
- Leclerc, C., & Lecomte, T. (2008). AVEC : Un groupe multi famille destiné aux proches de jeunes adultes participant au Groupe TCC (Thérapie cognitive comportementale). *Actes du Colloque 2008 : Association québécoise des infirmières et infirmiers du Québec*.
- Leclerc, C., Lesage, A., & Ricard, N. (1997). L'évolution du paradigme Stress-coping et sa pertinence pour la réadaptation des personnes atteintes de schizophrénie. *Revue Santé Mentale au Québec*, 22(2), 233-256.
- Leclerc, C., Lesage, A., Ricard, N., Cyr, M., & Lecomte, T. (2000). Assessment of a new rehabilitative coping skills module for persons with schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(3), 380-388.

- Lecomte, T., Cyr, M., Lesage, A. D., Wilde, J. B., Leclerc, C., & Ricard, N. (1999). Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with chronic schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 187*, 406-413.
- Lecomte, T., Ehmann, T., & Corbière, C. (2005). The First Episode Social Functioning Scale (FESFS) (pp. 23). University of British Columbia.
- Lecomte, T., & Leclerc, C. (2004). Interventions de pointe en réadaptation psychiatrique. In T. Lecomte & C. Leclerc (Eds.), *Manuel de réadaptation psychiatrique*. Québec: Les presses de l'Université du Québec.
- Lecomte, T., Leclerc, C., Corbière, M., Wykes, T., Wallace, C. J., & Spidel, A. (2008). Group cognitive behavior therapy or social skills training for individuals with a recent onset psychosis? Results of a randomized controlled trial. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 196*(12), 866-875.
- Lecomte, T., Leclerc, C., & Wykes, T. (2001). *TCC (Cahier du participant: 103 pages, Supplément du clinicien: 135 pages (disponible en français et en anglais))*. Montréal: Publication du Centre de Recherche Fernand Séguin.
- Lecomte, T., Wallace, C. J., Caron, J., Perreault, M., & Lecomte, J. (2004). Further validation of the Client Assessment of Strengths, Interests and Goals. *Schizophrenia Research, 66*, 59-70.
- Leggatt, M. S. (2007). Minimising collateral damage: family peer support and other strategies. *Medical Journal of Australia, 187*(7 Suppl), S61-63.

- Lewis, S., Tarrier, N., Haddock, G., Kinderman, P., Siddle, R., Everitt, J., et al. (2002). Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: Acute-phase outcomes. *British Journal of Psychiatry*, *181*(43 Suppl), S91-97.
- Liberman, R. P. (2008). *Recovery from disability - Manual of psychiatric rehabilitation*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Macdonald, E., Sauer, K., Howie, L., & Albiston, D. (2005). What happens to social relationships in early psychosis? A phenomenological study of young people's experiences. *Journal of Mental Health*, *14*(2), 129-143.
- Mackrell, L., & Lavender, T. (2004). Peer relationships in adolescents experiencing a first episode of psychosis. *Journal of Mental Health*, *13*(5), 467-479.
- Mayhew, S. L., & Gilbert, P. (2008). Compassionate mind training with people who hear malevolent voices: a case series report. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *15*, 113-138.
- McGorry, P. D., Killackey, E., & Yung, A. R. (2007). Early intervention in psychotic disorders: detection and treatment of the first episode and the critical early stages. *Medical Journal of Australia*, *187*(7 Suppl), S8-10.
- McWilliams, S., Egan, P., Jackson, D., Renwick, L., Foley, S., Behan, C., et al. (2010). Caregiver psychoeducation for first-episode psychosis. *European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists*, *25*(1), 33-38.

- McWilliams, S., Hill, S., Mannion, N., Fetherston, A., Kinsella, A., & O'Callaghan, E. (2012). Schizophrenia: a five-year follow-up of patient outcome following psycho-education for caregivers. *European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists*, 27(1), 56-61.
- Meeks, S., & Murrell, S. A. (1994). Service providers in the social networks of clients with severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 20(2), 399-406.
- Miklowitz, D. J., Wisniewski, S. R., Miyahara, S., Otto, M. W., & Sachs, G. S. (2005). Perceived criticism from family members as a predictor of the one-year course of bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 136, 101-111.
- Miller, R., Ream, G., McCormack, J., Gunduz-Bruce, H., Sevy, S., Robinson, D., et al. (2009). A prospective study of cannabis use as a risk factor for non-adherence and treatment dropout in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 113(2-3), 138-144.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*. New York: The Guilford Press.
- Moritz, S., & Woodward, T. (2007). Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Current opinion in Psychiatry*, 20(6), 619-625.
- Morrison, A. P., French, P., Walford, L., Lewis, S. W., Kilcommons, A., Green, J., et al. (2004). Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 185, 291-297.

- Moscarelli, M. (1998). Economics of social dysfunction. In K. T. Mueser & N. Tarrrier (Eds.), *Handbook of social functioning in schizophrenia* (pp. 290-306). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Mueller, B., Nordt, C., Lauber, C., Rueesch, P., Meyer, P. C., & Roessler, W. (2006). Social support modifies perceived stigmatization in the first years of mental illness: A longitudinal approach. *Social Science and Medicine*, 62, 39-49.
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2003). *Integrated Treatment for Dual Disorders: A Guide to Effective Practice*. New York: The Guilford Press.
- Naar-King, S. (2011). Motivational interviewing in adolescent treatment. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie*, 56(11), 651-657.
- Ngo Nkouth, B., St-Onge, M., Lepage, S., Soucy, B., & Savard, H. (2009). L'évaluation d'un groupe de formation et de soutien pour les entendeurs de voix, phase II. Rapport final. École de service social, Université Laval, Le Pavois, Pech, 83 p. (Disponible sur le site Internet du Pavois à l'adresse suivante : www.lepavois.org sous l'onglet « recherche »).
- Noiseux, S., St-Cyr Tribble, D., Leclerc, C., Ricard, N., Corin, E., Morissette, R., et al. (2009). Developing a model of recovery in mental health. *BMC Health Services Research*, 9, 73.
- O'Brien, M. P., Zinberg, J. L., Bearden, C. E., Daley, M., Niendam, T. A., Kopelowicz, A., et al. (2007). Psychoeducational multi-family group treatment with adolescents at high risk for developing psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 1(4), 325-332.

- O'Brien, M. P., Zinberg, J. L., Bearden, C. E., Lopez, S. R., Kopelowicz, A., Daley, M., et al. (2008). Parent attitudes and parent adolescent interaction in families of youth at risk for psychosis and with recent-onset psychotic symptoms. *Early Intervention in Psychiatry*, 2(4), 268-276.
- O'Brien, M. P., Zinberg, J. L., Ho, L., Rudd, A., Kopelowicz, A., Daley, M., et al. (2009). Family problem solving interactions and 6-month symptomatic and functional outcomes in youth at ultra-high risk for psychosis and with recent onset psychotic symptoms: a longitudinal study. *Schizophrenia Research*, 107(2-3), 198-205.
- Pharoah, F. M., Rathbone, J., Mari, J. J., & Streiner, D. (2003). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database System Review*, 4, CD000088.
- Phillips, L. J., Edwards, J., McMurray, N., & Francey, S. (2012). Comparison of experiences of stress and coping between young people at risk of psychosis and a non-clinical cohort. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 40(1), 69-88.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G., et al. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological Medicine*, 32(5), 763-782.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Trans-theoretical therapy - toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-288.

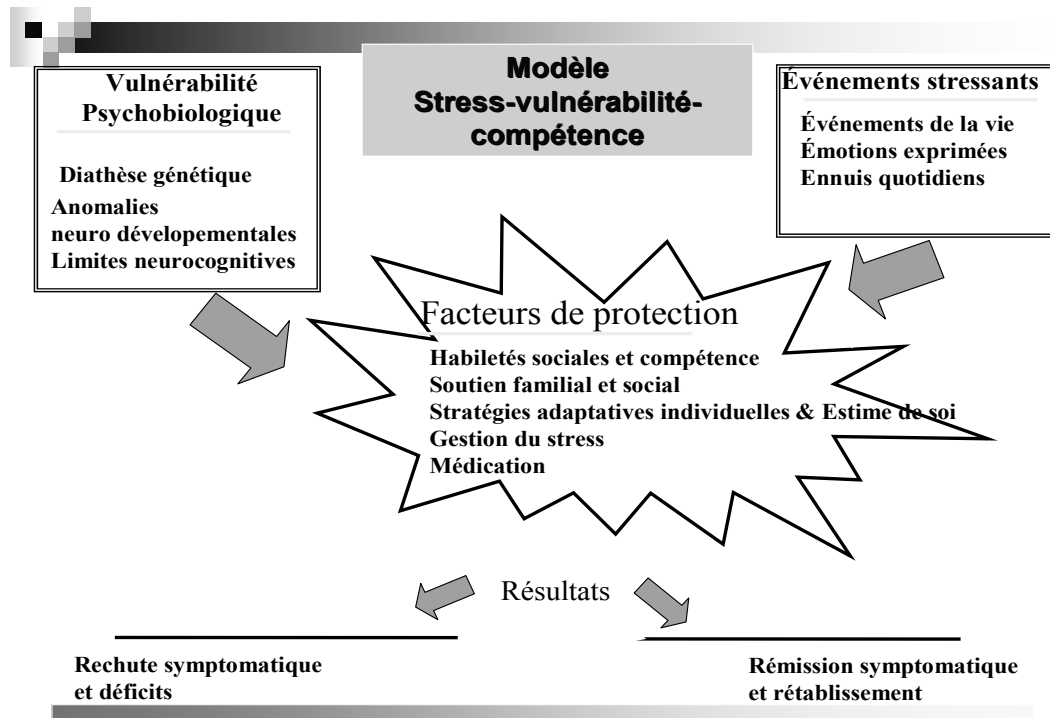
- Rapp, C. A., & Goscha, R. J. (1998). *The Strengths Model: Case Management with People with Psychiatric Disabilities. (2nd Edition)*. New York: The Oxford University press.
- Reasoner, R. W. (1992). *Building self-esteem in the elementary schools: Teacher's manual (2nd ed)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Reed, S. I. (2008). First-episode psychosis: a literature review. *International Journal of Mental Health Nursing, 17*(2), 85-91.
- Rickwood, D. J., Deane, F. P., & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Medical Journal of Australia, 187*(7 Suppl), S35-39.
- Rietdijk, J., Dragt, S., Klaassen, R., Ising, H., Nieman, D., Wunderink, L., et al. (2010). A single blind randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy in a help-seeking population with an At Risk Mental State for psychosis: the Dutch Early Detection and Intervention Evaluation (EDIE-NL) trial. *Trials, 11*, 30.
- Sakheim, D. K., Hawkins, D., Flanagan, E., Stayner, D., Parker, D., & Davidson, L. (2010). Le déficit de compassion : Le danger d'ignorer le rôle des traumatismes des personnes vivant avec un TPL. In C. Leclerc (Ed.), *Trouble de personnalité limite et réadaptation Tome 2*. St Jérôme, QC: Éditions Ressources.
- Salokangas, R. K., & McGlashan, T. H. (2008). Early detection and intervention of psychosis. A review. *Nordic Journal of Psychiatry, 62*(2), 92-105.

- Samarasekera, N., Kingdon, D., Siddle, R., O'Carroll, M., Scott, J. L., Sensky, T., et al. (2007). Befriending patients with medication-resistant schizophrenia: can psychotic symptoms predict treatment response? *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 80(Pt 1), 97-106.
- Santé Canada. (2001). Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada.
- Seligman, M., & Pawelski, J. O. (2003). Positive psychology: FAQs. *Psychological Inquiry*, 14, 159-163.
- Sensky, T., Turkington, T., & Kingdon, D. (2000). A randomised, controlled trial of cognitive behaviour therapy for persistent positive symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, 57, 165-173.
- Sin, J., Moone, N., Harris, P., Scully, E., & Wellman, N. (2012). Understanding the experiences and service needs of siblings of individuals with first-episode psychosis: a phenomenological study. *Early intervention in psychiatry*, 6(1), 53-59.
- Sin, J., Moone, N., Harris, P., Sin, J., & Harris, P. (2008). Siblings of individuals with first-episode psychosis: understanding their experiences and needs. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 46(6), 33-40.
- Spaulding, W. D., Reed, D., Sullivan, M., Richardson, C., & Weiler, M. (1999). Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 25(4), 657-676.

- Thornicroft, G. (2006). *Shunned : Discrimination against People with Mental Illness*. New York: The Oxford University press.
- Tiffin, P. (2007). Managing psychotic illness in young people: A practical overview. *Child and Adolescent Mental Health, 12*(4), 173-186.
- Tiffin, P., & Morrison, M. (2007). An Early Intervention in Psychosis (EIP) service for adolescents: The 267 application of psychotherapeutic principles. *Psychoanalytic Psychotherapy, 21*(4), 267-283.
- Tucker, P., & Tucker, P. (2009). Substance misuse and early psychosis. *Australasian Psychiatry, 17*(4), 291-294.
- Turkington, D., Sensky, T., Scott, J., Barnes, T. R., Nur, U., Siddle, R., et al. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia: a five-year follow-up. *Schizophrenia Research, 98*, 1-7.
- Van Dorn, R. A., Swanson, J. W., Elbogen, E. B., & Swartz, M. S. (2005). A comparison of stigmatizing attitudes toward persons with schizophrenia in four stakeholder groups: perceived likelihood of violence and desire for social distance. *Psychiatry, 68*(2), 513-515.
- Ventura, J., Nuechterlein, K., Subotnik, K., Hwang, S. (2002). Factors influencing coping behavior during early schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 106*(413 Suppl), 41.

- Volkmar, F. R. (1996). Childhood and adolescent psychosis: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*(7), 843-851.
- Vracotas, N., Iyer, S. N., Joobar, R., & Malla, A. (2010). The role of self-esteem for outcome in first-episode psychosis. *International Journal of Social Psychiatry, 58*(1), 41-46.
- Walker, E. F., Cornblatt, B. A., Addington, J., Cadenhead, K. S., Cannon, T. D., McGlashan, T. H., et al. (2009). The relation of antipsychotic and antidepressant medication with baseline symptoms and symptom progression: A naturalistic study of the North American Prodrome Longitudinal Sample. *Schizophrenia Research, 115*(1), 50-57.
- Wallace, C. J., Lecomte, T., Liberman, R. P., & Wilde, J. B. (2001). CASIG: A consumer-centered assessment for planning individualized treatment and evaluating program outcomes. *Schizophrenia Research, 50*, 105-119.
- Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P., Francey, S. M., McFarlane, C. A., Hallgren, M., et al. (2003). Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ("prodromal") group. *Schizophrenia Research, 60*(1), 21-32.

Figure 1



Source : adapté de Ventura, Nuechterlein, Subtonik, & Hwang, 2002

TABLEAU 1 - Risques relatifs de présenter un problème de consommation selon le trouble mental, en comparaison avec la population générale

Problème de santé mentale	Risque relatif
Trouble anxieux	1,7 fois plus élevé
Dépression majeure	1,9 fois plus élevé
Schizophrénie	4,6 fois plus élevé
Trouble bipolaire	6,6 fois plus élevé
Trouble de personnalité antisociale	29,6 fois plus élevé

Source : Morin, Gagné & Vincent (2000), dans Ménard (2000)

TABLEAU 2 - Composantes du traitement intégré

Intégration des services
Dimension organisationnelle du traitement : le problème de santé mentale et l'abus de substances sont traités par la même équipe afin d'assurer qu'ils le soient de manière concomitante et d'éviter des lacunes dans la distribution des services.
Exhaustivité (<i>comprehensiveness</i>)
Les services ne se concentrent pas uniquement sur les problèmes, mais s'occupent du fonctionnement global de la personne. Certaines lacunes sont typiques de la clientèle cible, par exemple : des problèmes de logement, une incapacité à s'occuper de soi, ou des relations sociales et familiales dysfonctionnelles. On travaille à la résolution de ces aspects de la vie du bénéficiaire afin que ce dernier n'ait plus un mode de vie centré sur l'utilisation de substances.
Assurance (<i>assertiveness</i>)
Dimension qui reconnaît que le clinicien ne peut être passif et attendre du client qu'il démontre de l'initiative et de la motivation pour régler son problème de consommation; il doit plutôt mettre tous les efforts possibles afin que le client s'engage activement dans le processus de traitement. À cet égard, une des mesures préconisées en début de traitement est de rencontrer le client dans son milieu de vie naturel (parc, restaurant, etc.).
Réduction des conséquences négatives
La réduction des conséquences négatives de la consommation est visée en vue de protéger le client. Elle est synonyme de réduction des méfaits et sera abordée plus loin dans ce chapitre.
Long terme
Pallier le besoin d'un service non limité dans le temps : fixer d'avance le moment de l'arrêt des services pourrait entraîner la rechute d'un patient qui aurait besoin d'être suivi plus longtemps.

Source : Benoit & Leclerc, 2010

Deuxième partie

Title: Social Functioning in Early Psychosis: Are All the Domains Predicted by the Same Variables?

Bourdeau, Geneviève, Ph. D. Candidate ^a

Masse, Marjolaine, Ph. D. Candidate ^a

Lecomte, Tania, Ph. D. ^a

^a Department of psychology , Université de Montréal

Abstract

Aim: To determine the predictive value of negative symptoms, depression, short-term verbal learning, and gender, on three areas of social functioning – social life, vocational functioning and independent living skills- in a sample of 88 individuals with early psychosis.

Methods: Participants were recruited from Early Psychosis Intervention programs and community mental health clinics in British Columbia, Canada and completed the following measures: CASIG, BPRS, BDI, CVLT.

Results: Multiple linear regressions revealed that: more negative symptoms and higher depression predicted a less active social life; more negative symptoms and poorer short-term verbal learning ability predicted lower vocational functioning and; more negative symptoms and male gender predicted lower independent living skills.

Conclusion: Results suggest that negative symptoms are predictive of all three areas of functioning but that specific variables add significant unique variance to individual areas of social functioning. Although a global social functioning score can be considered useful, greater precision can be gained by the use of domain-specific measures.

Keywords : Activities of Daily Living, Early Intervention, Occupational Status

Psychotic Disorders, Social Interaction

1- Introduction

Variables associated with poorer social functioning in young people recovering from a recent psychotic episode include negative symptoms, (Goulding, Franz, Bergner, & Compton, 2010; Milev, Ho, Arndt, & Andreasen, 2005; Siegel et al., 2006; White et al., 2009) and depressive symptoms (Goulding et al., 2010; Siegel et al., 2006). It has been shown that deficits in verbal memory and verbal learning affect social functioning in individual with a long standing schizophrenia diagnosis (M. F. Green, Kern, Braff, & Mintz, 2000), though results are mixed for early psychosis, with some evidence suggesting the two domains are independent (Milev et al., 2005; Popolo, Vinci, & Balbi, 2010). Gender could also be an important predictor, as lower rates of functioning have been reported in men than in women at intake and follow-up in a sample of 661 individuals who experienced early psychosis (Cotton et al., 2009).

Social functioning is a global term used to refer to several areas of functioning going from school and work activities, to leisure activities, living skills, and forming peer and familial relationships. Yet, the term social functioning is often used as a single concept or global score to refer to all of these domains, whereas they do not necessarily all show the same level of impairments or deficits. Furthermore, various predictors may not relate the same way to specific domains of social functioning. Given that functional remission rates are reported as lower than symptom remission rates in young people recovering from a recent psychotic episode (Henry et al., 2010; Menezes et al., 2009), and given the heterogeneous presentation of symptoms in early psychosis, more studies on social

functioning are warranted. As such, the aim of this study is to determine the predictive value of negative symptoms, depression, short-term verbal learning, and gender on three areas of social functioning (social life, vocational functioning and independent living skills) in a sample of individuals with early psychosis. The hypothesis of this study is that the relationship between these predicting variables and social functioning scores will vary depending on the social functioning area.

2- Method

2.1- Participants

The data used was collected from a larger randomised controlled trial investigating the efficacy of group cognitive behaviour therapy vs. social skills training on symptoms severity, coping skills and self-esteem for individuals with early psychosis (Lecomte et al., 2008). Participants were recruited from Early Psychosis Intervention programs and community mental health clinics in British Columbia, Canada. The criterion of “early psychosis” was defined as having consulted a medical professional for psychotic symptoms for the first time less than two years prior to entering the study. See table 1 for description of the sample.

2.2- Measures

Social functioning was assessed with the Client's Assessment of Strengths Interests and Goals (CASIG; Wallace, Lecomte, Wilde, & Liberman, 2001), which measures social and independent living skills through nine subscales: *friends, leisure, vocational, money management, food preparation, health management, transportation, personal hygiene, and care for personal possessions*. Each scale includes four to nine yes/no items measuring performance in the last three months. The social life scale includes the following subscales: *friends, leisure*; the independent living skills: *money management, food preparation, health management, transportation, personal hygiene, and care for personal possessions*, whereas the vocational functioning scale only includes the *vocational* subscale. This grouping of subscales in three domains was inspired by the factor loadings reported in the validation study of the CASIG (Lecomte, Wallace, Caron, Perreault, & Lecomte, 2004). The Brief Psychiatric Rating Scale- Expanded (BPRS-E; Ventura et al., 1993) is a semi-structured interview evaluating the frequency and intensity of psychiatric symptoms on a scale of 1 to 7. Studies of discriminant validity of the BPRS-E revealed a four factor structure, including negative symptoms (Kopelowicz, Ventura, Liberman, & Mintz, 2008). More specifically, the five items retained in our study to measure negative symptoms were: *self-neglect, blunted affect, emotional withdrawal, motor retardation, and uncooperativeness*. Depressive symptoms were measured with the Beck Depression Inventory (BDI-I; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) which includes 21 items on a 0 to 3 range assessing the severity of depressive symptoms. The California Verbal Learning Task

(CVLT; Delis, Kramer, Kaplan, & Ober, 1987) enabled us to evaluate short-term verbal learning. The indicator used here is the total score of the five trials where the participant is asked to recall a list of 16 words. Gender was coded as “1” for female and “2” for male.

2.3- Procedure

Once informed consent was obtained, participants met with a trained interviewer (graduate psychology student) in order to complete the evaluation. Only the baseline data, collected before randomization, are presented here.

2.4- Analyses

Analyses were carried out with the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS v.17). Multiple linear regressions using the Enter procedure were performed. The four independent variables (negative symptoms, depression, short-term verbal learning, gender) were entered in a model for each of the three dependent variables (social life, vocational functioning, independent living skills). Positive symptoms were included in preliminary analyses, but were excluded thereafter since they didn't contribute significantly to any of the three domains of social functioning. Analyses were performed again using Stepwise procedure to yield a more parsimonious model. Power was adequate to detect a moderate effect of the model (according to S. B. Green (1991), at least 74 participants were required ($50 + (8 \times \text{number of predictors})$)).

3- Results

See table 2 for the results of the analyses with the Enter procedure. All of the variables together predicted a total of 29.8% of the variance for social life, 14.8% for vocational functioning and 26% for independent living skills. Using Stepwise procedure, negative symptoms ($\beta = -.43$) and depression ($\beta = -.23$) negatively predicted social life in a model explaining 27.5% of the variance ($F(2,65)=12.34, p<.001$). Similarly, negative symptoms ($\beta = -.28$) negatively predicted vocational functioning, which was also predicted by a better short-term verbal learning ability ($\beta = .24$), in a model explaining 13.4% of the variance ($F(2,66)=5.12, p<.05$). Finally, the model for the independent living skills included gender ($\beta = -.36$) and negative symptoms ($\beta = -.32$) and accounts for 21.9% of the variance ($F(2,65)=9.09, p<.001$). Being a man and having a higher score of negative symptoms is associated to poorer independent living skills.

4- Discussion

As expected, scores of social life, vocational functioning and independent living skills were not equally predicted by the same variables. Negative symptoms predicted deficits in all three areas of functioning, even given the low level of negative symptoms (75.9% absent or very mild, $n=63$) for the majority of the sample. This highlights the importance of negative symptoms in predicting poor functioning in early psychosis, as suggested by Siegel and colleagues (2006), among others. Depression predicted lower

social life and independent living skills at the trend level. In a small sample where few participants were severely depressed (13.6%, $n=12$), significant results may suggest that low levels of depression could also make an important unique contribution to the social life of individuals with early psychosis. This is relevant especially given the prevalence of depression at every stage of the illness (Romm et al., 2010; Upthegrove et al., 2010).

Short-term verbal learning appeared as a predictor of vocational functioning only. It is possible that a deficit in verbal learning will go unnoticed until it is taxed by the environment; the higher paced, more demanding environment of work could highlight such deficits.

Being male was only associated with poorer independent living skills. This is contrary to the literature suggesting that men with early psychosis also have worse social life (Cotton et al., 2009; Thorup et al., 2007). The lack of association between gender and vocational functioning is in agreement with the systematic review by Tsang and colleagues (Tsang, Leung, Chung, Bell, & Cheung, 2010). A posteriori tests revealed that differences between genders in our sample on independent living skills were accounted for by women having a better personal hygiene than men. This could be culturally related as women are traditionally prompted to take care of their physical appearance.

Some aspects are to be taken in consideration when interpreting our results. This study is cross-sectional. We interpreted the significant results concerning negative symptoms and depression as showing that both contribute uniquely to predict social skills

even if the levels were low in our sample. However, it may be that a third factor explains both results. Furthermore, the measures used were not specifically designed to distinguish between depressive and negative symptoms (there is some overlap between both for some symptoms); the Calgary Depression Scale (D. Addington, Addington, & Maticka-Tyndale, 1993) for instance would be more appropriate. Other variables were not addressed in this study but were identified in the literature and should be considered in future research because of their potential impact on social functioning in psychosis, namely, duration of untreated psychosis (Marshall et al., 2005), premorbid functioning (J. Addington & Addington, 2005), perceived stigma (Yanos, Lysaker, & Roe, 2010), and substance abuse (Turkington et al., 2009). It should be noted that, given their age, some participants might not yet have started fully working which could explain a poorer performance in this area. However, it is important to mention that none of the participants of the sample were full time students and none of the participants had a score of 0 on the vocational subscale.

This study supports the literature highlighting the importance of negative symptoms, short-term verbal learning, gender and depression on the social functioning of individuals with early psychosis. Furthermore, it brings attention to the fact that different areas of functioning may not be predicted by the same factors. Although a global measure of social functioning is useful, a more detailed understanding may facilitate research efforts and help better target care for individuals with early psychosis, particularly in the context of a disorder presenting with great variations in symptomatology. A more detailed measure of areas of social functioning could help clinicians highlight strengths to work with, as well as

deficits to work on for their clients on their path to recovery. As such, our team is currently validating a comprehensive measure of social functioning for early psychosis.

Acknowledgements

This study was funded by grant 43975 from the Canadian Institutes of Health Research (CIHR; Drs Lecomte, Leclerc, Wykes and Wallace). The first author received a Doctoral Research Award from the CIHR for this work. The CIHR had no further role in the study design; in the collection, analysis and interpretation of data; in the writing of the report; and in the decision to submit the paper for publication.

All authors declare that they have no conflicts of interest and we want to acknowledge the contribution of Dr MacEwan, Dr Honer, Alicia Spidel, Caroline Greaves, and Krista Schultz in facilitating data collection.

References

- Addington, D., Addington, J., & Maticka-Tyndale, E. (1993). Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale. *British Journal of Psychiatry - Supplementum*, 22, 39-44.
- Addington, J., & Addington, D. (2005). Patterns of premorbid functioning in first episode psychosis: relationship to 2-year outcome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(1), 40-46.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archive of General Psychiatry* 4, 561-571.
- Cotton, S., Lambert, M., Schimmelmann, B., Foley, D., Morley, K., McGorry, P., et al. (2009). Gender differences in premorbid, entry, treatment, and outcome characteristics in a treated epidemiological sample of 661 patients with first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 114(1-3), 17-24.
- Delis, D. C., Kramer, J. H., Kaplan, E., & Ober, B. A. (1987). *CVLT California Verbal Learning Test : adult version. Manual*. Toronto: The Psychological Corporation.
- Goulding, S. M., Franz, L., Bergner, E., & Compton, M. T. (2010). Social functioning in urban, predominantly African American, socially disadvantaged patients with first-episode nonaffective psychosis. *Schizophrenia Research*, 119(1-3), 95-100.
- Green, M. F., Kern, R. S., Braff, D. L., & Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"? *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 119-136.

- Green, S. B. (1991). How many subjects does it take to do a regression analysis? *Multivariate Behavioral Research*, 26, 499-510.
- Henry, L. P., Amminger, G. P., Harris, M. G., Yuen, H. P., Harrigan, S. M., Prosser, A. L., et al. (2010). The EPPIC follow-up study of first-episode psychosis: longer-term clinical and functional outcome 7 years after index admission. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(6), 716-728.
- Kopelowicz, A., Ventura, J., Liberman, R. P., & Mintz, J. (2008). Consistency of Brief Psychiatric Rating Scale factor structure across a broad spectrum of schizophrenia patients. *Psychopathology*, 41(2), 77-84.
- Lecomte, T., Leclerc, C., Corbière, M., Wykes, T., Wallace, C. J., & Spidel, A. (2008). Group cognitive behavior therapy or social skills training for individuals with a recent onset psychosis? Results of a randomized controlled trial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(12), 866-875.
- Lecomte, T., Wallace, C. J., Caron, J., Perreault, M., & Lecomte, J. (2004). Further validation of the Client Assessment of Strengths Interests and Goals. *Schizophrenia Research*, 66(1), 59-70.
- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., & Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 975-983.

- Menezes, N., Malla, A., Norman, R., Archie, S., Roy, P., & Zipursky, R. (2009). A multi-site Canadian perspective: Examining the functional outcome from first-episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *120*(2), 138-146.
- Milev, P., Ho, B.-C., Arndt, S., & Andreasen, N. C. (2005). Predictive values of neurocognition and negative symptoms on functional outcome in schizophrenia: a longitudinal first-episode study with 7-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, *162*(3), 495-506.
- Popolo, R., Vinci, G., & Balbi, A. (2010). Cognitive function, social functioning and quality of life in first-episode psychosis: A 1-year longitudinal study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *14*(1), 33-40.
- Romm, K. L., Rossberg, J. I., Berg, A. O., Barrett, E. A., Faerden, A., Agartz, I., et al. (2010). Depression and depressive symptoms in first episode psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *198*(1), 67-71.
- Siegel, S. J., Irani, F., Brensinger, C. M., Kohler, C. G., Bilker, W. B., Ragland, J., et al. (2006). Prognostic Variables at Intake and Long-Term Level of Function in Schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, *163*(3), 433-441.
- Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Ohlenschlaeger, J., Christensen, T., Krarup, G., et al. (2007). Gender differences in young adults with first-episode schizophrenia spectrum disorders at baseline in the Danish OPUS study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *195*(5), 396-405.

- Tsang, H. W. H., Leung, A. Y., Chung, R. C. K., Bell, M., & Cheung, W.-M. (2010).
Review on vocational predictors: a systematic review of predictors of vocational
outcomes among individuals with schizophrenia: an update since 1998. *Australian
& New Zealand Journal of Psychiatry, 44*(6), 495-504.
- Turkington, A., Mulholland, C. C., Rushe, T. M., Anderson, R., McCaul, R., Barrett, S. L.,
et al. (2009). Impact of persistent substance misuse on 1-year outcome in first-
episode psychosis. *British Journal of Psychiatry, 195*(3), 242-248.
- Upthegrove, R., Birchwood, M., Ross, K., Brunett, K., McCollum, R., & Jones, L. (2010).
The evolution of depression and suicidality in first episode psychosis. *Acta
Psychiatrica Scandinavica, 122*(3), 211-218.
- Ventura, J., Lukoff, D., Nuechterlein, K. H., Liberman, R. P., Green, M. F., & Shaner, A.
(1993). Appendix 1: Brief Psychiatric Rating Scale Expanded Version (4.0) scales,
anchor points, and administration manual. *International Journal of Methods in
Psychiatric Research, 3*, 227-243.
- Wallace, C. J., Lecomte, T., Wilde, M. S., & Liberman, R. P. (2001). CASIG: a consumer-
centered assessment for planning individualized treatment and evaluating program
outcomes. *Schizophrenia Research, 50*, 105-119.
- White, C., Stirling, J., Hopkins, R., Morris, J., Montague, L., Tantam, D., et al. (2009).
Predictors of 10-year outcome of first-episode psychosis. *Psychological Medicine:
A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences, 39*(9), 1447-1456.

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*(1), 211-213.

Table 1 - Characteristics of the sample (N=88)

Age	<i>M</i> =24, <i>SD</i> =5.18
Age of the first hospitalization	<i>M</i> =22, <i>SD</i> =4.37
Years of education	<i>M</i> =13, <i>SD</i> =1.67
Sex	70.5% male, <i>n</i> =62; 29.5% female, <i>n</i> =26
Marital status	97.7% single/ never married, <i>n</i> =85
Race	59.3% Caucasian, <i>n</i> =51; 12.8% Asian, <i>n</i> =11; 4.7% First Nation, <i>n</i> =4
Diagnosis	40.9% schizophrenia, <i>n</i> =36; 15.9% schizo-affective, <i>n</i> =14; 13.6% bipolar disorder, <i>n</i> =12; 19.3% psychosis NOS, <i>n</i> =17

*With the exception of 2 individuals, all participants reported using a medication, mainly risperidone (38.6%, *n*=24) and olanzapine (34.1%, *n*=30).

Table 2 - Results of multiple linear regressions (*Enter procedure*)

1. Predictors of social life				
	Social life	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
(<i>constant</i>)		15.46	2.05	
Negative symptoms	$r = -.41^{**}$	-1.81	.45	-.44 ^{**}
Depression	$r = -.31^{**}$	-.07	-.03	-.23 ^{**}
Short-term verbal learning	$r = .12$	.02	.03	.09
Gender ¹	$\phi = .45$	-.68	.73	-.10
R = .55; R ² = .30 ; <i>ajusted</i> R ² = .25 ; F (4,63) = 6.70, $p < .001$				
2. Predictors of vocational functioning				
	Vocational functioning	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
(<i>constant</i>)		2.69	1.17	
Negative symptoms	$r = -.22^*$	-.55	.26	-.25 ^{**}
Depression	$r = -.04$	-.01	.02	-.08
Short-term verbal learning	$r = .25^{**}$	.04	.02	.27 ^{**}
Gender	$\phi = .27$	.34	.41	.10
R = .39; R ² = .15 ; <i>ajusted</i> R ² = .10 ; F (4,64) = 2.77, $p < .05$				
3. Predictors of independent living skills				
	Independent living skills	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β
(<i>constant</i>)		33.86	3.43	
Negative symptoms	$r = -.26^{**}$	-1.88	.75	-.28 ^{**}
Depression	$r = -.24^{**}$	-.09	.06	-.19 [*]
Short-term verbal learning	$r = .19^*$	.03	.05	.08
Gender	$\phi = .68^{**}$	-3.52	1.22	-.33 ^{**}
R = .51; R ² = .26 ; <i>ajusted</i> R ² = .21 ; F (4,63) = 5.41, $p < .05$				

** $p < .05$; * $p < .10$; ¹ 1=female, 2=male

Troisième partie

Title: Stages of recovery in early psychosis: associations with symptoms, function and narrative development

Geneviève Bourdeau, Ph. D. Candidate ^a

Tania Lecomte, Ph. D. ^a

Paul H. Lysaker, Ph. D. ^b

^aUniversité de Montréal, Montréal, Québec, Canada

^bIndiana University School of Medicine, Indianapolis, Indiana, USA

Abstract

This study sought to explore the links between recovery stages, symptoms, function and narrative development among individuals with a recent onset of psychosis. Forty-seven participants were administered the Indiana Psychiatric Illness Interview three times over nine months, as well as the Social Functioning Scale, the Brief Psychiatric Rating Scale-Expanded, the California Verbal Learning Test and the Trailing Making Test at baseline. Qualitative analysis of the verbatim and descriptive discriminant analysis suggested that participants were more likely to be in the first two stages of recovery (moratorium, awareness) and that being in the awareness, rather than moratorium, stage was associated with richer narrative development, better levels of psychosocial function, less negative and positive symptoms, and more years of education. Furthermore, recovery appeared to be a stable process over the assessment period. Results suggest different stages of recovery are linked to different outcomes among persons recently diagnosed with psychosis.

Key words: early psychosis, recovery, social functioning

1- Introduction

While, in the past, schizophrenia has been considered a disease characterized by continuous deterioration, this pessimistic view has been replaced with the understanding that most people with this condition achieve some degree of recovery (Frese, Knight, & Saks, 2009). But what does it mean to recover?

The mental health consumers' movement focuses on personal subjective aspects of the condition and defines recovery as a growing process of self-redefinition and hope, where the absence of symptoms is not a sine qua non (Davidson, O'Connell, Tondora, Lawless, & Evans, 2005; Silverstein & Bellack, 2008). Some authors have urged that recovery also implies a range of deeply subjective experiences including the recapturing of a sense of oneself as an active agent or participant in one's life, possessing social value, connecting to others, and constructing a coherent sense of personal challenges (Lysaker, Wickett, Campbell, & Buck, 2003). Furthermore, the reconstruction of personal narratives appears to be a critical element of the process (Roe & Davidson, 2005).

Based on a review of the shared experiences of people living with mental illness Andresen and colleagues (2003) have attempted to clarify the definition and the process of recovery. Specifically, they have identified four key components of the process: finding and maintaining hope, building a positive identity, finding meaning in life, and taking responsibility for one's life and well-being. They also proposed a staged model of psychological recovery, including five different stages: Moratorium (hopelessness, confusion, denial, withdrawal), Awareness (regaining hope and awareness of a self capable

of recovery), Preparation (identification of values and strengths, connection with peers, development of skills), Rebuilding (forging a positive identity, taking control of one's life, working toward personally valued goals), and Growth (resilience in the face of setbacks, living a meaningful life, positive sense of self).

The medical field, however, proposes clinical objective definitions where recovery is viewed as a concept similar to remission from non-psychiatric diseases, emphasizing the presence of no more than mild levels of core symptoms (Andreasen et al., 2005). In addition, objective clinical recovery is defined by level of functioning (Roe, Mashiach-Eizenberg, & Lysaker, 2011). Researchers have included functioning criteria in their operational definitions of recovery such as: being a student, having competitive employment, living independently and having regular interactions with peers (Lieberman, Kopelowicz, Ventura, & Gutkind, 2002). Moreover, definitions of recovery from the consumer movement and the psychiatric rehabilitation literature have also suggested that psychosocial function is an important element of progression towards wellness, including occupying social roles, contributing to one's community, and having supportive relationships (Davidson et al., 2005).

Studies have found that the achievement of different levels of clinical objective recovery is not necessarily related to the achievement of personal subjective recovery for persons with serious mental illness. For example, little relationship was found between three measures of consumer-defined recovery and four traditional clinical measures (Andresen, Caputi, & Oades, 2010). As well, Roe and colleagues (2011) did not find a

significant relationship between global symptoms severity and global subjective self-report of being in recovery; it was further demonstrated that symptom severity was not related to hope (Resnick, Rosenheck, & Lehman, 2004).

One limitation of the literature on recovery is that it is largely drawn from work with persons in later stages of illness. Literature on first episode psychosis has suggested that early and appropriate intervention during and following a first psychotic episode results in a better prognosis (Lieberman et al., 2001) and reduces the risk for functional difficulties associated with long-term schizophrenia (Wyatt & Henter, 2001); suggesting that perhaps recovery might be achieved more quickly for some. As found in cohorts of persons living with schizophrenia for several years, negative symptoms have been associated with poorer social functioning in early psychosis (Milev, Ho, Arndt, & Andreasen, 2005; Siegel et al., 2006; White et al., 2009). Persistent positive symptoms could also have an impact on functioning, according to certain authors (Menezes et al., 2009; Siegel et al., 2006). In individuals with a long-standing diagnosis of schizophrenia, the relationship between cognitive functioning and social functioning has been demonstrated (Green, Kern, Braff, & Mintz, 2000), although in the case of individuals with early psychosis, results are mixed, or suggest independence between the two domains (Galderisi et al., 2009; Milev et al., 2005; Popolo, Vinci, & Balbi, 2010; Siegel et al., 2006). Still, various studies have documented cognitive deficits in early psychosis, for example in verbal learning (Mesholam-Gately, Giuliano, Goff, Faraone, & Seidman, 2009) and speed processing (Galderisi et al., 2009;

Leeson et al., 2010), although it is still somewhat unclear how they are related to social functioning.

Unclear, as well, is how the process of subjective recovery unfolds in first episode psychosis, although a small qualitative study suggested that differences exist compared to population with long-term mental illness, mainly in terms of hope, perception of stigma, support needed and redefinition of the self (Romano, McCay, Goering, Boydell, & Zipursky, 2010). Another qualitative study revealed the importance of symptom alleviation and of social functioning in personal meanings of recovery of people treated in a specialized early-intervention service (Windell, Ross, & Malla, 2012). Indeed, those aspects were identified as critical components by the individuals interviewed. Therefore, we wonder if persons recently diagnosed with psychosis have experiences which fit into Andresen's five stage model. If so, do persons who have reached higher stages of this model have better psychosocial function and fewer core symptoms of the disorder? Or is the subjective view of recovery independent of these objective characteristics, as some researchers have suggested?

Understanding these questions is important for both the young adults facing psychosis and their clinicians. In many ways, a significant percentage of these individuals are not that different from their peers without psychosis; they have goals for pursuing studies, working, having significant relationships and getting their own apartment (Ramsay et al., 2011). For them, psychological recovery, as defined in the five stage model of recovery (Andresen, Oades, & Caputi, 2003), and optimal social functioning are both

important for achieving their goals and integrating into society. Other people facing psychosis may have more challenges and can lack direction and sense of purpose, needing more support in their recovery process. Clinicians must understand what their clients are going through in terms of their recovery process to work more effectively with them and offer support and treatments that meet their goals and needs. Therefore, we require more knowledge about how to facilitate recovery for this population.

This study sought to explore three questions. First, could we identify persons with a recent onset of psychosis who were at different stages of Andresen's five stage model? To accomplish this we gathered personal narratives of illness and analyzed them qualitatively. This method was used to gain a different perspective from what can normally be obtained through standardized questionnaires. We hypothesized that, since their psychosis was detected and treated only recently, the majority of individuals would be in the first stage. However, it is possible that some individuals might progress more quickly through the stages.

Second, if we could identify people at different stages, could we test whether being at a later stage was linked to richer narrative development, better psychosocial function, less severe symptoms and lesser neurocognitive deficits? We anticipated that persons at more advanced stages of recovery should be able to achieve greater levels of vocational and social function and so, synergistically, have developed more complex stories of themselves as unique agents facing mental illness and the routine challenges of life. However, those

with more persistent positive and negative symptoms, as well as more severe cognitive deficits, might have more difficulty in reaching the later stages of recovery.

Our third goal was to explore whether, over multiple assessments, persons experiencing a first episode could be observed to change stages within the Andresen model. Since recovery is described as a long term process, it is unknown how long a particular stage of recovery should last and, thus, we considered this question to be exploratory in nature.

2- Method

2.1- Participants

Participants were recruited from two First Episode clinics in Montreal, QC, Canada (*Clinique des Jeunes Adultes Psychotiques du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal, Clinique des premiers épisodes psychotiques de l'Hôpital Louis-Hippolite Lafontaine*). The criterion of “early psychosis” was defined as currently receiving services from a first episode clinic. Participants can be followed in such a clinic for a maximum of five years following their first psychotic episode. Other inclusion criteria were: to suffer from constant or sporadic (for example, during periods of stress) psychotic symptoms (delusions and/or hallucinations); to be able to speak, read and write minimally in French. Since the diagnosis can be difficult to establish after a first episode of psychosis, people with a diagnosis of psychosis for which the subtype was uncertain (schizophrenia or mood

disorder) were retained. Furthermore, having a substance abuse problem was not an exclusion criterion.

The sample includes 47 individuals (76.6% male, $n=36$) with a mean age of 26 ($SD=5.80$). The majority were single/ never married (97.9%, $n=46$) and Caucasian (76.6%, $n=36$). Nineteen percent were African/Caribbean ($n=9$), 2% ($n=1$) Asian, and 2% ($n=1$) Latin-American. Participants had a mean of 12 years of education ($SD=2.84$). On average, first hospitalisation was at the age of 22 ($SD=4.78$). Chart reviews revealed that 29 (61.7%) received a diagnosis of schizophrenia, 7 (14.9%) of psychosis not otherwise specified, 4 (8.5%) of type I bipolar disorder, 3 (6.4%) of schizoaffective disorder, 3 (6.4%) of psychotic depression, and 1 (2.1%) of substance-induced psychosis. Medical records also revealed that most participants ($n=42$, 89.4%) received antipsychotic medication, mainly risperdal ($n=15$, 31.9%), olanzapine ($n=11$, 23.4%), seroquel ($n=6$, 12.8%), and clozapine ($n=4$, 8.5%). Eight participants (17%) were prescribed mood stabilizers and 4 (8.5%) were prescribed antidepressants.

2.2- Recruitment process

The participants and the data used in this study are part of a larger research project on processes in group cognitive behavior therapy for individuals with a recent onset of psychosis. Potential participants were first identified by clinicians, then informed of the study, and, finally, referred to the research team for informed consent. Once informed consent was obtained, participants met individually with a trained interviewer (psychology graduate students) to complete the measures. There were three measurement times: baseline

(before the therapy), first follow up (3 months later, at the end of the therapy, and second follow-up (six months after the end of the therapy). Of the original 47 participants, 29 completed the interviews at follow-up one and 14 at follow-up two.

2.3- Measures

Sociodemographic information was collected with the PSR toolkit (Arns, 1998). The Social Functioning Scale (SFS; Birchwood, Smith, Cochrane, Wetton, & Copestake, 1990) was used to assess social functioning. This measure, conducted in the form of an interview, includes seven subscales: Social Engagement/Withdrawal, Interpersonal Communication, Independence/Performance, Recreation, Prosocial, Independence/Competence, Occupation/Employment. To gather data about symptoms, the Brief Psychiatric Rating Scale-Expanded (BPRS-E; Ventura et al., 1993), a semi-structured interview including 24 items to assess the frequency and intensity of psychiatric symptoms on a 1 to 7 scale, was administered. Studies of discriminant validity of the BPRS-E revealed a four-factor structure, including negative symptoms and positive symptoms (Kopelowicz, Ventura, Liberman, & Mintz, 2008). Five items were used to measure negative symptoms (*self-neglect, blunted affect, emotional withdrawal, motor retardation, uncooperativeness*) and six items to measure positive symptoms (*grandiosity, suspicion, hallucinations, unusual thought content, disorientation and conceptual disorganisation*). Short term verbal learning ability was evaluated using the California Verbal Learning Test (CVLT; Delis, Kramer, Kaplan, & Ober, 1987). More specifically, the indicator used was the total score of the five trials where the participant is asked to recall a list of 16 words just

heard. Participants also completed form A and B of the Trail Making Test (Reitan & Wolfson, 1985), a measure of speed processing.

Finally, at each assessment time, participants answered a qualitative interview about their life and their perception of their mental health (*Indiana Psychiatric Illness Interview, IPII*; Lysaker, Clements, Plascak-Hallberg, Knipscheer, & Wright, 2002). This interview is divided into five parts. Participants are asked: 1) to tell the story of their lives in as much detail as they can; 2) if they think they have a mental illness, how they understand it, and what has and not has been affected by their condition in term of interpersonal and psychological life; 3) whether, and if so, how their condition controls their life and how they control their condition; 4) how their mental illness affects and is affected by other people; 5) what they expect to stay the same and what will be different in the future, in terms of interpersonal and psychological function. Interviews were recorded and transcribed later.

Each IPII transcript was coded for which recovery stage it most closely represented according to an analysis grid created by the first author, *The Five Stages of Recovery Analysis Grid*. We were inspired by the five stage model of psychological recovery of Andresen and colleague (2003). Creation of the grid and transcript analysis was conducted in several steps. First, a preliminary analysis grid of codes covering the four components (hope, identity, meaning in life, responsibility) through the five stages was developed, inspired by the items of the *STORI (Stages of Recovery Instrument*; Andresen, Caputi, & Oades, 2006). After reading a few verbatim transcripts, two components that seemed

relevant to recovery were added (sociability and occupation) and some codes were changed. It seemed important to include these two components, given their recurrence in participants' discourse, even though they can be considered to be part of social functioning, already measured via a self-report questionnaire. We believe the subjective perceptions of participants in their discourse regarding their sociability and occupation are not the same as what is measured more objectively in a questionnaire. Then, the verbatim transcripts were imported in a qualitative analysis program (*QDA miner v3.2*) and the codes were attributed to the pertinent excerpts. Table 1 presents the codes for the three first stages as well as some excerpts. To be classified in a stage, codes of that stage were necessary for at least four of the six components. The codes and classifications were discussed with the co-authors to ensure consensus.

Furthermore, IPII transcripts were coded for narrative richness (according to the *Scale to Assess Narrative Development (STAND)*; Lysaker et al., 2003) by independent evaluators (graduate students in psychology). The STAND provides four subscale scores rated on a 1 to 5 scale that assess the extent to which persons experience and can account coherently for aspects of their disorder (illness conception); the extent to which persons experience intimate connections to others (alienation); the degree to which persons experience themselves as able to affect events in their lives (agency); and the extent to which persons experience themselves as valuable to others and society (social worth). Subscales scores are summed to provide a STAND total score. Consensus between two evaluators was reached for all scores. Previous studies have linked STAND scores of

persons with schizophrenia to aspects of wellness, such as social functioning (Lysaker, Buck, Hammoud, Taylor, & Roe, 2006; Lysaker, Taylor et al., 2006). Moreover, this link has been demonstrated to be independent of other factors including symptoms, hope, self-esteem and general intellectual functioning (Lysaker, Ringer, Maxwell, McGuire, & Lecomte, 2010).

2.4- Analysis

Analyses were planned in five stages. First we coded IPII transcripts collected at baseline and at the first and second follow-ups for stage of recovery. Second, we compared the demographic variables of participants rated as being at different stages of recovery at baseline. Third we compared groups at different stages of recovery at baseline for social functioning (global and subscales' scores), negative symptoms, positive symptoms, STAND scores, short term verbal learning, and speed processing. Fourth, significant variables were included in a descriptive discriminant analysis (DDA) to identify which variables best captured group differences. All quantitative analyses were performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS v.17). Fifth, we examined the proportion rates of being in different stages of recovery across the baseline and first and second follow-up assessments.

3- Results

Analysis of the participants' narratives at baseline via our analysis grid indicated that 26 (55.3%) were in the first stage (moratorium) and 21 (44.7%) were in the second

stage of recovery (awareness). As shown in Table 2, participants in these groups were not found to differ on key demographic variables, except education. Table 2 also shows that these two groups differed significantly in terms of BPRS positive and negative symptoms, two SFS subscales (Social Engagement/Withdrawal, Occupation/Employment) and narrative development (STAND total score).

To better understand which of these variables best explains differences between the moratorium group and the awareness group, we next performed a descriptive discriminant analysis that revealed a statistically significant model. There was a large canonical correlation (.708) on the Function with an effect size of 50.1% (*Wilk's Lambda* = .499, $X^2 = 27.086$, $df = 6$, $p < .00$). Table 3 presents the standardized discriminant function coefficients and structure coefficients for each variable and reveals that Social Engagement/Withdrawal and narrative development were principally responsible for group differences, with the other variables contributing to varying degrees. Negative and positive symptoms were negatively related in the Function. Regarding the group centroids, the awareness group (1.072) was higher than the moratorium group (-.893). This indicates that the awareness group had higher scores of Social Engagement/Withdrawal, better narrative development, higher scores of Occupation/Employment, less negative symptoms, less positive symptoms, and to a lesser degree, a higher level of education.

Examining the proportions of being at different stages of recovery, we found that among the 29 participants at the first follow up, 23 (79.3%) remained in the same stage of recovery, whereas four (13.8%) progressed to the awareness stage and two (6.9%) went

back to moratorium. Of the 14 participants who completed the assessment at the second follow-up, 10 (71.5%) had remained stable at the three measurement times, three (21.4%) showed a progression from an earlier to a later stage and one (7.1%) moved from awareness to moratorium. Given these small numbers, we could not statistically compare those who evolved, or not, across stages for other variables. Figure 1 and Figure 2 show the different paths of recovery for baseline, and the first and second follow-up times.

4- Discussion

In this study we sought to examine where persons in first episode psychosis landed according to the stages of recovery, the clinical and psychosocial correlates of those stages and the changes in rates across different stages of recovery, over a nine month period. As hypothesised, more than half (55.3%) of the sample was in the first stage of recovery (moratorium) at baseline, while the rest of the sample was classified in the second stage (awareness). Further analysis revealed that a greater level of social engagement was the most robust predictor of membership in the awareness versus moratorium stage, followed by richer narrative development and better occupational functioning. Our third objective was to assess the progression of recovery stages over a nine-month period. The recovery stages were relatively stable: the majority of the participants interviewed remained at the same stage at the two or three times of assessment.

Unlike previous studies, we found a relationship between objective and subjective aspects of recovery. Somewhat at odds with assertions by the consumer movement, stating

that recovery is conceptually distinct from symptom severity, the awareness group showed less negative symptoms and, to a smaller extent, less positive symptoms. However, symptoms were not the main characteristic distinguishing the groups and positive symptoms were relatively less important than the other variables in the model obtained. This is in agreement with the fact that the link between negative symptoms and functioning has been repeatedly demonstrated by researchers (Makinen, Miettunen, Isohanni, & Koponen, 2008), whereas a link between positive symptoms and functioning is more inconsistent (Cornblatt et al., 2007). Our results are also in line with studies demonstrating that, although indirect, a connection between symptoms and subjective recovery does exist. For example, goal attainment mediated the relationship between levels of symptom distress and progress on recovery constructs (hope, self-confidence, sense of purpose, positive identity) (Clarke, Oades, Crowe, Caputi, & Deane, 2009). Resnick and colleagues (2004) showed that symptom severity was negatively related to aspects of recovery but that symptom reduction did not necessarily lead to recovery.

Furthermore, we found that the moratorium group and the awareness group differed on two subscales of the SFS. This suggests that subjective recovery is associated with specific aspects of social functioning but not to social functioning in a global way. It could be that regaining work and engaging socially are more demanding than other aspects of social functioning (e.g., living skills or recreational activities). It could also be that those domains are more central to the recovery process. Indeed, the importance of the role and meaning of work, and the desire for significant relationships and the elimination of

obstacles in establishing and maintaining satisfying relationships, were frequent themes in a qualitative study of consumer narratives (Roe, 2001). As well, affiliation and occupation were recurrent themes in participant narratives and we choose to add them as key components of our analysis grid. However, we do not think that this had an impact on the results, since our grid and SFS subscales measured different aspects and it was necessary for at least four of the six components to be classified in a stage in order to receive the code for that stage.

Unsurprisingly, narrative development was the second most important variable in capturing group differences: it is logical to surmise that an individual who is more advanced in his path to recovery is more likely to be able to elaborate more about his experience and life story. Roe and David (2005) suggested that rather than being a byproduct of recovery, the processes of re-authoring one's life story (reconstruction of a sense of self, regaining agency, creation of a coherent life narrative) are, in fact, integral components of the recovery process itself.

It is also important to mention that even though it appeared in the model as a factor of lesser significance, the awareness group, on average, had completed more years of education than the moratorium group. Good pre-morbid functioning (before psychosis onset) was found to be associated with more positive outcomes (Addington & Addington, 2005). In this case, we can postulate that more years of education is a sign of better pre-morbid functioning that, in turn, might facilitate the recovery process. Others have also found that education is linked to objective clinical recovery: attainment of higher education

was found to be predictive of functional and symptomatic remission in young people with first episode psychosis (Chang et al., 2012), and to be associated with better work outcomes in people with schizophrenia (Burke-Miller et al., 2006; Mueser, Salyers, & Mueser, 2001).

Finally, there were no differences in short term verbal learning and speed processing between the moratorium group and the awareness group. We can hypothesize that subjective aspects of recovery, such as hope or identity, are more independent of cognition than functional aspects. Yet, links between cognitive deficits and social functioning are not clear in early psychosis, and cognition seems to poorly predict objective recovery. For example, Faber et al (2012) described that poor neuropsychological performance, especially in measures of speed processing, accurately predicted non-recovery, whereas improved performance did not predict recovery (here recovery was defined as both symptomatic and functional recovery).

Even though the five stage model of recovery was created based on the experience of people living with the illness for many years, we could use it to classify individuals recently diagnosed. Nonetheless, we wonder why we did not observe participants reaching later stages of recovery. In fact, only two participants were classified in the preparation stage during follow-up. Is it that recovery takes time and that it is unlikely to be more advanced shortly after the illness occurred? Or, as Romano and colleagues (2010) have suggested, is it that long-term illness definitions of recovery do not fit with young people's experience? Another hypothesis could be that aspects of moratorium could appear in later stages as, perhaps, grief and accepting the illness are concepts that reappear over and over

again. Similarly, we observed that two individuals were rated as going back to a less advanced stage of recovery at a certain time point. This again points to the fact that, as it has been previously argued (Lysaker & Buck, 2008), recovery is a dynamic and not necessarily a linear process, and that setbacks can be expected. It should also be mentioned that many studies on subjective recovery include samples of participants who identified themselves as “recovered”, unlike our sample who were in treatment and did not take part in a study on recovery.

There are some study limitations that should be considered. Classification of recovery stages and calculation of scores of narrative development were made based on the transcripts of the same interviews. Even though the aspects measured were not exactly the same and the coding was done by independent raters, it is possible that there was a shared variance between the two concepts. Unfortunately, only fourteen participants answered the interview at the three times of assessment. We wonder if people who dropped out of the study or who refused to receive services would have shown different paths of recovery. Furthermore, nine months is a relatively short period of time to capture the process of recovery and we did not control for the duration of untreated psychosis. Although we lack knowledge about how the duration of untreated psychosis impacts subjective recovery, it has been found to be predictive of symptomatic and functional recovery in people with first episode psychosis (Chang et al., 2012; Faber et al., 2012).

In addition, the Social Functioning Scale has not been validated with young adults and some of its items may not be relevant for this age group. As such, our team is currently

validating a comprehensive measure of social functioning designed for young people with early psychosis. Finally, we should stress that even though our results have underlined some of the characteristics associated with recovery, we still don't know what order these characteristics take. Indeed, it is unclear whether stage of recovery leads to other phenomena or vice versa. For example, do people progress in their subjective recovery because they have regained an occupation and become more open to others, or conversely, does progression to an awareness stage help people regain an occupation and become more open to others? Similarly, we can question the links with symptoms: Do reductions in symptom severity lead to progression in the stages of recovery or does the "awareness" stage allow for better symptom self-management, or, perhaps, better medication adherence? As Clarke and colleagues (2009) demonstrated, other factors could mediate the relationship between objective and subjective features of recovery. More studies over a longer time are warranted to better understand how these variables interact together.

5- Conclusion

The aim of this study was to explore the links between the recovery process, social functioning, symptoms, and narrative development of young individuals with a recent onset of psychosis. Our results suggest that these individuals are more likely to be in the first two stages of recovery (moratorium, awareness) at this point in their illness and that progression to the awareness stage is associated with a better level of social engagement and occupation, better narrative development, less negative and positive symptoms, and more

years of education. Furthermore, recovery seems to be a long term process that is relatively stable over a short period of time.

With replication, these findings may have several clinical implications. For example, the results highlight the importance of understanding recovery as a process affected by a range of social and psychological factors. In particular, it may be important for the treatment of early psychosis to include interventions targeting a range of possible barriers to functioning, including enhancing social and vocational function but also possibly narrative development via psychotherapy (Lysaker, Glynn, Wilkniss, & Silverstein, 2010). They may also suggest, as it has been argued before (Bourdeau, Masse, & Lecomte, 2012), the importance of assessing various components of social functioning rather than relying on a global assessment. This study is a first step and future research is needed with larger and more diverse participant pools, and assessments conducted over longer periods of time.

Acknowledgments

We would like to thank the participants who took part in this study, the mental health clinicians who recruited participants, and all the members of L'ESPOIR (Laboratory for education on schizophrenia and psychoses oriented to intervention and recovery, www.lespoir.ca) who worked on the project.

Funding for the project was provided by the Canadian Institutes of Health Research (CIHR). The first author received a Doctoral Research Award from CIHR for this work.

No other conflicts of interest are declared by the authors.

References

- Addington, J., & Addington, D. (2005). Patterns of premorbid functioning in first episode psychosis: relationship to 2-year outcome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *112*(1), 40-46.
- Andreasen, N. C., Carpenter, W. T., Jr., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R., & Weinberger, D. R. (2005). Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry*, *162*(3), 441-449.
- Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006). Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(11-12), 972-980.
- Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2010). Do clinical outcome measures assess consumer-defined recovery? *Psychiatry Research*, *177*(3), 309-317.
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery in schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *37*(5), 586-594.
- Arns, P. (1998). *Canadian Version of the PSR Toolkit: Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs*.
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S., & Copestake, S. (1990). The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, *157*, 853-859.

- Bourdeau, G., Masse, M., & Lecomte, T. (2012). Social functioning in early psychosis: are all the domains predicted by the same variables? *Early Intervention in Psychiatry*, 6(3), 317-321.
- Burke-Miller, J. K., Cook, J. A., Grey, D. D., Razzano, L. A., Blyler, C. R., Leff, H. S., et al. (2006). Demographic characteristics and employment among people with severe mental illness in a multisite study. *Community Mental Health Journal*, 42(2), 143-159.
- Chang, W. C., Tang, J. Y., Hui, C. L., Lam, M. M., Chan, S. K., Wong, G. H., et al. (2012). Prediction of remission and recovery in young people presenting with first-episode psychosis in Hong Kong: a 3-year follow-up study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(2), 100-108.
- Clarke, S. P., Oades, L., Crowe, T. P., Caputi, P., & Deane, F. P. (2009). The role of symptom distress and goal attainment in promoting aspects of psychological recovery for consumers with enduring mental illness. *Journal of Mental Health*, 18(5), 389-397.
- Cornblatt, B. A., Auther, A. M., Niendam, T., Smith, C. W., Zinberg, J., Bearden, C. E., et al. (2007). Preliminary findings for two new measures of social and role functioning in the prodromal phase of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33(3), 688-702.
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. C. (2005). Recovery in Serious Mental Illness: A New Wine or Just a New Bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480-487.

- Delis, D. C., Kramer, J. H., Kaplan, E., & Ober, B. A. (1987). *CVLT California Verbal Learning Test : adult version. Manual*. Toronto: The Psychological Corporation.
- Faber, G., Smid, H. G. O. M., Van Gool, A. R., Wunderink, L., Wiersma, D., & van den Bosch, R. J. (2012). Neurocognition and recovery in first episode psychosis. *Psychiatry Research, 188*(1), 1-6.
- Frese, F. J., III, Knight, E. L., & Saks, E. (2009). Recovery from schizophrenia: With views of psychiatrists, psychologists, and others diagnosed with this disorder. *Schizophrenia Bulletin, 35*(2), 370-380.
- Galderisi, S., Davidson, M., Kahn, R. S., Mucci, A., Boter, H., Gheorghe, M. D., et al. (2009). Correlates of cognitive impairment in first episode schizophrenia: The EUFEST study. *Schizophrenia Research, 115*(2-3), 104-114.
- Green, M. F., Kern, R. S., Braff, D. L., & Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"? *Schizophrenia Bulletin, 26*(1), 119-136.
- Kopelowicz, A., Ventura, J., Liberman, R. P., & Mintz, J. (2008). Consistency of Brief Psychiatric Rating Scale factor structure across a broad spectrum of schizophrenia patients. *Psychopathology, 41*(2), 77-84.
- Leeson, V., Barnes, T., Harrison, M., Matheson, E., Harrison, I., Mutsatsa, S., et al. (2010). The Relationship between IQ, Memory, Executive Function, and Processing Speed in Recent-Onset Psychosis: 1-Year Stability and Clinical Outcome. *Schizophrenia Bulletin, 36*(2), 400-409.

- Lieberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J., & Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry, 14*(4), 256-272.
- Lieberman, J. A., Perkins, D., Belger, A., Chakos, M., Jarskog, F., Boteva, K., et al. (2001). The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches. *Biological Psychiatry, 50*(11), 884-897.
- Lysaker, P. H., & Buck, K. D. (2008). Is Recovery from Schizophrenia Possible? An Overview of Concepts, Evidence, and Clinical Implications. *Primary Psychiatry, 15*(6), 60-65.
- Lysaker, P. H., Buck, K. D., Hammoud, K., Taylor, A. C., & Roe, D. (2006). Associations of symptoms, psychosocial function and hope with qualities of self-experience in schizophrenia: comparisons of objective and subjective indicators of health. *Schizophrenia Research, 82*(2-3), 241-249.
- Lysaker, P. H., Clements, C. A., Plascak-Hallberg, C. D., Knipscheer, S. J., & Wright, D. E. (2002). Insight and personal narratives of illness in schizophrenia. *Psychiatry, 65*(3), 197-206.
- Lysaker, P. H., Glynn, S. M., Wilkniss, S. M., & Silverstein, S. M. (2010). Psychotherapy and recovery from schizophrenia: A review of potential applications and need for future study. *Psychological Services, 7*(2), 75-91.

- Lysaker, P. H., Ringer, J., Maxwell, C., McGuire, A., & Lecomte, T. (2010). Personal narratives and recovery from schizophrenia. *Schizophrenia Research, 121*(1-3), 271-276.
- Lysaker, P. H., Taylor, A., Miller, A., Beattie, N., Strasburger, A., & Davis, L. W. (2006). The Scale to Assess Narrative Development: association with other measures of self and readiness for recovery in schizophrenia spectrum disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 194*(3), 223-225.
- Lysaker, P. H., Wickett, A., Campbell, K., & Buck, K. (2003). Movement toward coherence in the psychotherapy of schizophrenia: A method for assessing narrative transformation. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 191*, 538-541.
- Makinen, J., Miettunen, J., Isohanni, M., & Koponen, H. (2008). Negative symptoms in schizophrenia-A review. *Nordic Journal of Psychiatry, 62*(5), 334-341.
- Menezes, N., Malla, A., Norman, R., Archie, S., Roy, P., & Zipursky, R. (2009). A multi-site Canadian perspective: Examining the functional outcome from first-episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 120*(2), 138-146.
- Mesholam-Gately, R. I., Giuliano, A. J., Goff, K. P., Faraone, S. V., & Seidman, L. J. (2009). Neurocognition in first-episode schizophrenia: A meta-analytic review. *Neuropsychology, 23*(3), 315-336.

- Milev, P., Ho, B.-C., Arndt, S., & Andreasen, N. C. (2005). Predictive values of neurocognition and negative symptoms on functional outcome in schizophrenia: a longitudinal first-episode study with 7-year follow-up. *American Journal of Psychiatry, 162*(3), 495-506.
- Mueser, K. T., Salyers, M. P., & Mueser, P. R. (2001). A prospective analysis of work in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 27*(2), 281-296.
- Popolo, R., Vinci, G., & Balbi, A. (2010). Cognitive function, social functioning and quality of life in first-episode psychosis: A 1-year longitudinal study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 14*(1), 33-40.
- Ramsay, C. E., Broussard, B., Goulding, S. M., Cristofaro, S., Hall, D., Kaslow, N. J., et al. (2011). Life and treatment goals of individuals hospitalized for first-episode nonaffective psychosis. *Psychiatry Research, 189*(3), 344-348.
- Reitan, R. M., & Wolfson, D. (1985). *The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery*. Tucson: Neuropsychology Press.
- Resnick, S. G., Rosenheck, R. A., & Lehman, A. F. (2004). An exploratory analysis of correlates of recovery. *Psychiatric Services, 55*(5), 540-547.
- Roe, D. (2001). Progressing from Patienthood to Personhood across the Multidimensional Outcomes in Schizophrenia and Related Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 189*(10), 691-699.
- Roe, D., & Davidson, L. (2005). Self and narrative in schizophrenia: Time to author a new story. *Journal of Medical Humanities, 31*, 89-94.

- Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M., & Lysaker, P. H. (2011). The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophrenia Research, 131*(1-3), 133-138.
- Romano, D. M., McCay, E., Goering, P., Boydell, K., & Zipursky, R. (2010). Reshaping an enduring sense of self: the process of recovery from a first episode of schizophrenia. *Early Intervention in Psychiatry, 4*(3), 243-250.
- Siegel, S. J., Irani, F., Brensinger, C. M., Kohler, C. G., Bilker, W. B., Ragland, J., et al. (2006). Prognostic Variables at Intake and Long-Term Level of Function in Schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry, 163*(3), 433-441.
- Silverstein, S. M., & Bellack, A. S. (2008). A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychology Review, 28*, 1108-1124.
- Ventura, J., Lukoff, D., Nuechterlein, K. H., Liberman, R. P., Green, M. F., & Shaner, A. (1993). Appendix 1: Brief Psychiatric Rating Scale Expanded Version (4.0) scales, anchor points, and administration manual. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 3*, 227-243.
- White, C., Stirling, J., Hopkins, R., Morris, J., Montague, L., Tantam, D., et al. (2009). Predictors of 10-year outcome of first-episode psychosis. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences, 39*(9), 1447-1456.
- Windell, D., Ross, N., & Malla, A. (2012). The Personal Meaning of Recovery Among Individuals Treated for a First Episode of Psychosis. *Psychiatric Services, 63*(6), 548-553.

Wyatt, R. J., & Henter, I. (2001). Rationale for the study of early intervention.
Schizophrenia Research, 51(1), 69-76.

TABLE 1 : The Five Stages of Recovery Analysis Grid : Codes for the First Three Stages and Examples of Excerpts

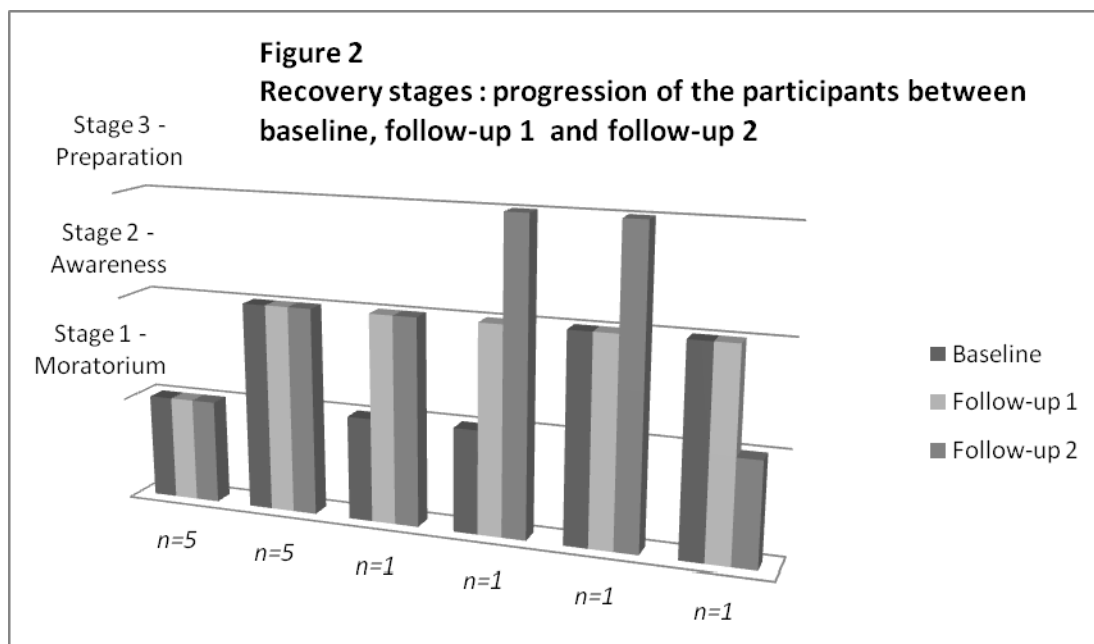
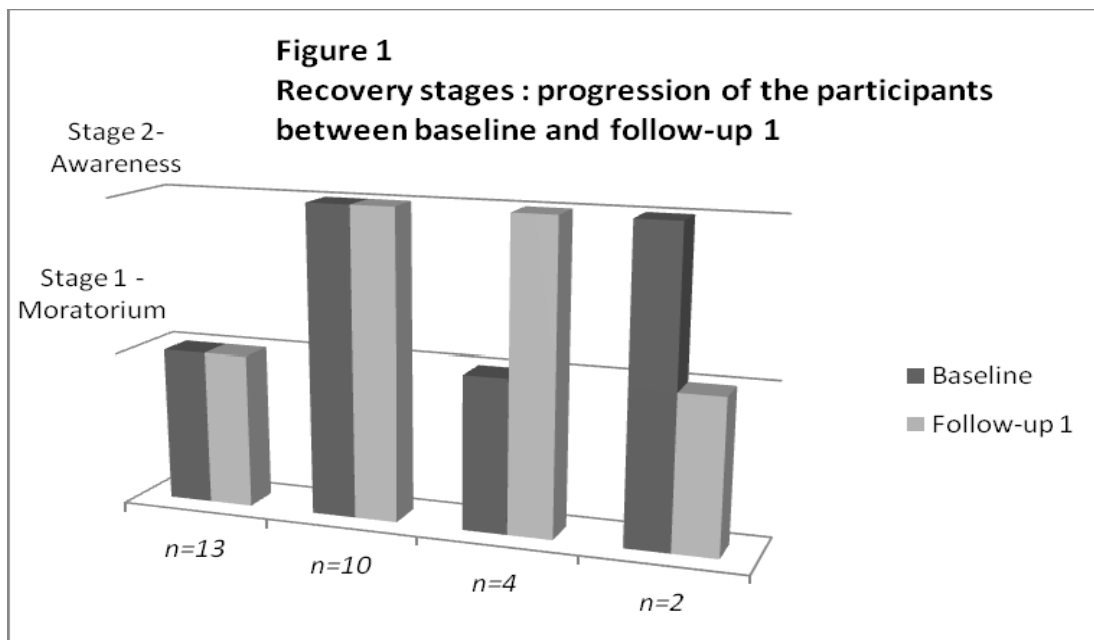
	MORATORIUM	AWARENESS	PREPARATION
Identity and Self-Vision	-Negative identity or self vision: <i>"I feel I don't have the capacities and the potential to do what normal people do."</i> -Feeling of loss	-Illness as separate from self/ Aware of potential self: <i>"I am able to think normally and I am able to express myself, I mean, I am the same person as I was."</i> -Accept illness in life	-Identification of values and strengths -Emerging new identity: <i>"I changed a lot but at the same time, I have changed my whole identity. And that's what is worthwhile also."</i>
Meaning in Life	-Loss of meaning in life: <i>"I lost my ambitions and my purposes, I am a little disillusioned, rather depressive"</i> -Life turns around illness	-Trying to make sense of the illness -Sense of direction in life: <i>"Despite the illness, I will always try to move forward in my studies, to go to the university, in law obviously, that's what I want to do."</i>	-Re-discovering personal value -Illness starting to make sense: <i>"For me it was a wonderful thing in my life, because I really learned, took charge of my-self..."</i>
Hope and Future	-Future hopeless/No hope of recovery -Difficulty to have a vision of the future : <i>"it's like I don't really see my future, so it's like I see.... black, I can't see anything, at all"</i>	-Hope for improvement/ Identification of sources of hope: <i>"I think that I'm on the right track. It will be all right in the future, probably."</i>	-Belief in self: <i>It's true that I had difficulties in high school, but it doesn't matter, I believe in myself."</i>
Responsibility	-Denial : <i>"I don't believe I have a mental health problem, I believe I am maybe sometimes disorganized"</i> - Helplessness/ Passivity	-Acknowledge the illness -Admit the need to learn to cope/Desire to look after self: <i>"Except for the fact of taking some medicine, maybe I'm going to have to manage my stress a little bit more than others."</i>	-Learning coping strategies /developing skills: <i>"I have already experienced several times that if I get to relax, to concentrate on the present moment, those problems are like... since I'm like concentrate on the present moment I'm more effective and the problems go away by themselves."</i> -Using resources
Sociability	-Social withdrawal: <i>"I isolated myself, I lost all my friends."</i> -Suspicion	-Desire to rebuild/create social links: <i>"In think that, slowly, I will start to be around people again."</i> -Awareness that other individuals have similar experiences	-Relation with peers: <i>"When I'm at work, I'm even able to speak with my colleagues. Before, I couldn't do that."</i> -Relation with close ones
Occupation	-Incapacity to work or to continue school : <i>"I haven't worked in three years...school... I tried to go back, I didn't succeed."</i>	-Considering/ preparing to go back to work/school: <i>"I try to take back several activities and to perhaps go back on the job market after a certain period."</i>	-Working or studying: <i>"I go to school. And I have no problems with concentration, I have no problems at school."</i>

TABLE 2: Mean, Standard Deviations and Group Comparison for the Participants in Moratorium and Awareness Stages of Recovery

<i>Variable</i>	<i>Moratorium</i>		<i>Awareness</i>		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Narrative development (STAND)	12.4	3.3	15.3	2.3	3.4	.00
Positive Symptoms (BPRS)	2.4	1.2	1.7	0.7	-2.4	.02
Negative Symptoms (BPRS)	2.1	0.8	1.4	0.5	-3.4	.00
Short term verbal learning (CVLT)	37.8	11.4	42.4	10.8	1.3	.19
Speed processing (trail a)	38.7	15.9	35.2	11.8	-0.8	.43
(trail b)	78.4	31.5	73.0	25.1	-0.6	.55
Social functioning total score (SFS)	106.6	20.2	116.3	20.4	1.6	.11
Social Engagment/Withdrawal (SFS)	97.8	9.7	108.5	9.8	3.7	.00
Interpersonal Communication (SFS)	111.1	17.2	116.8	16.3	1.1	.26
Independance/Performance (SFS)	100.6	10.8	106.1	12.1	1.7	.11
Leisure (SFS)	97.3	12.4	98.2	10.9	0.3	.78
Prosocial (SFS)	103.4	13.4	109.3	10.0	1.7	.10
Independance/Competence (SFS)	110.7	10.1	112.6	11.1	0.6	.55
Occupation/Employment (SFS)	97.8	6.7	107.8	11.0	3.6	.00
Age	25.2	5.4	26.1	6.3	0.5	.64
Age of first hospitalisation	21.8	3.9	22.8	5.8	0.7	.48
Years of school	11.0	2.5	12.8	3.0	2.2	.03

TABLE 3: Standardized Discriminant Function and Structure Coefficient for the Two Groups

<i>Variable</i>	<i>Coefficient</i>	r_s	r_s^2
<i>Function 1</i>			
Social Engagment/Withdrawal	.418	.590	34.81%
Narrative Development	.333	.541	29.27%
Occupation/Employment	.220	.520	27.04%
Negative Symptoms	-.495	-.499	24.90%
Positive Symptoms	-.404	-.362	13.10%
Years of school	.220	.300	9.00%



Conclusion

CONCLUSION

Alors que la schizophrénie et les autres désordres psychotiques ont longtemps été associés à un pronostic sombre, chercheurs, cliniciens et utilisateurs de services en santé mentale s'entendent aujourd'hui sur le fait que le rétablissement est un objectif réaliste et atteignable. Cette thèse s'est intéressée au rétablissement sous l'angle de l'individu. Toutefois, il importe de mentionner que le rétablissement comporte d'autres facettes et implique, entre autres, une redéfinition du but et de la nature des services offerts aux personnes atteintes et l'implantation de stratégies ciblant à la fois l'individu et l'environnement (Davidson et al., 2005).

Nous avons vu que les différentes définitions du rétablissement sur le plan individuel se divisent en deux catégories : celles s'intéressant aux « résultats » ou aux composantes objectives du rétablissement (symptômes, fonctionnement), et celles s'intéressant au « processus » ou aux composantes subjectives du rétablissement (retour de l'espoir, responsabilisation, changement identitaires, etc.). On peut toutefois penser qu'un individu doit se rétablir tant sur le plan objectif que subjectif afin de réintégrer la société et de s'assurer une qualité de vie satisfaisante.

Bien que, comme le mouvement des utilisateurs de services le souligne, une élimination totale des symptômes ne soit pas une condition absolue du rétablissement, il est difficile de considérer un individu comme rétabli s'il n'a aucune relation sociale ou occupation, et s'il n'est pas en mesure de vivre de façon autonome. À l'inverse, il est peu probable qu'un individu fonctionne adéquatement en société alors qu'il n'a pas accepté le

trouble de santé mentale dans sa vie, qu'il se perçoit négativement ou qu'il a peu espoir en un futur positif. C'est pourquoi le rétablissement et le fonctionnement social sont des champs de recherche importants dans le domaine de la schizophrénie, et qu'ils retiennent l'attention d'une discipline comme la psychologie. En effet, celle-ci peut se pencher sur les changements importants d'attitudes, de croyances ou de comportements jalonnant la voie vers le rétablissement. Plus spécifiquement, le psychologue peut jouer un rôle clé dans ce processus, par exemple en proposant des stratégies d'adaptation permettant de mieux composer avec les symptômes ou de mieux gérer les situations stressantes, ou encore en favorisant des comportements entraînant un meilleur fonctionnement. Qui plus est, il est bien placé pour fournir un soutien important quant à l'adoption d'une attitude nécessaire au rétablissement, impliquant notamment l'espoir, la reconstruction identitaire, ou les deuils qu'il faut parfois faire de certains aspects de la vie d'avant l'apparition du trouble.

Les personnes vivant un premier épisode psychotique constituent une clientèle particulièrement étudiée par les chercheurs depuis une vingtaine d'années, étant donné le potentiel d'une intervention rapide sur l'amélioration du pronostic. Toutefois, bien que les différentes cliniques spécialisées en intervention précoce obtiennent des résultats intéressants sur le plan de la rémission des symptômes, il n'en va pas de même en ce qui a trait au recouvrement d'un fonctionnement social dans la norme; par ailleurs, le savoir reste limité quant au rétablissement en tant que processus. L'objectif de cette thèse était donc de favoriser l'avancée des connaissances sur le rétablissement et le fonctionnement social des jeunes en début de psychose.

Dans un premier temps, nous avons présenté une revue des interventions psychosociales pouvant être offertes aux personnes atteintes de psychose dans une perspective de rétablissement et de réadaptation. Ces interventions ciblent plus particulièrement les problématiques ou facteurs liés au rétablissement et au fonctionnement social identifiés dans l'introduction de cette thèse (par exemple, les approches familiales sont proposées pour réduire la présence d'émotions exprimées dans l'environnement, l'approche de réduction des méfaits est suggérée dans les cas d'abus de substances, etc.). La plupart de ces interventions respectent les principes des services orientés vers le rétablissement proposés par Noordsy (2002).

Soulignons par ailleurs qu'une étude récente a réitéré l'importance d'inclure des interventions psychosociales dans le traitement d'un premier épisode psychotique. Deux cent neuf jeunes adultes traités pour un premier épisode psychotique dans une clinique spécialisée en intervention précoce ont été évalués 14 mois puis 7 ½ ans après la prise en charge initiale : si les chercheurs ont observé que la rémission des symptômes facilitait leur rétablissement fonctionnel et vocationnel à 14 mois, c'est le rétablissement fonctionnel à 14 mois qui jouait le rôle le plus important dans l'atteinte d'un rétablissement complet du fonctionnement lors du suivi effectué sept ans plus tard, et ce, même si la rémission des symptômes n'avait pas été initialement atteinte. À l'inverse, si la rémission des symptômes à 14 mois ne s'était pas transposée en gains sur le plan du fonctionnement, le rétablissement complet était moins susceptible d'être observé lors du deuxième suivi (Alvarez-Jimenez et al., 2012). Notre opinion rejoint celle des auteurs : ces résultats illustrent l'importance de ne

pas se fier uniquement à un traitement pharmacologique et à la rémission des symptômes, et donc la pertinence des interventions visant spécifiquement la sphère psychosociale du rétablissement. De plus, ils devraient encourager les équipes traitantes à s'engager rapidement dans cette sphère, puisque les gains à court terme sont susceptibles de se maintenir à long terme.

Notre revue de la littérature a également abordé les thèmes de la prévention, de la sensibilisation aux problèmes de santé mentale et de la lutte pour contrer la stigmatisation de ceux qui en sont atteints. Plus tôt les signes de psychose sont détectés et traités — voire avant le déclenchement comme tel de la psychose —, plus la détérioration du fonctionnement social a des chances d'être prévenue, et plus facile pourra être le rétablissement. De même, sensibiliser la population aux signes d'un problème de santé mentale et lui apprendre à rechercher de l'aide ne peut que favoriser les interventions rapides. Quant à la stigmatisation, moins elle sera présente, moins les personnes atteintes de psychose auront des bâtons dans les roues pour prendre leur place dans la société. Il leur sera de surcroît plus facile d'entretenir une image positive d'elles-mêmes.

Par ailleurs, l'intérêt particulier de la première partie de cette thèse réside dans le fait qu'elle se penche sur la clientèle adolescente, à propos de laquelle la littérature est malheureusement limitée. Ainsi, nous avons illustré comment les diverses interventions déjà conçues pour une clientèle adulte peuvent s'adapter aux adolescents. Davantage d'études empiriques doivent toutefois être réalisées afin de mesurer la réelle efficacité de ces interventions et leurs retombées. Certaines des études publiées dans les dernières

années avaient pour échantillon une clientèle composée à la fois d'adolescents et de jeunes adultes, ce qui reflète la réalité du milieu : puisque la ligne entre l'adolescence et l'âge adulte est mince, des cliniques se spécialisent pour répondre aux besoins des 15-25 ans. C'est le cas des diverses cliniques du programme de santé mentale Orygen Youth Health de Melbourne, en Australie. Néanmoins, il est possible que les résultats obtenus pour les jeunes de 15 ans diffèrent sensiblement de ceux obtenus pour les jeunes de 25 ans. Par exemple, le Early Psychosis Prevention and Intervention Centre, clinique rattachée au programme Orygen Youth Health, a publié en 2011 une étude comparant la clientèle *early-onset* (c'est-à-dire dont la psychose se déclenche avant 18 ans) à la clientèle *adult-onset* (déclenchement de la psychose après 18 ans), en moyenne 7 ans après la prise en charge. Les jeunes dont la psychose s'était déclenchée avant l'âge de 18 ans affichaient de meilleurs résultats aux diverses mesures que ceux dont la psychose s'était déclenchée plus tard; cela suggère que le traitement et la détection de la psychose seraient plus efficaces pour améliorer le fonctionnement à long terme de ceux dont la psychose se déclare avant l'âge adulte. Ces résultats sont d'autant plus intéressants qu'ils contredisent l'idée reçue selon laquelle le déclenchement de la psychose à un âge précoce est associé à un pronostic plus sombre (Amminger et al., 2011). Bref, les chercheurs gagneraient à comparer les résultats des sous-groupes lorsqu'ils se trouvent en présence d'échantillons mixtes composés d'adolescents et de jeunes adultes.

Dans un deuxième temps, nous avons présenté les résultats d'une étude sur les variables prédisant le fonctionnement social au sein d'un échantillon de jeunes adultes

suivis par des cliniques spécialisées dans les traitement de premiers épisodes psychotiques. Cette étude se distingue pour son intérêt spécifique à trois sphères du fonctionnement social mesurées par le *Client's Assessment of Strengths Interests and Goals* (CASIG), soit : la vie sociale, le fonctionnement vocationnel et les habiletés de vie autonome (le regroupement des différentes sous-échelles en trois sphères se fonde sur les résultats de l'analyse factorielle réalisée lors de l'étude de validation du CASIG, mais il reprend également les catégories identifiées par le *DSM-IV* pour définir le fonctionnement social : travail/éducation, relations interpersonnelles et soins personnels). Ainsi, les analyses de régression multiple ont révélé qu'un plus haut niveau de symptômes négatifs prédisait une moins bonne performance dans les trois sphères du fonctionnement. Par ailleurs, la dépression était associée à une moins bonne vie sociale; un meilleur apprentissage verbal à court terme, à un score plus élevé de fonctionnement vocationnel; et le fait d'être de sexe masculin, à de moins bonnes habiletés de vie autonome.

En somme, la présence de symptômes négatifs était liée à de moins bonnes performances dans les trois domaines du fonctionnement social, en dépit de leur bas niveau chez la plupart des individus de l'échantillon. Les symptômes négatifs ont effectivement été associés au fonctionnement social de façon répétée et on imagine aisément comment l'anhédonie, l'apathie ou la perte de volonté, entre autres, peuvent entraîner une tendance à s'isoler, une réduction des activités occupationnelles et sociales, ou un laisser-aller dans les soins apportés à sa personne. La médication antipsychotique semblant peu efficace contre ces symptômes, il est nécessaire d'explorer d'autres avenues.

À cet égard, des réductions de la symptomatologie négative ont été observées à la suite d'interventions cognitives comportementales, suscitant l'intérêt pour les mécanismes cognitifs qui y seraient reliés (Rector, Beck, & Stolar, 2005). Nous avons souligné dans l'introduction que les symptômes négatifs avaient été associés à des croyances négatives par rapport aux performances escomptées. Ces croyances négatives, aussi nommées croyances défaitistes, agiraient de plus comme médiatrices entre les déficits cognitifs et les symptômes négatifs, et entre les déficits cognitifs et le fonctionnement réduit (Grant & Beck, 2009). Grant et Beck ont donc suggéré de cibler les croyances défaitistes lors des interventions, spécialement pour les personnes présentant des symptômes négatifs et des déficits cognitifs importants. Selon eux, la modification de ces croyances mènerait à une augmentation de leur engagement dans des activités constructives. De plus, cela les aiderait également à pallier les difficultés de fonctionnement associées aux déficits cognitifs.

Dans une perspective plus large, un autre avantage de la thérapie cognitive comportementale est qu'elle peut être offerte en groupe, un contexte bénéfique pour la clientèle présentant des symptômes négatifs. En effet, la compagnie d'autres individus « contraint » la personne à interagir, ce qui entraîne généralement des répercussions positives sur ses interactions quotidiennes. La thérapie cognitive comportementale préconise de surcroît l'activation comportementale entre les séances, par exemple en établissant une liste des activités à accomplir ou des buts à atteindre au cours de la semaine; cela constitue aussi une technique efficace pour réduire les symptômes dépressifs, souvent présents chez les personnes atteintes de désordres psychotiques.

Par ailleurs, l'apprentissage verbal à court terme s'est avéré uniquement associé à la sphère vocationnelle, ce que nous avons expliqué par le fait qu'il est peut-être davantage sollicité dans l'environnement de travail que dans un contexte amical, par exemple. Il n'en demeure pas moins que beaucoup d'inconnu subsiste quant aux liens entre les fonctionnements cognitif et social, particulièrement pour ce qui est des personnes atteintes d'un premier épisode psychotique. Comment expliquer, entre autres, que, dans le cas d'un suivi de deux ans, la pauvre performance neuropsychologique permet de prédire avec 90 % d'efficacité le non-rétablissement clinique au sein d'un échantillon de personnes atteintes d'un premier épisode psychotique, alors qu'une bonne performance neuropsychologique ne réussisse pas à prédire avec précision le rétablissement clinique (c'est-à-dire la rémission des symptômes conjuguée à la rémission du fonctionnement) (Faber et al., 2012)? D'autres facteurs restent donc à être explorés. Green et collègues (2000) ont proposé la présence de médiateurs, tels que la cognition sociale, entre la neurocognition et le fonctionnement. Une revue de la littérature a également souligné que des lacunes de la théorie de l'esprit, soit la capacité à comprendre et à prédire les pensées et comportements des autres individus — un des aspects de la cognition sociale —, pourraient se répercuter sur le fonctionnement social (Casaccia, Mazza, & Roncone, 2004). Par exemple, la métacognition, concept associé à la théorie de l'esprit, a à la fois été associée à la neurocognition (mémoire de travail et mémoire visuelle), au fonctionnement et à la qualité de vie (Lysaker et al., 2005; Lysaker, Dimaggio, Buck, Carcione, & Nicolo, 2007). Les déficits dans la reconnaissance des émotions faciales constituent une autre des hypothèses avancées pour expliquer de moins

bonnes habiletés sociales et un moins bon fonctionnement des personnes atteintes de schizophrénie (Mueser et al., 1996).

Par conséquent, la recherche doit se poursuivre, autant pour comprendre les facteurs associés au fonctionnement social des personnes atteintes d'un premier épisode psychotique que pour trouver des moyens de favoriser celui-ci. Nous croyons que pour ce faire, il s'avère nécessaire de mesurer le fonctionnement social d'une façon beaucoup plus détaillée. D'une part, le recours à un instrument d'évaluation fournissant un score pour chacun des domaines du fonctionnement aiderait les cliniciens à identifier les déficits et forces de leurs clients. D'autre part, cela permettrait aux chercheurs d'accéder à une meilleure compréhension du lien entre ces domaines et les diverses variables pouvant y être associés, ainsi que de mesurer plus précisément les impacts des interventions.

Certains instruments d'évaluation utilisés actuellement, entre autres le CASIG, tiennent compte de nombreux domaines du fonctionnement. Cependant, aucun n'a été créé en tenant compte des particularités des jeunes adultes. De plus, ils ne sont pas nécessairement adaptés à notre vie moderne. Par exemple, il faut reconnaître le rôle important que joue maintenant l'Internet dans la vie sociale des individus. Notre équipe de recherche a donc développé un instrument d'évaluation spécifique pour les jeunes adultes et les adolescents d'aujourd'hui, le *First Episode Social Functioning Scale*, que nous avons sommairement décrit dans la première partie de cette thèse. L'ensemble des données nécessaires à son étude de validation ont été récoltées; les résultats seront publiés sous peu.

Dans un troisième temps, nous avons présenté les résultats d'une étude s'intéressant au rétablissement en tant que processus, toujours au sein d'un échantillon de jeunes adultes suivis par des cliniques spécialisées dans le traitement des premiers épisodes psychotiques. Afin de pouvoir classer chaque jeune selon le stade de rétablissement approprié, un travail minutieux a été nécessaire, de la création d'une grille et de codes d'analyse à l'examen de chacun des verbatim de l'*Indiana Psychiatric Illness Interview*. (La méthode de cotation détaillée et la *Grille d'analyse des cinq stades de rétablissement* ont été mises en annexe de cette thèse.) Nous avons ainsi constaté que l'ensemble des individus de l'échantillon se situaient dans les deux premiers stades de rétablissement (moratoire, prise de conscience) au moment de la première évaluation. Le fait d'appartenir au deuxième stade était associé à un score plus élevé aux sous-échelles de retrait/engagement social et d'occupation/emploi du *Social Functioning Scale* (SFS), à un meilleur développement narratif tel que mesuré par le *Scale to Assess Narrative Development* (STAND), à moins de symptômes négatifs, à moins de symptômes positifs, et à un niveau d'éducation plus élevé. De plus, les stades de rétablissement étaient relativement stables pour chaque individu sur une période de neuf mois.

Par contre, seuls 14 participants ont complété les entrevues aux trois temps de mesure, ce qui limite la portée de ce résultat. Serait-il possible que ceux ayant abandonné l'étude ou n'ayant pas pu être rejoints pour les secondes évaluations se distinguaient de ces participants? Se pourrait-il donc qu'une plus grande proportion d'individus ait progressé de façon positive ou négative à travers les stades? De même, le faible nombre de sujets ayant

présenté des trajectoires d'amélioration ou de détérioration ne nous donnait pas la puissance statistique nécessaire pour faire des analyses permettant d'établir s'il existait des différences entre les groupes quant à certaines variables (profil stable, profil d'amélioration, profil de détérioration). Cette attrition importante peut s'expliquer par différents facteurs. Rappelons que cette étude s'insérait dans un projet de recherche plus large sur les effets de la thérapie cognitive comportementale de groupe pour la psychose. Des difficultés à engager les jeunes ont également été rapportées lors d'une étude antérieure et ont été attribuées, entre autres, à : un manque de maturité des participants, des pressions de la part des familles ou des équipes traitantes, un déni de la maladie, des problèmes d'abus de substance, des déficits cognitifs, et un manque de motivation (Spidel, Lecomte, & Leclerc, 2006). De plus, certains jeunes ont repris leurs occupations (école, travail, loisirs) en cours d'intervention, ou suite à celle-ci, et n'avaient donc plus la disponibilité ou l'intérêt de participer aux évaluations de suivi.

Nous devons également spécifier que nous n'avons pas contrôlé l'impact qu'aurait pu avoir la participation aux rencontres de thérapie sur le processus de rétablissement. Or, le fait que la plupart des participants aient présenté un profil stable suggère que les gains ayant pu être procurés par la thérapie ne se sont pas répercutés à court terme de façon observable sur celui-ci. Néanmoins, on peut penser qu'à plus long terme, l'accent mis sur les forces et les buts personnels, en considérant chacun comme expert de sa propre expérience, peut constituer une base sur laquelle les jeunes s'appuieront dans leur parcours vers le rétablissement. Des effets positifs posttraitement ont d'ailleurs été démontrés sur le

plan de l'estime de soi, des symptômes, des stratégies d'adaptation et du soutien social, au sein d'un échantillon distinct ayant bénéficié de la même intervention (Lecomte et al., 2008).

Cette étude a donc démontré un lien entre certaines variables et les stades de rétablissement atteints par de jeunes adultes ayant vécu un premier épisode psychotique. Toutefois, les résultats ne nous permettent pas d'expliquer complètement ces associations. On ne sait toujours pas comment interagissent entre elles les composantes objectives et subjectives du rétablissement. Par exemple, est-ce le fait de souffrir de moins de symptômes qui permet à un individu de passer au stade de prise de conscience et, ainsi, de se voir sous un jour plus positif, de retrouver de l'espoir et de se responsabiliser par rapport à sa condition? Ce serait sans doute l'hypothèse que proposerait le milieu médical. À l'inverse, ne serait-ce pas plutôt le fait de passer au stade de prise de conscience qui permet à l'individu de mieux gérer ses symptômes? Ce serait là l'avis du mouvement des utilisateurs de services. La vérité se situe sans doute quelque part entre ces deux positions : il est probable que les changements sur le plan objectif entraînent des changements sur le plan subjectif et vice versa, et que ce qui catalyse véritablement le changement soit différent pour chacun. Il est aussi possible que d'autres variables entrent en jeu. Entre autres, l'atteinte des buts personnels agirait comme médiateur entre le niveau de symptômes mesuré et les composantes psychologiques du rétablissement. Des chercheurs ont en effet démontré que lorsque les symptômes des personnes atteintes de troubles mentaux graves suscitaient moins de détresse, celles-ci étaient davantage en mesure de

progresser vers leurs buts, ce qui, en retour, favorisait l'espoir, la confiance en soi, et une identité positive (Clarke, Oades, Crowe, Caputi, & Deane, 2009).

Quoiqu'il en soit, nos résultats ont des implications sur le plan clinique : nous constatons encore une fois l'importance des interventions psychosociales, notamment pour ce qui est de l'engagement social, et du soutien à l'emploi ou aux études. Bien entendu, les interventions évoquées dans la première partie de cette thèse peuvent ici être mises à contribution. Citons l'entraînement aux habiletés sociales, permettant par exemple d'acquérir les habiletés nécessaires pour la création de rencontres amicales ou la recherche d'un emploi. Par ailleurs, le développement narratif constitue également une cible de traitement puisqu'il paraît lié de façon importante au processus de rétablissement. À cet effet, l'utilisation de la psychothérapie aiderait les individus atteints de schizophrénie à formuler des récits de vie plus complets et plus riches, rendant compte de leurs forces, de leurs défis, de leurs pertes et de leurs espoirs (Lysaker, Glynn, Wilkniss, & Silverstein, 2010). Dans le même ordre d'idées, les récits chronologiques (*timelines*) s'avèrent une technique intéressante pour les intervenants en santé mentale et leurs clients (Marland, McNay, Fleming, & McCaig, 2011). Ils sont une façon de retracer le développement des problèmes de santé mentale à travers le temps en illustrant ce qui se passait dans la vie des gens au moment où ils ont éprouvé des symptômes, et au moment où ils se sentaient bien. Selon Marland et collègues, les récits chronologiques permettent ainsi aux individus atteints de troubles mentaux de donner un sens à leur expérience et de mieux s'adapter face à leur problématique. Ils soulignent par ailleurs que, pour beaucoup de personnes en

rétablissement d'un désordre psychotique, le but n'est pas d'éliminer les expériences associées à la psychose, mais bien de réduire les impacts négatifs de celles-ci et de mener une vie satisfaisante. Des études seraient toutefois nécessaires afin de confirmer les répercussions positives de cette technique sur le rétablissement.

On en sait toujours peu sur le processus de rétablissement en début de psychose. Les connaissances se développent petit à petit dans ce domaine. À notre connaissance, trois études significatives ont été publiées au cours des dernières années. Toutes sont qualitatives et ont été effectuées auprès de petits échantillons. La première s'est penchée sur de jeunes adultes traités dans des cliniques de la région de Toronto spécialisées en intervention précoce (Romano, McCay, Goering, Boydell, & Zipursky, 2010). À l'aide d'entrevues réalisées avec 10 jeunes se considérant comme rétablis et une personne de leur entourage ayant contribué à leur rétablissement, Romano et ses collègues ont déterminé cinq étapes du processus de rétablissement d'un premier épisode psychotique : la vie avant la maladie, l'interruption de cette vie ou l'apparition de la maladie, l'engagement dans les services, le réengagement dans la vie, la reconsidération du futur. Bien que ce modèle se distingue de celui que nous avons utilisé, il ne le contredit pas. En fait, il considère le vécu avant l'apparition du trouble, ce que ne fait pas le modèle d'Andresen. Par ailleurs, il se concentre sur une période beaucoup plus courte de la vie, soit le choc de la maladie, suivi du recours aux services et de la reconsidération de projets futurs. Passer à travers les étapes du modèle d'Andresen constitue, sans nul doute, une expérience de plus longue haleine. D'ailleurs, la dernière étape de ce modèle, soit la croissance, n'est sans doute pas atteignable pour

certaines individus, atteints de problèmes de santé mentale ou non. Romano et ses collègues soulignent également que la perspective des jeunes ne correspondait pas aux définitions du rétablissement proposées jusqu'à présent, puisque ces derniers ne semblaient pas avoir perdu entièrement espoir à aucun moment de leur parcours; ils ne semblaient pas non plus avoir besoin de reconstruire leur identité du tout au tout. Ce n'est pas ce que nous avons observé en analysant les entrevues de nos participants; cela s'explique peut-être par le fait que l'étude de Romano s'est intéressée uniquement à la perspective d'individus se considérant eux-mêmes rétablis.

Une deuxième étude réalisée au Canada a exploré les définitions personnelles de 30 jeunes adultes, 3 à 5 ans après leur prise en charge par une clinique spécialisée en intervention précoce (Windell, Ross, & Malla, 2012). La majorité d'entre eux se considéraient alors rétablis et avaient une perspective positive sur leur situation; les auteurs ont jugé que ces perceptions étaient susceptibles de découler de leur plus jeune âge, de la plus courte durée de la maladie, et du fait d'avoir reçu un traitement spécialisé. Par ailleurs, les définitions du rétablissement données par les jeunes incluaient l'engagement significatif dans des rôles sociaux et la participation à des relations sociales. Selon les auteurs, cela souligne la nécessité des interventions comme le soutien à l'emploi ou aux études, et l'importance de favoriser les occasions d'interaction avec des pairs s'étant rétablis, ce qui est tout à fait en accord avec nos conclusions.

Finalement, une troisième étude, de Hong Kong, s'est intéressée à la perspective de six jeunes dans la vingtaine ayant vécu un premier épisode psychotique. Leur vision du

rétablissement s'étendait également au-delà du contrôle des symptômes. De plus, ils ont identifié des aspects positifs de leur expérience, et ont évoqué leur préoccupation pour les effets secondaires de la médication et la stigmatisation dont ils pourraient être victimes (Lam et al., 2012).

En somme, notre étude se situe dans un courant actuel s'attardant au processus de rétablissement des jeunes atteints d'un premier épisode psychotique. Ce courant, ainsi que nos résultats, suggèrent que le rétablissement se définit peut-être différemment pour les jeunes vivant depuis peu avec un trouble de santé mental sévère comparativement aux personnes plus âgées ayant un plus long historique de symptômes et de traitements. Classer les individus en début de processus à travers le modèle de rétablissement en cinq stades nous a permis de les distinguer seulement de façon limitée. Ainsi, les recherches futures devront tendre à développer des critères d'évaluation du rétablissement peut-être plus appropriés à cette clientèle. Une façon d'y arriver pourrait être d'intégrer des jeunes ayant vécu l'expérience de la maladie au sein des équipes de recherche. En effet, certains sont d'avis qu'il est impératif que les clientèles visées par les recherches soient incluses dans toutes les étapes de celles-ci (Bornemann & Bornemann, 2010).

Entretemps, il peut quand même être pertinent que notre grille d'analyse soit réutilisée par d'autres chercheurs. Elle est en mesure de servir à l'analyse du contenu de maintes données concernant les jeunes atteints de psychose, tels des témoignages spontanés, des entrevues structurées, ou des groupes de discussion (*focus groups*).

Soulignons aussi son intérêt pour les cliniciens, qui pourraient, par exemple, s'en servir pour ouvrir le dialogue avec leurs clients quant à leur perception du rétablissement.

De même, l'ensemble de cette thèse est pertinent au point de vue de deux enjeux identifiés par le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec : le rétablissement de la personne dans sa globalité et l'amélioration des services de santé mentale pour les jeunes (<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>). À l'heure actuelle, force est de constater que bon nombre des objectifs de ce plan d'action n'ont pas été atteints, et que trop d'individus souffrant de psychose ne se voient toujours offrir que des soins peu orientés vers le rétablissement, le contrôle des symptômes étant encore à l'avant-plan des interventions en santé mentale. Il peut être long avant que la personne reçoive du soutien dans d'autres sphères, tel le fonctionnement social. On peut aussi déplorer que l'accompagnement par un psychologue soit rarement disponible, alors qu'on sait que l'expérience d'une hospitalisation psychiatrique ou de la psychose comme telle peuvent être source de trauma (Morrison, Frame, & Larkin, 2003). Beaucoup de travail reste donc à être accompli afin de s'assurer de conditions optimales pour le rétablissement des personnes atteintes de psychose.

Pour conclure, cette thèse a contribué à l'avancement du savoir sur trois aspects en particulier : les connaissances sur les interventions psychosociales pouvant être offertes à des adolescents se rétablissant d'un premier épisode psychotique; les variables associées à des domaines précis du fonctionnement social en début de psychose; le processus de

rétablissement en début de psychose et les variables y étant associées. Nous avons suggéré des pistes intéressantes que les recherches futures pourront explorer, dans l'espoir que de plus en plus de jeunes atteints de psychose puissent se rétablir et vivre pleinement leur vie.

Bibliographie

(pour l'introduction et la conclusion)

- Addington, J., & Addington, D. (2005). Patterns of premorbid functioning in first episode psychosis: relationship to 2-year outcome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *112*(1), 40-46.
- Addington, J., & Addington, D. (2008). Social and cognitive functioning in psychosis. *Schizophrenia Research*, *99*(1-3), 176-181.
- Addington, J., & Gleeson, J. (2005). Implementing cognitive-behavioural therapy for first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry - Supplementum*, *48*, S72-76.
- Addington, J., Leriger, E., & Addington, D. (2003). Symptom outcome 1 year after admission to an early psychosis program. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie*, *48*(3), 204-207.
- Addington, J., Saeedi, H., & Addington, D. (2005). The course of cognitive functioning in first episode psychosis: changes over time and impact on outcome. *Schizophrenia Research*, *78*(1), 35-43.
- Addington, J., Van Mastrigt, S., & Addington, D. (2004). Duration of untreated psychosis: impact on 2-year outcome. *Psychological Medicine*, *34*(2), 277-284.
- Addington, J., Young, J., & Addington, D. (2003). Social outcome in early psychosis. *Psychological Medicine*, *33*(6), 1119-1124.
- Alvarez-Jimenez, M., Gleeson, J. F., Henry, L. P., Harrigan, S. M., Harris, M. G., Killackey, E., et al. (2012). Road to full recovery: longitudinal relationship between symptomatic remission and psychosocial recovery in first-episode psychosis over 7.5 years. *Psychological Medicine*, *42*(3), 595-606.

- Amminger, G. P., Henry, L. P., Harrigan, S. M., Harris, M. G., Alvarez-Jimenez, M., Herrman, H., et al. (2011). Outcome in early-onset schizophrenia revisited: findings from the Early Psychosis Prevention and Intervention Centre long-term follow-up study. *Schizophrenia Research*, *131*(1-3), 112-119.
- Andreasen, N. C., Carpenter, W. T., Jr., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R., & Weinberger, D. R. (2005). Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry*, *162*(3), 441-449.
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery in schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *37*(5), 586-594.
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2011). *Psychological Recovery Beyond Mental Illness*: Wiley-Blackwell.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *16*(4), 11-23.
- Anthony, W. A., & Liberman, R. P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation: Historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, *12*(4), 542-559.
- Borg, M., & Davidson, L. (2008). The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health*, *17*(2), 129-140.
- Bornemann, T. H., & Bornemann, J. L. (2010). An argument for collaboration in methods to help people with mental illness. *Psychiatry*, *73*(2), 125-126.

- Brekke, J. S., Long, J. D., & Kay, D. D. (2002). The structure and invariance of a model of social functioning in schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *190*(2), 63-72.
- Burns, T., & Patrick, D. (2007). Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *116*(6), 403-418.
- Bustillo, J. R., Lauriello, J., & Keith, S. J. (1999). Schizophrenia: improving outcome. *Harvard Review of Psychiatry*, *6*(5), 229-240.
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 547-552.
- Carpenter, W. T., Jr., Heinrichs, D. W., & Alphas, L. D. (1985). Treatment of Negative Symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, *11*(3), 440-452.
- Casacchia, M., Mazza, M., & Roncone, R. (2004). Theory of mind, social development, and psychosis. *Current Psychiatry Reports*, *6*(3), 183-189.
- Chang, W. C., Tang, J. Y., Hui, C. L., Lam, M. M., Chan, S. K., Wong, G. H., et al. (2012). Prediction of remission and recovery in young people presenting with first-episode psychosis in Hong Kong: a 3-year follow-up study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *46*(2), 100-108.
- Clarke, S. P., Oades, L., Crowe, T. P., Caputi, P., & Deane, F. P. (2009). The role of symptom distress and goal attainment in promoting aspects of psychological recovery for consumers with enduring mental illness. *Journal of Mental Health*, *18*(5), 389-397.

- Corbière, M., Mercier, C., Lesage, A. D., & Villeneuve, K. (2005). L'insertion au travail de personnes souffrant d'une maladie mentale : Analyse des caractéristiques de la personne. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie*, 50(11), 722-733.
- Cornblatt, B. A., Auther, A. M., Niendam, T., Smith, C. W., Zinberg, J., Bearden, C. E., et al. (2007). Preliminary findings for two new measures of social and role functioning in the prodromal phase of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33(3), 688-702.
- Corrigan, P. W., Faber, D., Rashid, F., & Leary, M. (1999). The construct validity of empowerment among consumers of mental health services. *Schizophrenia Research*, 38(1), 77-84.
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. C. (2005). Recovery in Serious Mental Illness: A New Wine or Just a New Bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480-487.
- Davis, L. W., & Lysaker, P. H. (2007). Therapeutic Alliance and Improvements in Work Performance over Time in Patients with Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(4), 353-357.
- Dickerson, F., Boronow, J. J., Ringel, N., & Parente, F. (1996). Neurocognitive deficits and social functioning in outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 21(2), 75-83.
- Edwards, J., McGorry, P. D., Waddell, F. M., & Harrigan, S. M. (1999). Enduring negative symptoms in first-episode psychosis: Comparison of six methods using follow-up data. *Schizophrenia Research*, 40(2), 147-158.

- Engelhardt, D. M., & Rosen, B. (1976). Implications of drug treatment for the social rehabilitation of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 2(3), 454-462.
- Faber, G., Smid, H. G. O. M., Van Gool, A. R., Wunderink, L., Wiersma, D., & van den Bosch, R. J. (2012). Neurocognition and recovery in first episode psychosis. *Psychiatry Research*, 188(1), 1-6.
- Faerden, A., Vaskinn, A., Finset, A., Agartz, I., Barrett, E. A., Friis, S., et al. (2009). Apathy is associated with executive functioning in first episode psychosis. *BMC Psychiatry*, 9, 20-26.
- Galderisi, S., Davidson, M., Kahn, R. S., Mucci, A., Boter, H., Gheorghe, M. D., et al. (2009). Correlates of cognitive impairment in first episode schizophrenia: The EUFEST study. *Schizophrenia Research*, 115(2-3), 104-114.
- Giron, M., & Gomez-Beneyto, M. (2004). Relationship between Family Attitudes and Social Functioning in Schizophrenia: A Nine-Month Follow-Up Prospective Study in Spain. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(6), 414-420.
- Goulding, S. M., Franz, L., Bergner, E., & Compton, M. T. (2010). Social functioning in urban, predominantly African American, socially disadvantaged patients with first-episode nonaffective psychosis. *Schizophrenia Research*, 119(1-3), 95-100.
- Grant, C., Addington, J., Addington, D., & Konnert, C. (2001). Social functioning in first- and multipisode schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie*, 46(8), 746-749.

- Grant, P. M., & Beck, A. T. (2009). Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms, and functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(4), 798-806.
- Green, M. F., Kern, R. S., Braff, D. L., & Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"? *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 119-136.
- Green, M. F., Kern, R. S., & Heaton, R. K. (2004). Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophrenia Research*, 72(1), 41-51.
- Greenwood, K. E., Landau, S., & Wykes, T. (2005). Negative symptoms and specific cognitive impairments as combined targets for improved functional outcome within cognitive remediation therapy. *Schizophrenia Bulletin*, 31(4), 910-921.
- Hans, S. L., Auerbach, J. G., Asarnow, J. R., Styr, B., & Marcus, J. (2000). Social adjustment of adolescents at risk for schizophrenia: the Jerusalem Infant Development Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(11), 1406-1414.
- Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I. Methodology, study sample, and overall status 32 years later. *American Journal of Psychiatry*, 144, 718-726.
- Harris, A., Brennan, J., Anderson, J., Taylor, A., Sanbrook, M., Fitzgerald, D., et al. (2005). Clinical profiles, scope and general findings of the Western Sydney First Episode

- Psychosis Project. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(1-2), 36-43.
- Harvey, P. D., Lombardi, J., Leibman, M., White, L., Parrella, M., Powchik, P., et al. (1996). Cognitive impairment and negative symptoms in geriatric chronic schizophrenic patients: a follow-up study. *Schizophrenia Research*, 22(3), 223-231.
- Hermens, D. F., Ward, P. B., Hodge, M. A. R., Kaur, M., Naismith, S. L., & Hickie, I. B. (2010). Impaired MMN/P3a complex in first-episode psychosis: cognitive and psychosocial associations. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 34(6), 822-829.
- Hewitt, J., & Coffey, M. (2005). Therapeutic working relationships with people with schizophrenia: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 561-570.
- Ho, B. C., Nopoulos, P., Flaum, M., Arndt, S., & Andreasen, N. C. (1998). Two-year outcome in first-episode schizophrenia: predictive value of symptoms for quality of life. *American Journal of Psychiatry*, 155(9), 1196-1201.
- Howard, L., Leese, M., & Thornicroft, G. (2000). Social networks and functional status in patients with psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(5), 376-385.
- Kirkpatrick, B., Buchanan, R. W., Ross, D. E., & Carpenter, W. T., Jr. (2001). A separate disease within the syndrome of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 58(2), 165-171.
- Kurtz, M. M., Moberg, P. J., Ragland, J. D., Gur, R. C., & Gur, R. E. (2005). Symptoms versus neurocognitive test performance as predictors of psychosocial status in

- schizophrenia: a 1- and 4-year prospective study. *Schizophrenia Bulletin*, 31(1), 167-174.
- Lam, M. M. L., Pearson, V., Ng, R. M. K., Chiu, C. P. Y., Law, C. W., & Chen, E. Y. H. (2012). What does recovery from psychosis mean? Perceptions of young first-episode patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(6), 580-587.
- Lambert, M., & Naber, D. (2004). Current issues in schizophrenia: overview of patient acceptability, functioning capacity and quality of life. *CNS Drugs*, 18 (2 Suppl), S5-17.
- Larsen, T. K., Moe, L. C., Vibe-Hansen, L., & Johannessen, J. O. (2000). Premorbid functioning versus duration of untreated psychosis in 1 year outcome in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 45(1-2), 1-9.
- Lecomte, T., Leclerc, C., Corbière, M., Wykes, T., Wallace, C. J., & Spidel, A. (2008). Group cognitive behavior therapy or social skills training for individuals with a recent onset psychosis? Results of a randomized controlled trial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(12), 866-875.
- Liberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2002). Recovery from schizophrenia: A challenge for the 21st century. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 245-255.
- Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J., & Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 256-272.

- Lieberman, J. A., Perkins, D., Belger, A., Chakos, M., Jarskog, F., Boteva, K., et al. (2001). The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches. *Biological Psychiatry*, *50*(11), 884-897.
- Lysaker, P. H., & Buck, K. D. (2008). Is Recovery from Schizophrenia Possible? An Overview of Concepts, Evidence, and Clinical Implications. *Primary Psychiatry*, *15*(6), 60-65.
- Lysaker, P. H., Carcione, A., Dimaggio, G., Johannesen, J. K., Nicolo, G., Procacci, M., et al. (2005). Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: associations with neurocognition, symptoms, insight and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *112*(1), 64-71.
- Lysaker, P. H., Davis, L. W., Warman, D. M., Strasburger, A., & Beattie, N. (2007). Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: associations across 6 months. *Psychiatry Research*, *149*(1-3), 89-95.
- Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Buck, K. D., Carcione, A., & Nicolo, G. (2007). Metacognition within narratives of schizophrenia: associations with multiple domains of neurocognition. *Schizophrenia Research*, *93*(1-3), 278-287.
- Lysaker, P. H., Glynn, S. M., Wilkniss, S. M., & Silverstein, S. M. (2010). Psychotherapy and recovery from schizophrenia: A review of potential applications and need for future study. *Psychological Services*, *7*(2), 75-91.
- Lysaker, P. H., Wickett, A., Campbell, K., & Buck, K. (2003). Movement toward coherence in the psychotherapy of schizophrenia: A method for assessing narrative transformation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *191*, 538-541.

- Makinen, J., Miettunen, J., Isohanni, M., & Koponen, H. (2008). Negative symptoms in schizophrenia-A review. *Nordic Journal of Psychiatry*, *62*(5), 334-341.
- Malla, A. K., Norman, R. M. G., Takhar, J., Manchanda, R., Townsend, L., Scholten, D., et al. (2004). Can patients at risk for persistent negative symptoms be identified during their first episode of psychosis? *The Journal of Nervous & Mental Disease*, *192*(7), 455-463.
- Malmberg, A., Lewis, G., David, A., & Allebeck, P. (1998). Premorbid adjustment and personality in people with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, *172*, 308-313; discussion 314-305.
- Marland, G., McNay, L., Fleming, M., & McCaig, M. (2011). Using timelines as part of recovery-focused practice in psychosis. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, *18*(10), 869-877.
- McGurk, S. R., Moriarty, P. J., Harvey, P. D., Parrella, M., White, L., & Davis, K. L. (2000). The longitudinal relationship of clinical symptoms, cognitive functioning, and adaptive life in geriatric schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *42*(1), 47-55.
- Menezes, N., Malla, A., Norman, R., Archie, S., Roy, P., & Zipursky, R. (2009). A multi-site Canadian perspective: Examining the functional outcome from first-episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *120*(2), 138-146.
- Meng, H., Schimmelmann, B., Mohler, B., Lambert, M., Branik, E., Koch, E., et al. (2006). Pretreatment social functioning predicts 1-year outcome in early onset psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *114*(4), 249-256.

- Mesholam-Gately, R. I., Giuliano, A. J., Goff, K. P., Faraone, S. V., & Seidman, L. J. (2009). Neurocognition in first-episode schizophrenia: A meta-analytic review. *Neuropsychology, 23*(3), 315-336.
- Milev, P., Ho, B.-C., Arndt, S., & Andreasen, N. C. (2005). Predictive values of neurocognition and negative symptoms on functional outcome in schizophrenia: a longitudinal first-episode study with 7-year follow-up. *American Journal of Psychiatry, 162*(3), 495-506.
- Miller, A. L., Mahurin, R. K., Velligan, D. I., & Maas, J. W. (1995). Negative symptoms of schizophrenia: Where do we go from here? *Biological Psychiatry, 37*(10), 691-693.
- Morrison, A. P., Frame, L., & Larkin, W. (2003). Relationships between trauma and psychosis: a review and integration. *British Journal of Clinical Psychology, 42*(4), 331-353.
- Moscarelli, M. (1998). Economics of social dysfunction. In K. T. Mueser & N. Tarrier (Eds.), *Handbook of social functioning in schizophrenia* (pp. 290-306). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Mueser, K. T., Doonan, R., Penn, D. L., Blanchard, J. J., Bellack, A. S., Nishith, P., et al. (1996). Emotion recognition and social competence in chronic schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 105*(2), 271-275.
- Mueser, K. T., & Tarrier, N. (1998). *Handbook of social functioning in schizophrenia*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

- Neumann, C. S., & Walker, E. F. (1998). Developmental origins of interpersonal deficits in schizophrenia. In K. T. Mueser & N. Tarrier (Eds.), *Handbook of social functioning in schizophrenia* (pp. 121-133). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Noordsy, D. L., Torrey, W., Mueser, K., Mead, S., O'Keefe, C., & Fox, L. (2002). Recovery from severe mental illness: An interpersonal and functional outcome definition. *International Review of Psychiatry, 14*(4), 318-326.
- Noordsy, D. L., Torrey, W., Mead, S., Brunette, M., Potenza, D., & Copeland, M. E. (2000). Recovery-oriented psychopharmacology: redefining the goals of antipsychotic treatment. *Journal of Clinical Psychiatry, 61* 3 (3 Suppl), S22-29.
- O'Brien, M. P., Zinberg, J. L., Bearden, C. E., Lopez, S. R., Kopelowicz, A., Daley, M., et al. (2008). Parent attitudes and parent adolescent interaction in families of youth at risk for psychosis and with recent-onset psychotic symptoms. *Early Intervention in Psychiatry, 2*(4), 268-276.
- Ochoa, S., Usall, J., Villalta-Gil, V., Vilaplana, M., Marquez, M., Valdelomar, M., et al. (2006). Influence of Age at Onset on Social Functioning in Outpatients with Schizophrenia. *European Journal of Psychiatry, 20*(3), 157-163.
- Patterson, T. L., Semple, S. J., Shaw, W. S., Halpain, M., Moscona, S., Grant, I., et al. (1997). Self-reported social functioning among older patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research, 27*(2-3), 199-210.
- Penn, D. L., Waldheter, E. J., Perkins, D. O., Mueser, K. T., & Lieberman, J. A. (2005). Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update. *American Journal of Psychiatry, 162*(12), 2220-2232.

- Perivoliotis, D., Morrison, A. P., Grant, P. M., French, P., & Beck, A. T. (2009). Negative performance beliefs and negative symptoms in individuals at ultra-high risk of psychosis: A preliminary study. *Psychopathology, 42*(6), 375-379.
- Priebe, S., Roeder-Wanner, U. U., & Kaiser, W. (2000). Quality of life in first-admitted schizophrenia patients: a follow-up study. *Psychological Medicine, 30*(1), 225-230.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology, 15*(2), 121-148.
- Rector, N. A. (2004). Dysfunctional attitudes and symptom expression in schizophrenia: Differential associations with paranoid delusions and negative symptoms. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 18*(2), 163-173.
- Rector, N. A., Beck, A. T., & Stolar, N. (2005). The negative symptoms of schizophrenia: a cognitive perspective. *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie, 50*(5), 247-257.
- Rinaldi, M., Killackey, E., Smith, J., Shepherd, G., Singh, S. P., & Craig, T. (2010). First episode psychosis and employment: a review. *International Review of Psychiatry, 22*(2), 148-162.
- Robinson, D. G., Woerner, M. G., McMeniman, M., Mendelowitz, A., & Bilder, R. M. (2004). Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *American Journal of Psychiatry, 161*(3), 473-479.
- Roe, D., & Davidson, L. (2005). Self and narrative in schizophrenia: Time to author a new story. *Journal of Medical Humanities, 31*, 89-94.

- Romano, D. M., McCay, E., Goering, P., Boydell, K., & Zipursky, R. (2010). Reshaping an enduring sense of self: the process of recovery from a first episode of schizophrenia. *Early Intervention in Psychiatry, 4*(3), 243-250.
- Silverstein, S. M., & Bellack, A. S. (2008). A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychology Review, 28*, 1108-1124.
- Spaniol, L., Wewiorski, N. J., Gagne, C., & Anthony, W. A. (2002). The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry, 14*(4), 327-336.
- Spidel, A., Lecomte, T., & Leclerc, C. (2006). Community implementation successes and challenges of a cognitive-behavior therapy group for individuals with a first episode of psychosis. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 36*(1), 51-58.
- Strauss, J. S., Carpenter, W. T., Jr., & Bartko, J. J. (1974). The diagnosis and understanding of schizophrenia. Part III. Speculations on the processes that underlie schizophrenic symptoms and signs. *Schizophrenia Bulletin, 11*, 61-69.
- Svensson, B., & Hansson, L. (1999). Therapeutic alliance in cognitive therapy for schizophrenic and other long-term mentally ill patients: development and relationship to outcome in an in-patient treatment programme. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 99*(4), 281-287.
- Torrey, W. C., & Wyzik, P. (2000). The recovery vision as a service improvement guide for community mental health center providers. *Community Mental Health Journal, 36*(2), 209-216.

- Turkington, A., Mulholland, C. C., Rushe, T. M., Anderson, R., McCaul, R., Barrett, S. L., et al. (2009). Impact of persistent substance misuse on 1-year outcome in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, *195*(3), 242-248.
- Velligan, D. I., Mahurin, R. K., Diamond, P. L., Hazleton, B. C., Eckert, S. L., & Miller, A. L. (1997). The functional significance of symptomatology and cognitive function in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *25*(1), 21-31.
- Voges, M., & Addington, J. (2005). The association between social anxiety and social functioning in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, *76*(2-3), 287-292.
- Windell, D., Ross, N., & Malla, A. (2012). The Personal Meaning of Recovery Among Individuals Treated for a First Episode of Psychosis. *Psychiatric Services*, *63*(6), 548-553.
- Wyatt, R. J., & Henter, I. (2001). Rationale for the study of early intervention. *Schizophrenia Research*, *51*(1), 69-76.
- Wykes, T. (1998). Social functioning in residential and institutional settings. In *Handbook of social functioning in schizophrenia* (pp. 20-38). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon; US.
- 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*(1), 211-213.

Annexe 1 – Questionnaires et instruments de mesure

Questionnaire sociodémographique

INFORMATIONS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

No. Identification : Date aujourd'hui: / /
(jj/mm/aaaa)

Sexe: Homme Age : _____ Date naissance : / /
 Femme (jj/mm/aaaa)

1. Quelle est votre origine raciale ?
- Occidentale
 - Asiatique
 - Africaine /Caraïbe
 - Latino-américaine
 - Première Nation / Inuit
 - Autres, précisez : _____

2. Êtes-vous né au Canada? Oui Non

Si non, dans quelle pays êtes-vous né?

En quelle année êtes-vous arrivé au Canada?

3. Quelle est votre état civil ?
- Célibataire /jamais marié(e)
 - Marié(e) / remarié(e)
 - Cohabitation avec partenaire
 - Séparé(e)
 - Divorcé(e)
 - Veuf, veuve

4. Avez-vous des enfants? Oui Si oui, combien?
- Non

5. Avez-vous un domicile permanent? Oui Non

- 5.1. Si oui, avec qui vivez-vous? Seul En résidence supervisée

- Avec parent(s)
- Avec co-locataire(s)
- Avec conjoint
- Autres, précisez : _____

Combien de personnes vivent sous ce toit (en vous incluant)?

Depuis combien de temps ?

5.2. Si non, depuis combien de temps ?

Fréquentez-vous les refuges ou autres services temporaires?

- Oui
- Non

6. Combien d'années de scolarité avez-vous complété? Veuillez en encercler un.

Mat. 1 2 3 4 5 6	7 8 9 10 11	12 13 14 15 16 17 18 19 20 et +
Primaire	Secondaire	Post-secondaire

7. Quelle est votre dernier diplôme complété?

- Professionnel / métier
- Études secondaires
- Cégep technique
- Cégep général
- Université 1^{er} cycle
- Université études avancées

8. Occupé(e) –vous un emploi?

- Non
- Parce que j'étudie encore
- Je n'en ai jamais eu
- Pas pour l'instant, j'ai perdu (ou quitté) mon dernier emploi
- Précisez depuis combien de temps :
- Oui
- À temps plein
- À temps partiel
- Précisez depuis combien de temps :

9. Identifiez où se situe votre revenu personnel?

- Aucun revenu
- 31 000\$ à 45 000\$
- 1 000\$ à 15 000\$
- 46 000\$ à 60 000\$
- 16 000\$ à 30 000\$
- 61 000\$ et plus

10. Consommez-vous de l'alcool ou des drogues de manière régulière? Oui Non

10.1. Si oui, que consommez-vous? Alcool Drogues Les deux

À quelle fréquence consommez-vous? (nb fois/semaine)

Depuis combien de temps?

10.2. Considérez-vous que votre consommation est problématique? Oui Non

Si oui, avez-vous déjà essayé d'arrêter? Oui Non

Combien de fois? Durée d'arrêt la plus longue?

11. Avez-vous déjà eu des ennuis avec la loi? Oui Non

11.1. Si oui, avez-vous déjà été arrêté? Oui Non

11.2. Avez-vous déjà fait un séjour en prison? Oui Non

Si oui, quelle est la durée de votre séjour?

12. Présentez-vous parfois des comportements violents? Oui Non

12.1. Si oui, considérez-vous que cela vous occasionne des ennuis? Oui Non

13. Avez-vous des problèmes de santé? Oui Non

13.1. Si oui, considérez-vous que cela affecte votre fonctionnement? Oui Non

14. À quel âge avez consulté en psychiatrie pour la première fois?

15. Pour quelle raison?

16. Avez-vous déjà été hospitalisé pour des troubles psychiatriques? Oui Non

16.1. Si oui, quel âge aviez-vous la première fois?

16.2. Si oui, combien d'hospitalisations distinctes avez-vous eu?

17. Avez-vous un diagnostic psychiatrique connu?

Oui Non

17.1. Si oui, lequel?

17.2 Nom du psychiatre ou intervenant principal :

Historique des services :

Oui Non

18. 1. Si oui, quel(s) aspect(s) était ciblé(s)?

- Toxicomanie /alcoolisme
- Études /formation
- Soutien santé mentale
- Autres : précisez

Description du (des) programme(s) :

Nom :

Nom :

Nom :

Services actuels :

19. En ce moment, participez-vous à des thérapies, groupes, programmes d'aide ou d'intervention? Oui Non

19. 1. Si oui, quel(s) aspect(s) sont ciblé(s)?

- Toxicomanie /alcoolisme
- Études /formation
- Soutien santé mentale
- Autres : précisez

Description du (des) programme(s) :

Nom :

Nom :

PSR toolkit (Arns, 1998)

Indiana Psychiatric Illness Interview (IPII)

Entrevue Psychiatrique Indiana sur la maladie

Cette entrevue devrait encourager les participants à raconter leur histoire à leur façon, en posant seulement les questions présentées ci bas. Les commentaires de la part de l'interviewer servent à rappeler au participant qu'il est écouté. Ces commentaires devraient être des reflets ; il est important de ne pas introduire des concepts que le participant n'a pas dits. Ne demandez pas au participant de compléter des lacunes chronologiques ou de donner plus d'informations pour compléter ce qu'il a mentionné durant son récit initial. Les questions présentées plus bas ne doivent pas nécessairement être présentées en ordre et l'interviewer devrait par conséquent s'adapter au récit du participant. L'entretien devrait commencer simplement par :

*« le sujet de cette entrevue est pour m'aider (l'interviewer) à comprendre le mieux possible **vo**tre histoire et vous-même, incluant les hauts et les bas. »*

Section I: Récit libre général:

« J'aimerais que vous me fassiez le récit de votre vie, comprenant le plus de détails possible, depuis le plus loin que vous vous souveniez jusqu'à maintenant. Si vous avez besoin d'aide pour organiser votre histoire, vous pouvez la diviser en chapitres ou en sections. Avez-vous des questions? »

Section II: Récit de la Maladie

« Pensez-vous avoir un problème de santé mentale et si oui, que pensez-vous avoir ? »

« Avez-vous eu un problème de santé mentale dans le passé? »

« Qu'est-ce qui a causé ces problèmes? »

« Comment vous sentez-vous par rapport au fait d'avoir un problème de santé mentale? »

« Comment voyez-vous votre problème de santé mentale dans le futur? »

Section III: Ce qui change ou demeure pareil

« Depuis votre problème de santé mentale qu'est-ce qui a changé et qu'est-ce qui est resté pareil? »

Au niveau du travail ou études: Identique / différent

Au niveau du fonctionnement social (famille/romantisme, amis/connaissances): Identique / différent

La vie des autres (Comment la vie des autres a changé ou est resté la même depuis votre problème de santé mentale?): Identique /différent

Au niveau cognitif ou émotif : Identique / différent

Au niveau de la personnalité (qui tu es) : Identique / différent

Section IV: Degré d'influence de la construction de la maladie

Dans quelle mesure et de quelles manières votre problème de santé mentale contrôle-t-il votre vie?

Dans quelle mesure et à quel point pouvez vous contrôler votre problème de santé mentale ?

Comment d'autres personnes ont-elles été affectées par votre problème de santé mentale?

Comment d'autres personnes ont t'ils affecté votre problème de santé mentale?

Section V: Le future, le bonheur et la satisfaction?

Comment vous voyez-vous dans le futur?

Lysaker, Clements, Plascak-Hallberg, Knipscheer, & Wright, 2002
Traduction labo Tania Lecomte, 2007

Scale to Assess Narrative Development (STAND)

Appendix A: Anchors for the Scale To Assess Narrative Development (STAND)

Illness Conception:

1. The client does not perceive anything is wrong on any psychological level
2. The client perceives pain or confusion but only in a global or vague manner (e.g. “my mind is confusion, my self is unintelligible”)
3. The client perceives only a limited number of specific psychiatric problems or challenges with minimal and perhaps implausible or limited elucidation (e.g. “I am depressed and see visions”).
4. The client perceives many discrete problems but without a plausible account of etiology (“I am depressed, withdrawn, have hallucinations caused by the devil”).
5. The client perceives that there are many discrete problems or challenges with elucidation and a plausible account of etiology (“I am emotionally withdrawn, have hallucinations of devils and angels and that is because of losses in my life and a chemical imbalance”).

Alienation :

1. No evidence that the client perceives any closeness to others nor desires such closeness.
2. The client expresses a desire for closeness but has only the thinnest connection with others tempered by fear (e.g. “I thought about calling my father but couldn’t because I was afraid”).
3. The client has a few social connections that exist because of family ties/passivity, or fulfillment of role (e.g. “I talked to my father briefly when he called last week”).
4. The client has multiple ties and plays an active role but there is no evidence that these are more than casual (e.g. “I visited with my father on Thanksgiving Day but didn’t say very many things that were all that personal”).
5. The client perceives that at least one fulfilling intimate tie with a discernable person (e.g. “I walked with my father and we talked about many of our worries”).

Agency:

1. No evidence the client perceives they can affect events in their own life and nor can discern causes of life events.
2. The client perceives that discernable forces affect life but those forces are exclusively or almost exclusively, supernatural or implausible (e.g. “The government is controlling the traffic outside my house”).
3. The client perceives that events in their life are influenced only by forces outside of them, but those forces are plausible, can be discerned and influenced. (e.g. “I did it because my brother said so”).
4. The client perceives that they can affect their own life minimally or can affect their lives but primarily by resisting or passive protesting (e.g. “I resisted the temptation through sheer will power”).
5. The client perceives that they can act and affect life course actively (e.g. “I decided to talk with my mother and it helped everything”).

Social Worth:

1. No evidence that the client perceives that they have value to others, actual or potential.
2. The client perceives they may have minimal value socially but mainly because of past deeds. There is little evidence of future hope. The client may note that they have skills not actualized in role performance (e.g. “I was a good cook but don’t cook any more”).
3. The client fails to perceive current value to others, but may have value because of past deeds and has potential to be of value in the future (e.g. “I put in an application for a job”).
4. The client perceives that they are of currently of some value to others in general, but not to specific persons or in a way that uniquely distinguishes them (e.g. “I do my job well”).
5. The client perceives that they are of value to others presently, with reference to specific contributions or benefits observed by others (e.g. “My daughter relies on me for emotional and financial support).

Lysaker, Wickett, Campbell, & Buck, 2003

Social Functioning Scale (SFS)

L'ECHELLE DE FONCTIONNEMENT SOCIAL

Version individuelle

L'entrevue que nous allons faire vise à mieux comprendre votre niveau de fonctionnement. Habituellement, cela prend environ 20 minutes pour la compléter.

Engagement social / Retrait

1. À quelle heure vous levez-vous à chaque matin?

En moyenne la semaine :

--

En moyenne la fin de semaine :

--

2. En moyenne, combien d'heures passez-vous seul au cours de la journée? (e.g. seul dans une pièce, seul à prendre une marche, à écouter la TV ou la radio). SVP cochez un des choix suivant :

0-3 hrs	Très peu de temps seul	
3-6 hrs	Parfois	
6-9 hrs	Souvent	
9-12 hrs	Beaucoup de temps	
12 hrs	Presque tout le temps	

3. Dans quelle mesure commencez-vous la conversation à la maison?

Presque jamais	Rarement	Parfois	Souvent

4. Dans quelle mesure sortez-vous de la maison (peu importe la raison)?

Presque jamais	Rarement	Parfois	Souvent

5. Comment réagissez-vous à la présence d'étrangers / de personnes que vous ne connaissez pas?

Je les évite	
Je me sens nerveux	
Je les accepte	
Je les aime	

Communication interpersonnelle

1. Combien d'amis avez-vous en ce moment? (des gens que vous voyez régulièrement, avec qui vous faites des activités, etc.)

--

2. Avez-vous un conjoint?

Oui	
Non	

3. Dans quelle mesure êtes-vous capable de mener une conversation sensible et rationnelle? SVP cochez à l'endroit approprié.

Presque jamais	Rarement	Parfois	Souvent

4. Dans quelle mesure trouvez-vous facile ou difficile de parler aux gens en ce moment?

Très facile	Facile	Moyen	Difficile	Très difficile

Indépendance / Performance

SVP cochez à l'endroit approprié afin d'indiquez, à chaque item, dans quelle mesure vous avez fait ces activités au cours des **trois derniers mois**.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
Acheter des items dans les magasins (sans aide)				
Laver les chaudrons, faire le ménage, etc.				
Toilette habituelle, prendre son bain, etc.				
Laver ses propres vêtements				
Être à la recherche d'un emploi / travailler				
Faire l'épicerie				
Préparer et faire cuire un repas				
Quitter seul la maison				
Prendre l'autobus ou le métro				
Utiliser de l'argent				
Faire un budget				
Choisir et acheter des vêtements pour soi-même				
Prendre soin de son apparence personnelle				

Récréation

SVP cochez à l'endroit approprié afin d'indiquez, à chaque item, dans quelle mesure vous avez fait ces activités au cours des **trois derniers mois**.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
Jouer un instrument de musique				
Coudre, tricoter				
Jardiner				
Lire				
Regarder la télévision				
Écouter de la musique (cd, mp3 ou radio)				
Cuisiner				
Se débrouiller seul dans la maison (ex. poser des tablettes, changer les ampoules)				
Réparer des choses (voiture, vélo, trucs dans la maison, etc.)				
Prendre des marches, faire des randonnées				
Conduire, faire du vélo (comme activité)				
Nager				
Avoir un passe-temps (collectionner des choses)				
Magasiner				
Activités artistiques (peinture, bricolage, etc.)				

Prosocial

SVP cochez à l'endroit approprié afin d'indiquez, à chaque item, dans quelle mesure vous avez fait ces activités au cours des **trois derniers mois**.

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
Aller au cinéma				
Aller au théâtre, à un concert				
Assister à un sport intérieur (ping-pong, squash, etc.)				
Assister à un sport extérieur (football, baseball, etc.)				
Aller au musée, une galerie d'art				
Voir une exposition				
Visiter des endroits touristiques				
Aller à des rencontres, des conférences				
Aller à des cours du soir				
Visiter la famille à leur domicile				
Recevoir la visite de la famille				
Rendre visite à des amis (incluant conjoint(e))				
Fêtes, party				
Occasions formelles / officielles (ex. mariage)				
Aller danser				
Bars, boîtes de nuit				
Jouer à un sport intérieur				
Jouer à un sport extérieur				
Organismes, clubs				
Café, bistro				
Aller manger au restaurant				
Activités à l'église				

Indépendance / Compétence

SVP cochez à l'endroit approprié afin d'indiquez, à chaque item, dans quelle mesure vous êtes capable de faire ou d'utiliser les éléments suivant.

	De manière adéquate	Avec aide	incapable	Ne sais pas
Transports publics				
Utiliser l'argent				
Faire un budget				
Cuisiner				
Faire les achats de chaque semaine				
Rechercher un emploi / travailler				
Laver ses propres vêtements				
Hygiène personnelle				
Nettoyer, ranger				
Faire des achats au magasin				
Quitter seul la maison				
Choisir et acheter des vêtements				
Prendre soin de son apparence personnelle				

Occupation / Emploi

Avez-vous un emploi régulier? (inclure les thérapies industrielles – i.e. liés au travail-, la réhabilitation ou les programme de formation).

Oui	
Non	

1. **Si oui :** Quel type d'emploi : _____

Combien d'heures /semaines _____

Depuis combien de temps _____

2. **Si non :** Quand était votre dernier emploi : _____

De quel type d'emploi s'agissait-il : _____

Combien d'heures/sem. _____

Êtes-vous reconnu comme inapte?

Oui	
Non	

Fréquentez-vous l'hôpital à titre de patient externe?

Oui	
Non	

Si vous n'avez pas d'emploi (ne pas répondre si vous avez un emploi) :

Pensez-vous être capable d'occuper certains types d'emploi?

Oui, définitivement	J'aurais de la difficulté	Non, définitivement

Dans quelle mesure faites-vous des tentatives afin de trouver un emploi? (e.g. aller au centre d'emploi, regarder dans les journaux, etc.).

Presque jamais	Rarement	Parfois	Souvent

Birchwood, Smith, Cochrane, Wetton, & Copestake, 1990

Traduction labo Tania Lecomte, 2007

Client Assessment of Strengths, Interests and Goals (CASIG)

Intervieweur: _____ Date: ___/___/___ Nom ou n° du client _____

BUTS DU CLIENT- LOGEMENT ET CONDITIONS DE VIE

Aimeriez-vous modifier votre lieu de résidence d'ici un an? (oui ou non) _____ Si oui: Où souhaiteriez-vous résider et dans quel environnement aimeriez-vous vivre dans un an? _____

Que possédez-vous actuellement (p. ex., habilités expériences passées ou ressources) pour vous aider à atteindre ce(s) but(s)?

De quel type d'aide (p.ex., soutien ou services) auriez-vous besoin pour atteindre ce(s) but(s)? _____

BUTS DU CLIENT- SITUATION FINANCIÈRE/PROFESSIONELLE (TRAVAIL)

Aimeriez-vous améliorer votre situation financière d'ici un an? (oui ou non) _____ Si oui: Comment pourriez-vous l'améliorer?

Si non mentionné dans la question précédente: Désirez-vous travailler (oui ou non) _____, étudier ou suivre un programme de formation (oui ou non) _____ dans l'année qui vient? _____ Si oui, lequel?

Si oui: Quels sont vos buts professionnels (travail) ou éducationnels?

Que possédez-vous actuellement (p.ex., habiletés, expériences passées ou ressources) pour vous aider à atteindre ce(s) but(s)?

De quel type d'aide (p.ex., soutien ou services) auriez-vous besoin pour atteindre ce(s) but(s)? _____

BUTS DU CLIENT- RELATIONS INTERPERSONNELLES

Aimeriez-vous améliorer vos relations interpersonnelles (en général), avec ses amis, sa famille ou améliorer sa relation de couple au cours de l'année? (oui ou non) _____ Si oui : Comment pourriez-vous améliorer cette (ou ces) relation(s)?

Que possédez-vous actuellement (p.ex., habiletés, expériences passées ou ressources) pour vous aider à atteindre ce(s) but(s)

De quel type d'aide (p.ex., soutien ou service) auriez-vous besoin pour atteindre ce(s) but(s)?

BUTS SPIRITUELS/ RELIGIEUX

Avez-vous, des but(s) en ce qui concerne la spiritualité ou la religion? (oui ou non) _____ Si oui, lesquels?

Que possédez-vous actuellement (p.ex., habiletés, expériences passées ou ressources) pour vous aider à atteindre ce(s) but(s)?

De quel type d'aide (p.ex., soutien ou service) auriez-vous besoin pour atteindre ce(s) but(s)?

BUTS DU CLIENT - SANTÉ

A- Aimeriez-vous améliorer votre santé physique au cours de l'année? (oui ou non) _____ Si oui: Quels sont vos buts concernant votre santé physique (p.ex., chercher à résoudre un problème de santé, cesser de consommer des drogues ou de l'alcool, faire plus d'exercice) pour l'année?

Que possédez-vous actuellement (p.ex., habiletés, expériences passées ou ressources) pour vous aider à atteindre ce(s) but(s)?

De quel type d'aide (p.ex., soutien ou service) auriez-vous besoin pour atteindre ce(s) but(s)? _____

B- Aimerez-vous améliorer votre santé mentale au cours de l'année? (oui ou non) _____

Si oui: Quels sont vos buts concernant votre santé mentale (p.ex., gérer ses symptômes, prendre les médicaments sans aide) pour l'année?

Que possédez-vous actuellement (p.ex., habiletés, expériences passées ou ressources) pour vous aider à atteindre ce(s) but(s)?

De quel type d'aide (p.ex., soutien ou service) auriez-vous besoin pour atteindre ce(s) but(s)?

SOUTIEN POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE

À part le soutien et les services que vous avez mentionnés plus tôt, de quelles autres ressources ou de quels types d'aide auriez-vous besoin pour améliorer votre qualité de vie? _____

Les questions suivantes se rapportent aux tris derniers mois, donc depuis le mois de

GESTION DE L'ARGENT

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous: Oui Non Pas rép.

1. Reçu de l'argent/ chèque (paie, prestation d'aide sociale) directement (sans personne interposée)? _____
2. Payé comptant ou par chèque votre loyer et votre et sa nourriture? _____
3. Gardé son argent dans un endroit sécuritaire? _____
4. Gardé la plus grande partie de votre argent et résisté à l'envie de le donner? _____
5. Fait un budget et évité de faire des dépenses folles afin de ne pas manquer d'argent? _____
6. Conservé une carte d'identité valide vous permettant de changer vos chèques? _____

But: Voulez-vous fixer comme but personnel d'améliorer la gestion de votre argent? (Oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer la gestion de votre argent?

1-----2-----3-----4

Pas du tout un peu assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

GESTION LA SANTÉ

Au cours de 3 derniers mois, avez-vous: Oui Non Pas rép.

1. Pris vous-même vos rendez-vous avec votre médecin, travailleur social, etc.?..... _____
2. Respecté vos rendez-vous sans que quelqu'un vous les rappelle?..... _____
3. Acheté vous-même vos médicaments (pas nécessairement avec votre argent)?... _____
4. Pris vous-même vos médicaments?..... _____
5. Pris soin de vous-même lorsque avez été un peu malade (p.ex., grippe)?..... _____
6. Eu en votre possession votre carte d'assurance maladie?..... _____

But: *Voulez-vous fixer comme but personnel d'améliorer la gestion de votre santé?* (Oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer la gestion de votre santé?

1-----2-----3-----4

Pas du tout un peu assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

NUTRITION

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous : Oui Non Pas rép.

1. Planifié vos repas de façon équilibrée?..... _____
2. Préparé des repas simples comme des sandwiches ou des mets congelés?..... _____
3. Utilisé un micro-ondes pour la préparation des vos repas?..... _____
4. Utilisé une cuisinière pour la préparation de vos repas?..... _____
5. Nettoyé et rangé la vaisselle et ustensiles au moins une fois tous les trois jours..... _____
6. Fait vous-même votre épicerie?..... _____
7. Fait assez de provisions pour ne pas manquer de nourriture?..... _____

But: *Voulez-vous fixer comme but personnel d'améliorer votre nutrition et la préparation de vos repas?* (Oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer votre nutrition et la préparation de vos repas?

1-----2-----3-----4

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

CÔTÉ PROFESSIONNEL (EMPLOI)

Posez les questions dans l'ordre, dès qu'une question est suivie d'un <<oui>>, passez à la question **8a**.

Au cours de 3 derniers mois, avez-vous: Oui Non Pas rép.

1. Eu un emploi rémunéré dans la communauté (temps partiel ou temps plein)?..... _____
2. Eu un emploi payé dans le cadre d'un programme d'intégration à l'emploi?..... _____
3. Participé à une activité ou a un atelier de travail à l'intérieur et/ou à l'extérieur de l'hôpital..... _____
4. Eu recours à un service de réadaptation spécialisé en santé mentale pour trouver un emploi ou pour recevoir une formation?..... _____
5. Suivi ou réussi un programme de formation professionnelle? (p.ex., formation en entretien ménager, cours informatique)?..... _____

Si oui, quel programme? _____

6. Passé une entrevue pour un emploi, une activité reliée à un emploi, un programme de formation ou un programme d'intégration à l'emploi?.....

7. Fait du bénévolat (temps partiel ou temps plein)?.....

8a. Etes-vous à l'aise à l'idée de travailler 4 heures de suite?.....

8b. (Si 8a est « non », posez la question, sinon cochez « oui ») Etes-vous à l'aise à l'idée de travailler 1 heure sans arrêt?.....

9. Avez-vous votre carte d'assurance sociale en votre possession ou en connaissez-vous le numéro?.....

But: Voulez-vous, fixer comme but personnel de trouver ou de conserver un emploi (temps partiel ou plein temps)? (oui ou non)_____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour trouver ou de conserver un emploi?

1-----2-----3-----4

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

TRANSPORT

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous: Oui Non Pas rép.

1. Eu un permis de conduire valide?.....

2. Conduit une voiture (la vôtre ou celle de quelqu'un d'autre)?.....

3. Utilisé le transport en commun sans aide (autobus, train ou métro)?.....

But: Voulez-vous fixer comme but personnel d'améliorer vos habiletés concernant vos déplacements (transport en commun ou par vos propres moyens)? (oui ou non)_____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer vos habiletés concernant vos déplacements (transport en commun ou par vos propres moyens)?

1-----2-----3-----4

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

AMITIÉS

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous : Oui Non Pas rép.

1. Entretenu des amitiés?.....

Si oui, qui et combien?_____

2. Passé du temps à parler avec vos amis?.....

3. Fait des activités avec vos amis?.....

4.a. Eu des contacts quotidiens avec vos amis?.....

4b. (Si 4a est <<non>>, posez la question, sinon cochez <<oui>>) Eu des contacts hebdomadaires avec vos amis?.....

4c. (Si 4b est <<non>>, posez la question, sinon cochez <<oui>>) Eu des contacts mensuels avec vos amis?.....

5. Réussi à vous faire un (ou plus) nouvel(le) ami(e).....

But: Voulez-vous fixer comme but personnel d'améliorer vos relations amicales ou de vous faire de nouveaux amis? (Oui ou non)_____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer vos amitiés ou vous en faire de nouvelles?

1-----2-----3-----4 Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

ACTIVITÉS RÉCRÉATIVES

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous: Oui Non Pas rép.

1. Praticqué un passe-temps..... _____
Si oui, lequel (ou lesquels)? _____
2. Praticqué une activité physique ou sportive?..... _____
3. Joué à un jeu de société, électronique ou autres?..... _____
4. Été au cinéma, au théâtre, au centre commercial ou a t'il assisté à un événement sportif par vous-même?..... _____
Si oui, quoi? _____
5. Été au cinéma, au théâtre, au centre commercial ou a avez-vous assisté à un événement sportif avec des amis?..... _____
Si oui, quoi? _____
6. Lu un livre, une revue ou un journal? _____
7. Envoyé une lettre ou un e-mail à un parent ou ami?..... _____
8. Écouté de la musique, regardé la télévision ou navigué dans Internet? _____
9. Praticqué une activité artistique (écriture, musique, peinture, etc.)?..... _____

But: *Voulez-vous fixer comme but personnel d'améliorer vos activités récréatives?* (Oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer vos activités récréatives?

1-----2-----3-----4

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

HYGIÈNE PERSONNELLE

Sans qu'on vous l'ait rappelé ou sans aide, avez-vous : Oui Non Pas rép.

1. Pris une douche ou bain au moins 3 fois au cours de la dernière semaine?..... _____
2. Brossé ses dents tous les jours au cours de la dernière semaine?..... _____
3. Mis des vêtements propres au moins 3 fois au cours de la dernière semaine?..... _____
4. Pris le temps de vous raser au moins une fois au cours des 2 derniers jours
(cochez « oui » si de sexe féminin ou si le client porte une barbe propre)?..... _____
5. Brossé ou peigné ses cheveux tous les jours au cours de la dernière semaine
(cochez « oui » si chauve)?..... _____
6. Mis du déodorant tous les jours au cours de la dernière semaine?..... _____

But: *Voulez-vous fixer comme but personnel d'améliorer votre hygiène personnelle?* (Oui ou non) _____

Dans quelle mesure voulez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer votre hygiène personnelle?

1-----2-----3-----4

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

EFFETS PERSONNELS

Sans qu'on vous l'ait rappelé ou sans aide, avez-vous : Oui Non Pas rép.

1. Lavé vos vêtements au moins une fois au cours des 2 dernières semaines?.....__ __ __
2. Fait le ménage de votre chambre ou appartement au cours de la dernière semaine?__ __ __
3. Fait son lit au moins une fois au cours des 3 derniers jours?.....__ __ __
4. Rangé vos vêtements au moins une fois au cours des 3 derniers jours?.....__ __ __
5. Jeté les objets inutiles et vidé la poubelle au moins une fois au cours de la dernière semaine?...__ __ __

But: *Voulez-vous fixer comme but personnel d'améliorer la façon dont vous prenez soin de vos effets personnels?* (Oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer la façon dont vous prenez soin de vos effets personnels?

1-----2-----3-----4

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

PRISE DE MÉDICATION

Oui Non Pas rép.

1. Si votre médecin vous prescrit un médicament, le prenez-vous tel qu'on vous l'a indiqué?.....__ __ __
2. Au cours des derniers 3 mois, avez-vous pris vos médicaments tel qu'on vous l'avait indiqué?.....__ __ __
3. Croyez-vous que les médicaments vous aident?.....__ __ __
4. Les médicaments sont-ils une part importante de votre traitement?.....__ __ __
5. Devez-vous continuer à prendre vos médicaments même si vous vous sentez mieux?.....__ __ __
6. Quels médicaments prenez-vous?..... (« oui » si exact).....__ __ __
7. Comment vos médicaments sont-ils supposés vous aider?.....
..... (« oui » si exact).....__ __ __
8. Êtes-vous satisfait des médicaments que vous prenez et de leur dosage?__ __ __

A. But: *Voulez-vous fixer comme but personnel d'améliorer vos connaissances concernant vos médicaments?* (oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer vos connaissances concernant vos médicaments?

1-----2-----3-----4

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

B. But: *Voulez-vous fixer comme but personnel de prendre vous-même vos médicaments?* (oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour prendre vous-même vos médicaments?

1-----2-----3-----4

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

EFFETS SECONDAIRES

Est-ce que vos médicaments vous causent des problèmes tels que:

Effets Oui Non Pas rép. Effets Oui Non Pas rép.

1. Soif? _____ 10. Tremblements? _____
2. Nervosité? _____ 11. Nausée et vomissements? _____
3. Vision brouillée? _____ 12. (**Hommes**) Impotence? _____
4. Constipation? _____ 13. Bouche sèche? _____
5. Bave? _____ 14. Étourdissements? _____
6. Maux de tête? _____ 15. Mouvements de la mâchoire? _____
7. Fatigue? _____ 16. Perte ou gain poids? _____
8. Rigidité des muscles? _____ 17. Coups de soleil? _____
9. Diarrhée? _____ 18. Changement d'appétit? _____

But: Voulez-vous fixer comme but personnel de diminuer les effets secondaires de vos médicaments? (oui ou non) _____

Commentaires ou observations:

DROITS

J'aimerais vérifier ce que vous connaissez par rapport à vos droits.

Avez-vous le droit de: Oui Non Pas rép.

1. Refuser de prendre les médicaments que votre médecin vous a prescrits?..... _____
2. Refuser de participer aux activités faisant partie de votre traitement?..... _____
3. Demander que les informations vous concernant demeurent confidentielles?..... _____
4. Réviser votre plan de traitement et de modifier les services qu vous recevez?..... _____
5. Rencontrer un représentant du comité des bénéficiaires (ou ombudsman) pour vous plaindre d'un mauvais traitement ou service?..... _____
6. Décider des but et objectifs de votre traitement?..... _____

Information d'ordre général :

A. Êtes-vous sous tutelle ou sous curatelle?..... _____

B. Vous êtes-vous déjà plaint auprès du comité des bénéficiaires (ou ombudsman)?..... _____

Si oui, quel fut le résultat?..... _____

B. But: Voulez-vous fixer comme but personnel d'améliorer vos connaissances concernant vos droits? (oui ou non) _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour mieux connaître vos droits?

1-----2-----3-----4

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

DIFFICULTÉS COGNITIVES

Au cours des derniers 3 mois, vous est-il arrivé: Oui Non Pas rép.

1. D'avoir de la difficulté à vous rappeler ce que vous deviez faire?..... _____
2. D'avoir de la difficulté à vous rappeler où vous aviez rangé telle ou telle chose?..... _____
3. D'avoir de la difficulté à vous concentrer sur une tâche plus de quelques minutes? _____
4. D'avoir de la difficulté à reconnaître un problème lorsque vous y étiez confronté..... _____
5. D'avoir de la difficulté à résoudre les problèmes auxquels vous étiez confrontés?..... _____

6. D'avoir de la difficulté à choisir ou à mettre en application la meilleure façon de résoudre un problème?.....__ __ __

But: *Voulez-vous fixer comme but personnel d'améliorer votre mémoire, son attention ou vos capacités de réflexion?* (Oui ou non)_____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer votre mémoire, votre attention ou vos capacités de réflexion?

1-----2-----3-----4

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

QUALITÉ DE VIE

J'aimerais connaître votre opinion sur votre vie et vos conditions de vie. Comment vous sentez-vous en ce concerne : (1)=Insatisfait (2)=Plutôt satisfait (3)=Satisfait (4)=Très satisfait

Commentaires

1. L'argent que vous avez?.....(1) (2) (3) (4) _____

2. Le plaisir que vous avez?.....(1) (2) (3) (4) _____

3. La sécurité quant à vos effets personnels?.....(1) (2) (3) (4) _____

4. Votre sécurité personnelle?.....(1) (2) (3) (4) _____

5. Votre santé.....(1) (2) (3) (4) _____

6. Votre famille?(1) (2) (3) (4) _____

7. Vos amis?(1) (2) (3) (4) _____

8. Vos conditions de logement?.....(1) (2) (3) (4) _____

9. Vos habiletés?.....(1) (2) (3) (4) _____

10. Votre vie en général?.....(1) (2) (3) (4) _____

But: *Si vous pouviez changer quelque chose dans votre vie, ce serait quoi?* _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour atteindre ce but?

1-----2-----3-----4

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

QUALITÉ DU TRAITEMENT

J'aimerais connaître votre opinion sur votre traitement. Comment vous sentez-vous en ce qui concerne: (1)=Insatisfait (2)=Plutôt satisfait (3)=Satisfait (4)=Très satisfait

Commentaires

1. Les habiletés de votre psychiatre.....(1) (2) (3) (4) _____

2. Sa courtoisie?.....(1) (2) (3) (4) _____
3. Sa disponibilité?.....(1) (2) (3) (4) _____
4. Son écoute et son attention par rapport à vos inquiétudes?.....(1) (2) (3) (4) _____
5. Son explication du traitement?.....(1) (2) (3) (4) _____
6. Les habiletés des membres du personnel?(1) (2) (3) (4) _____
7. Leur courtoisie?(1) (2) (3) (4) _____
8. Leur disponibilité?.....(1) (2) (3) (4) _____
9. Leur écoute et leur attention par rapport à vos inquiétudes?.....(1) (2) (3) (4) _____
10. Leur explication du traitement?... (1) (2) (3) (4) _____
11. Votre traitement en général? ?.....(1) (2) (3) (4) _____

But: *Si vous pouviez changer quelque chose par rapport à votre traitement, ce serait quoi?* _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour atteindre ce but?

1-----2-----3-----4

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

SYMPTÔMES

Dés que le client répond <<oui>> à un énoncé, cochez <<oui>> et allez directement à la question But.

Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé: Oui Non Pas rép.

1. De vous sentir très effrayé, inquiet, nerveux ou anxieux? _____
 D'avoir du mal à vous concentrer à certaines tâches parce que vous étiez trop inquiet ou anxieux? _____ Que votre nervosité ou votre anxiété vous empêche de réfléchir ou vous handicape vos activités ordinaires comme travailler, manger et dormir? _____

But: Si oui: *Voulez-vous fixer comme but personnel d'apprendre à gérer ces symptômes? (oui ou non)* _____

Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé: Oui Non Pas rép.

2. De vous sentir très triste, déprimé ou dépressif? _____ Que vos sentiments de tristesse ou de déprime vous empêchent de réfléchir ou vous handicapent dans vos activités ordinaires comme travailler, manger et dormir? _____

But: Si oui: *Voulez-vous fixer comme but personnel d'apprendre à gérer ces symptômes? (oui ou non)* _____

Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé: Oui Non Pas rép.

3. De vous sentir si découragé et au bout du rouleau que vous pesiez à vous blesser? _____ Que les choses aillent si mal que vous pensiez souvent à mettre fin à vos jours? _____

But: Si oui: *Voulez-vous fixer comme but personnel d'apprendre à gérer ces symptômes? (oui ou non)* _____

Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé: Oui Non Pas rép.

4. De vous sentir exceptionnellement bien, au-dessus de tout, ou comme sur un nuage et cela, sans raison particulière? ____ D'avoir l'impression que vos pensées se bousculent dans votre tête? ____ Que vous avez besoin de moins de sommeil ou que vous parliez plus rapidement que d'habitude?..... _____

But: Si oui: *Voulez-vous fixer comme but personnel d'apprendre à gérer ces symptômes? (oui ou non)* _____

Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé: Oui Non Pas rép.

5. D'entendre ou de voir des choses faisant référence à vous à la télévision, à la radio ou dans les journaux? ____ D'avoir l'impression que les événements ou les choses avaient un sens particulier pour vous non reconnu par les autres? ____ Que des gens vous voulaient du mal? ____ Que quelqu'un mettait des pensées dans votre tête? ____ D'avoir des délires ou troubles de la pensée? ____

But: Si oui: *Voulez-vous fixer comme but personnel d'apprendre à gérer ces symptômes? (oui ou non)* _____

Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé: Oui Non Pas rép.

6. De voir, d'entendre ou de sentir des choses que personne d'autre n'avait vues, senties ou entendues? ____ Si oui, quoi? _____ De voir des choses inhabituelles comme in fantôme ou un esprit? ____ D'entendre quelqu'un vous parler alors que cette personne n'était pas présente? ____ Que ces phénomènes se produisent seulement avant que vous vous endormiez? ____ D'avoir des hallucinations?..... _____

But: Si oui: *Voulez-vous fixer comme but personnel d'apprendre à gérer ces symptômes? (oui ou non)* _____

Oui Non Pas rép.

7. Pouvez-vous sentir quand vos problèmes psychologiques sont sur le point de s'aggraver ou de s'intensifier? ____ Y a-t-il des changements dans votre pensée ou des sensations qui vous préviennent que vos symptômes vont s'accroître? ____ Y a-t'il un ou des signes qui vous avertissent que vos symptômes peuvent s'aggraver et rendre vos activités régulières difficiles? ____

Si oui, quels sont ces signes? _____

But: Si oui: *Voulez-vous fixer comme but personnel but de reconnaître et d'utiliser ces signes afin d'éviter que vos symptômes s'aggravent? (oui ou non)* _____

Commentaires ou observations:

COMPORTEMENTS DANS LA COLLECTIVITÉ

Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé: Oui Non Pas rép.

1. De consommer de la drogue?..... _____

But: Si oui: *Voulez-vous fixer comme but de cesser de consommer de la drogue? (Oui ou non)* _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou soutien pour cesser de consommer de la drogue?

1-----2-----3-----4 Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé: Oui Non Pas rép

2. De consommer de l'alcool au point d'être saoul au moins une fois par mois?..... _____

But: Si oui: *Voulez-vous fixer comme but de cesser ou de contrôler votre consommation d'alcool? (Oui ou non)* _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou soutien pour cesser ou contrôler votre consommation d'alcool?

1-----2-----3-----4

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé: Oui Non Pas rép

3. De blesser quelqu'un en le frappant, en l'égratignant, en lui donnant des coups de pied ou en utilisant d'autres formes de violence physique?..... _____

But: Si oui: *Voulez-vous fixer comme but de maîtriser sa colère et vos comportements violents? (Oui ou non)* _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou soutien pour maîtriser votre colère et vos comportements violents?

1-----2-----3-----4

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé: Oui Non Pas rép

4. De crier, menacer, injurier ou utiliser toutes autres formes de violence verbale?..... _____

But: Si oui: *Voulez-vous fixer comme but de maîtriser votre colère et votre violence verbale? (Oui ou non)* _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou soutien pour maîtriser votre colère et votre violence verbale?

1-----2-----3-----4

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé: Oui Non Pas rép

5. De vous blesser intentionnellement ou même d'avoir à votre vie?..... _____

But: Si oui: *Voulez-vous fixer comme but de cesser de vouloir vous blesser? (Oui ou non)* _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou soutien pour cesser de vouloir vous blesser?

1-----2-----3-----4

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé: Oui Non Pas rép

6. De participer à des actes sexuels illégaux qui brimaient les droits d'autrui?..... _____

But: Si oui: *Voulez-vous fixer comme but de cesser ces actes? (Oui ou non)* _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou soutien pour cesser ces actes?

1-----2-----3-----4

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé: Oui Non Pas rép

7. De fumer (cigarette, cigare, ou pipe) de manière irresponsable (p.ex., au lit)?..... _____

But: Si oui: *Voulez-vous fixer comme but de fumer de manière responsable? (Oui ou non)* _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou soutien pour fumer de manière responsable?

1-----2-----3-----4 Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé: Oui Non Pas rép
8. De voler des objets, vêtements, cigarettes ou argent?..... _____

But: Si oui: *Voulez-vous fixer comme but de cesser de voler? (Oui ou non)* _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou soutien pour cesser de voler?

1-----2-----3-----4

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé: Oui Non Pas rép
9. De détruire ou d'endommager la propriété d'autrui?..... _____

But: Si oui: *Voulez-vous fixer comme but de cesser ces comportements? (Oui ou non)* _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou soutien pour cesser ces comportements?

1-----2-----3-----4

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé: Oui Non Pas rép
10. De faire une fugue de son lieu de résidence ou de traitement?..... _____

But: Si oui: *Voulez-vous fixer comme but de cesser de fuguer? (Oui ou non)* _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou soutien pour cesser de fuguer?

1-----2-----3-----4

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations:

Traduction française de la version client du *Client Assessment of Strengths, Interests and Goals* (version canadienne); Lecomte, Wallace, Caron, Perreault, & Lecomte, 2004

Brief Psychiatric Rating Scale Expanded (BPRS-E)

INSTRUCTIONS

Cotez les item 1 à 12 sur la base de ce que rapporte le patient.

1. PREOCCUPATION SOMATIQUE : intensité des préoccupations au sujet de l'état de santé physique actuel. Évaluez à quel degré la santé physique est perçue comme problématique par le patient, quel que soit le bien-fondé des plaintes. Les délires somatiques doivent être évalués comme sévère que ce soit avec ou sans préoccupation somatique.

Avez-vous été soucieux de votre santé physique?

Avez-vous eu une maladie physique ou vu un médecin?

2-3 Léger

Plainte occasionnelle ou expression d'inquiétude.

4-5 Modéré

Fréquentes expressions d'inquiétude ou exagérations des maux existants. L'esprit est occupé une partie du temps par l'inquiétude. Pas délirant.

6-7 Sévère

Préoccupations et plaintes concernant la santé physique OU délires somatiques.

2. ANXIÉTÉ : Appréhension, tension, peur, panique ou souci. N'évaluez que ce que le patient rapporte de ses expériences subjectives. L'anxiété que vous pouvez observer au travers du comportement du patient est estimée sous la rubrique TENSION.

Vous êtes-vous senti soucieux ou anxieux?

Des pensées déplaisantes tournent-elles constamment dans votre esprit?

Votre cœur battait-il vite ? (ou présence de sueur, tremblements, suffocation?)

Cela a-t-il interféré avec votre capacité d'accomplir vos activités/votre travail?

2 Très léger

Rapporte un certain inconfort dû au souci OU s'est senti plus soucieux que d'habitude.

3 Léger

Fréquemment soucieux mais peut porter son attention sur autre chose.

4 Modéré

La plupart du temps soucieux et ne peut pas porter son attention sur autre chose aisément, mais pas d'altération du fonctionnement OU épisodes occasionnels

d'anxiété accompagnés de troubles neurovégétatifs mais sans altération du fonctionnement.

5 Modérément sévère

Périodes fréquentes d'anxiété avec troubles neurovégétatifs OU quelques domaines de fonctionnement sont perturbés par l'anxiété ou une inquiétude permanente.

6 Sévère

Anxiété avec troubles neurovégétatifs la plupart du temps OU beaucoup de domaines de fonctionnement sont perturbés par l'anxiété ou une inquiétude permanente.

7 Extrêmement sévère

Constamment anxieux avec des troubles neurovégétatifs OU la plupart des domaines de fonctionnement sont perturbés par l'anxiété ou une inquiétude permanente.

3. DEPRESSION : Humeurs incluses : tristesse, malheur, anhédonie, et préoccupations par des sujets déprimants (ne peut regarder la TV ou prendre part à une conversation), désespoir, perte d'auto-estime (insatisfait ou dégoûté par soi-même). N'inclut pas les symptômes végétatifs, ex. ralentissement moteur, réveil précoce.

Vous êtes-vous senti malheureux (triste, déprimé)?

Quelle partie du temps?

Etes-vous capable de porter votre attention sur des sujets plus plaisants lorsque vous le voulez?

Vos intérêts dans le travail, un passe-temps, des activités sociales ou récréatives ont-ils changé?

Cela a-t-il interféré avec votre capacité d'accomplir vos activités/travail habituels?

2 Très léger

Signale s'être senti triste, malheureux ou déprimé.

3 Léger

Comme en 2, mais ne peut en sortir facilement.

4 Modéré

Périodes fréquentes de sentiments de tristesse, de malheur, dépression modérée, mais capable d'agir au prix d'un effort supplémentaire.

5 Modérément sévère

Périodes fréquentes de dépression profonde OU quelques domaines de fonctionnement sont perturbés par la dépression.

6 Sévère

Profondément déprimé la plupart du temps OU plusieurs domaines de fonctionnement sont perturbés par la dépression.

7 Extrêmement sévère

Profondément déprimé de façon constante OU la plupart des domaines de fonctionnement sont perturbés par la dépression.

4. TENDANCES SUICIDAIRES : Désir, intention ou action exprimés de se blesser ou mettre fin à ses jours.

Vous est-il arrivé de sentir que la vie ne valait pas la peine d'être vécue?

Avez-vous déjà pensé à vous blesser ou à vous suicider?

Avez-vous élaboré un plan?

2 Très léger

Sentiments occasionnels d'être fatigué de la vie. Pas de pensées suicidaires déclarées.

3 Léger

Pensées suicidaires occasionnelles sans intention ou plan spécifique, OU pense qu'il vaudrait mieux être mort.

4 Modéré

Pensées suicidaires fréquentes sans intention ou plan spécifique.

5 Modérément sévère

Plusieurs fantasmes de suicide par des méthodes différentes. Peut considérer sérieusement une tentative de suicide avec un plan et un horaire spécifiques, OU tentative de suicide impulsive en utilisant une méthode non-létale ou sous les yeux d'un sauveteur potentiel.

6 Sévère

Veut clairement se suicider. Recherche des moments et moyens appropriés, OU tentative de suicide potentiellement sérieuse, en sachant qu'un sauvetage est possible.

7 Extrêmement sévère

Plan et intentions suicidaires spécifiques (par ex. "Dès que ... je le ferai par ... moyen"), OU tentative de suicide caractérisée par un plan que le patient croyait létal ou tentative de suicide dans un endroit retiré.

5. SENTIMENT DE CULPABILITE : Soucis exagérés ou remords à propos d'une conduite passée. Faire l'estimation d'après les expériences subjectives de culpabilité. Ne pas déduire les sentiments de culpabilité d'une symptomatologie dépressive, anxieuse ou des défenses névrotiques.

Est-ce que vous pensez à des problèmes passés?

Avez-vous tendance à vous blâmer pour des événements passés?

Avez-vous fait quelque chose dont vous vous sentez encore honteux?

2-3 Léger

Se reproche d'avoir négligé quelque chose ou quelqu'un. Désirs d'avoir fait les choses différemment.

4-5 Modéré

Préoccupations d'avoir fait quelque chose de faux ou d'avoir blessé quelqu'un en faisant ou en omettant d'avoir fait quelque chose.

6-7 Sévère

Culpabilité délirante OU reproches visiblement déraisonnables.

6. HOSTILITE : Animosité, mépris, belligérance, menaces, controverses, crises de rage, destruction de la propriété, bagarres et autres expressions d'attitudes ou d'actions hostiles. N'inférez pas l'hostilité des défenses névrotiques, anxiété ou plaintes d'origine somatique. N'inclut pas les incidents évidents de légitime défense.

Comment vous êtes-vous entendu avec les gens (famille, autres résidents du foyer, collègues de travail)?

Avez-vous été irritable ou hargneux dernièrement?

Avez-vous été impliqué dans des bagarres ou disputes?

2 Très léger

Irritable, hargneux

3 Léger

Prêt à la dispute, sarcastique

4 Modéré

Ouvertement en colère à plusieurs reprises OU s'est fâché contre des gens

5 Modérément sévère

A menacé, claqué les portes ou lancé des objets

6 Sévère

A attaqué quelqu'un sans lui faire de mal, p.ex. l'a poussé ou giflé, OU a détruit la propriété, par ex. s'est attaqué au matériel, a cassé des fenêtres.

7 Extrêmement sévère

A attaqué d'autres personnes avec occasion de blessures ou blessure réelle, par ex. attaque avec un marteau ou une arme.

7. HUMEUR ELEVEE : Sentiment envahissant, continu et exagéré de bien-être, d'entrain, d'euphorie (impliquant une humeur pathologique), optimisme sans lien avec les circonstances. N'inférez pas l'exultation seulement à partir d'une augmentation d'activité ou suite à des propos grandioses.

Vous êtes-vous senti joyeux ou avez-vous éprouvé le sentiment d'"être aux anges" sans raison? Combien de temps cela a-t-il duré?

Vous êtes-vous senti si bien/haut que d'autres personnes vous ont fait des commentaires à ce propos?

2 Très léger

Semble être heureux, joyeux sans raison

3 Léger

Quelques sentiments inexplicables de bien-être

4 Modéré

Rapporte quelques épisodes de sentiments excessifs ou irréalistes de bien-être, joie, confiance ou optimisme sans lien avec les circonstances. Peut fréquemment plaisanter, sourire, manquer de sérieux ou être trop enthousiaste OU quelques occasions d'une humeur élevée marquée, accompagnée d'euphorie.

5 Modérément sévère

Dit qu'il éprouve la plus part du temps des sentiments excessifs ou irréalistes de bien-être, confiance ou optimisme sans lien avec les circonstances. Peut décrire des

sentiments "d'être aux anges", "comme si tout était pour le mieux" ou "mieux que jamais", OU plusieurs occasions d'une humeur élevée marquée, accompagnée d'euphorie.

6 Sévère

Humeur nettement élevée de manière quasiment constante pendant l'interview et inappropriée au contenu, OU plusieurs occasions d'humeur élevée marquée accompagnée d'euphorie.

7 Extrêmement sévère

Semble presque intoxiqué, rit, plaisante, pouffe de rire, euphorie constante et sentiment d'invulnérabilité, sans aucun lien avec les circonstances immédiates.

8. MEGALOMANIE : Surestimation de soi-même, conviction d'avoir des capacités ou pouvoirs spéciaux ou identification à quelqu'un de riche ou de célèbre. N'évaluer que les dires du patient le concernant, pas son comportement.

Avez-vous un but ou une mission dans votre vie?

Avez-vous des pouvoirs ou capacités spéciales?

Avez-vous pensé que vous pourriez être quelqu'un de riche ou de célèbre?

2 Très léger

Se sent très bien et nie tout problème évident.

3 Léger

Opinion de soi-même exagérée, au-delà des capacités et de la formation.

4 Modéré

Vantardise inappropriée, se déclare "brillant", comprend tout.

5 Modérément sévère

Se dit un grand musicien qui va bientôt enregistrer ou qui va déposer une invention sous brevet - mais pas délirante.

6 Sévère

Délirante - Dit avoir des pouvoirs spéciaux comme des perceptions extra-sensorielles, avoir des millions de francs, tourné des films, inventé de nouvelles machines, travaillé à un poste alors qu'on sait qu'il n'a jamais été employé à ce titre.

7 Extrêmement sévère

Délirante - Dit avoir été élu par Dieu pour gouverner le monde, contrôler le futur, être Jésus-Christ ou le Président d'un pays.

9. SUSPICION : Méfiance exprimée ou apparente qu'autrui agi malicieusement ou avec une intention discriminatoire. Inclut la persécution par une force surnaturelle ou autre force non-humaine (par. ex. le diable).

Vous sentez-vous parfois mal à l'aise en public? Comme si les gens vous regardaient?

Quelqu'un essaie-t-il de vous faire du mal ou de vous bloquer d'une certaine façon?

Vous souciez-vous des intentions de quelqu'un envers vous?

Avez-vous ressenti que quelqu'un est là pour vous nuire?

2-3 Léger

Semble sur ses gardes. Ne répond pas aux questions personnelles. Décrit des incidents qui semblent plausibles ou d'autres personnes l'ont blessé ou ont voulu le faire. Le patient a le sentiment que les autres se moquent de lui ou le critique en public.

4-5 Modéré

Dit que d'autres personnes parlent de lui malicieusement OU que des gens essaient de lui faire du mal. Au delà de la vraisemblance, mais pas délirant.

6-7 Sévère

Délirant. Parle de complots de la mafia ou des services secrets, ou prétend qu'on empoisonne sa nourriture.

10. HALLUCINATIONS : Perception sans objet. Pour la cotation du degré auquel le fonctionnement est perturbé par les hallucinations, ne pas tenir compte des préoccupations concernant le contenu des hallucinations. Considérer seulement les perturbations provoquées par l'expérience hallucinatoire. Inclure dans ces symptômes l'émission de la pensée "gedankenlautwerden".

Avez-vous entendu des sons, des gens qui vous parlent ou parlent de vous quand il n'y a personne alentour?

Avez-vous eu des visions ou senti des odeurs que d'autres n'ont pas paru voir ou sentir?

Ces expériences ont-elles interféré avec votre capacité d'accomplir vos activités/travail habituels?

2 Très léger

Pendant le repos ou l'endormissement, a des visions, entend des voix, des sons ou des chuchotements en l'absence de stimuli externes, mais pas d'altération du fonctionnement.

3 Léger

Dans un état d'éveil complet, entend des hallucinations auditives non-verbales (par ex. bruits ou chuchotements) ou visuelles (par ex. voit des visages dans l'ombre), à deux occasions au maximum et sans altération du fonctionnement.

4 Modéré

Hallucinations verbales, visuelles, olfactives, tactiles ou gustatives occasionnelles (1 à 3 fois) sans altération du fonctionnement OU hallucinations auditives non-verbales ou illusions visuelles de n'importe quelle fréquence ou degrés d'altération.

5 Modérément sévère

Surviennent quotidiennement OU quelques domaines de fonctionnement sont perturbés par les hallucinations.

6 Sévère

Plusieurs fois par jour OU beaucoup de domaines de fonctionnement sont perturbés par les hallucinations.

7 Extrêmement sévère

Persistent pendant toute la journée OU la plupart des domaines de fonctionnement sont perturbés par les hallucinations.

11. PENSEES INHABITUELLES : Idées insolites, singulières, étranges ou bizarres. Evaluer le degré d'étrangeté, pas le degré de désorganisation du langage. Les idées délirantes illogiques ou des idées manifestement absurdes ou impossibles sont clairement exprimées. Inclut les pensées imposées, le vol de la pensée et l'émission de la pensée. Inclut les idées délirantes de grandeur, somatiques et de persécution même si elles ont été cotées sous d'autres rubriques.

Est-ce que les choses ou les événements ont une signification particulière pour vous?

Avez-vous vu des références à vous-même à la TV ou dans les journaux?

Avez-vous une relation particulière avec Dieu?

Sentez-vous que quelqu'un insère des pensées qui ne sont pas les vôtres dans votre tête?

Comment expliquez-vous les choses qui se sont produites (spécifier)?

Avez-vous eu l'impression d'être sous le contrôle d'une force ou d'une personne?

2 Très léger

Idées de référence (des gens l'observent ou rient de lui). Idées de persécution (des gens le maltraitent). Croyances inhabituelles a propos des pouvoirs psychiques, des esprits, d'OVNI; La conviction n'est pas ferme, il subsiste des doutes.

3 Léger

Comme en 2, mais avec conviction ferme -mais pas délirante.

4 Modéré

Idées délirantes présentent mais avec conviction faible, fonctionnement pas perturbé OU idées délirantes encapsulées avec conviction ferme, fonctionnement non perturbé.

5 Modérément sévère

Présence d'idées délirantes avec quelques préoccupations OU quelques domaines de fonctionnement perturbés par les pensées délirantes.

6 Sévère

Présence d'idées délirantes avec beaucoup de préoccupations OU plusieurs domaines de fonctionnement perturbés par les pensées délirantes.

7 Extrêmement sévère

Présence d'idées délirantes constituant l'essentiel des préoccupations OU la plupart des domaines de fonctionnement sont perturbés par les pensées délirantes.

12. COMPORTEMENT BIZARRE : Rapporte des comportements singuliers, inusuels, ou des délits bizarres. Pas limité à la période d'interview. Inclut les affects inappropriés. Exclut les maniérismes et postures, les verbalisations bizarres.

Avez-vous fait quoique ce soit qui a attiré l'attention des autres?

Avez-vous fait quoique ce soit qui aurait pu vous causer des ennuis avec la police?

Avez-vous fait quoique ce soit qui a semblé inhabituel ou dérangement pour les autres?

2 Très léger

Comportement légèrement singulier, par ex. accumulation de nourriture en privé, porte des gants à la maison.

3 Léger

Comportement particulier, par ex. parler fort en public, ne regarde pas dans les yeux lorsqu'il parle à quelqu'un

4 Modéré

Modérément inhabituel, par ex. habillement bizarre ou maquillage "aguichant" pour les inconnus, regard fixe, dans le vague, quand il est en société, fait la collection d'ordures.

5 Modérément sévère

Très inhabituel, par ex. marche sans but précis dans la rue, mange des choses non-comestibles, regarde fixement d'une manière déroutante en société.

6 Sévère

Petits délits inhabituels, par ex règle le trafic, se montre nu en public, contacte les autorités pour des crimes imaginaires.

7 Extrêmement sévère

Délits sérieux inusuels, par ex. bouter le feu, vol "asocial", séquestration commise d'une façon bizarre ou pour des raisons bizarres.

13. NEGLIGENCE PERSONNELLE : Hygiène, apparence, ou comportement nutritif en-dessous des attentes sociales, en-dessous des standards acceptables par la société, ou menaçant sa propre existence.

A quelle fréquence prenez-vous des douches? Changez-vous d'habits?

Quelqu'un s'est-il plaint de votre hygiène ou de votre habillement (patients / équipe)?

Prenez-vous des repas réguliers?

2 Très léger

Hygiène / apparence quelque peu sous les standards usuels, par ex. chemise en-dehors du pantalon, les boutons déboutonnés

3 Léger

Hygiène / apparence très en-dessous des standards usuels, par ex. habits débraillés et tachés, cheveux ébouriffés.

4 Modéré

Hygiène / apparence en-dessous des standards acceptables socialement, par ex. trous dans les habits, mauvaise haleine, cheveux ébouriffés, grassex, nourriture malsaine et irrégulière.

5 Modérément sévère

Hygiène nettement irrégulière et insuffisante, par ex. forte odeur corporelle. Nourriture très irrégulière et malsaine, par ex. ne manger que des chips.

6 Sévère

Hygiène et nourriture menacent potentiellement la santé, par ex. mange et se lave que lorsqu'on l'y incite.

7 Extrêmement sévère

Hygiène et nourriture menacent la santé, par ex. ne mange pas ou ne se lave pas.

14. DESORIENTATION : Ne comprend pas de situations ou de communications. Confusion par rapport aux personnes, lieux ou temps.

Puis-je vous poser quelques questions standard que nous demandons à tout le monde ?

Quel âge avez-vous?

Quel jour sommes-nous?

Comment s'appelle cet endroit?

En quelle année êtes-vous né?

2-3 Léger

Semble occasionnellement perplexe, ennuyé ou légèrement confus.

4-5 Modéré

Semble confus au sujet de personnes, endroits, temps. A de la difficulté à se souvenir de faits, par ex. où il est né ou reconnaître des gens.

6-7 Sévère

Extrêmement désorienté quant aux personnes, endroits, ou temps.

POINTS D'EVALUATION 15-24 SUR LA BASE DU COMPORTEMENT ET DU LANGAGE OBSERVES

15. DESORGANISATION CONCEPTUELLE : Degré auquel le langage est confus, déconnecté, vague ou désorganisé. Evaluer la tangentialité, la circonstancialité, les coq-à-l'âne, l'incohérence, les barrages, les déraillements, les néologismes et autres troubles du langage. Ne pas évaluer le contenu du discours.

2 Très léger

Usage de mots particuliers, langage décousu mais compréhensible.

3 Léger

Discours un peu difficile à comprendre, donner un sens à cause de la tangentialité, la circonstancialité et les coq-à-l'âne.

4 Modéré

Discours difficile à comprendre à cause la tangentialité, la circonstancialité et les coq-à-l'âne survenant à plusieurs reprises OU 1-2 occasions de perturbation importante, par ex. incohérence, déraillement, néologismes, blocage.

5 Modérément sévère

Discours difficile à comprendre à cause la tangentialité, la circonstancialité et les coq-à-l'âne la plupart du temps OU 3-5 occasions de perturbations importantes.

6 Sévère

Discours incompréhensible la plupart du temps en raison de perturbations importantes.

7 Extrêmement sévère

Discours incompréhensible tout au long de l'entretien.

16. AFFECT EMOUSSE : Eventail limité de l'expression émotionnelle du visage, de la voix et des gestes. Indifférence marquée ou monotonie même lors de discussions sur des sujets pénibles. Dans le cas de patients euphoriques ou dysphoriques, évaluer l'émoussement de l'affect si la monotonie est également clairement présente.

2-3 Léger

Perte des réponses émotionnelles normales

4 Modéré

Expression des émotions très diminuée, par ex. ne rit pas, sourit ou réagit avec émotion à des sujets pénibles, excepté à 2 ou 3 occasions pendant l'interview.

5 Modérément sévère

Expression émotionnelle extrêmement diminuée par ex., ne rit pas, sourit ou réagit avec émotion à des sujets pénibles excepté un maximum de une fois pendant l'interview.

6 Sévère

Langage, gestes et expression mécaniques.

7 Extrêmement sévère

Expression glacée et langage monocorde. Ne montre aucune émotion.

17. RETRAIT EMOTIONNEL : Manque de contact avec l'interlocuteur durant l'entretien. Utiliser vos propres sentiments quant à la présence d'une "barrière invisible" entre le patient et l'enquêteur. Inclut le retrait apparent dû aux processus psychotiques.

2-3 Léger

Tend à ne pas montrer une implication émotionnelle avec l'enquêteur, mais réagit lorsqu'on l'approche.

4-5 Modéré

Contact émotionnel absent pendant la plupart du temps que dure l'interview. Réagit avec un affect minimum seulement.

6-7 Sévère

Evite une participation émotionnelle activement. Ne répond pas aux questions ou seulement par OUI ou NON. Peut partir lorsqu'on lui parle ou ne pas répondre du tout.

18. RALENTISSEMENT MOTEUR : Réduction du niveau d'énergie prouvé par des mouvements et un langage ralenti, tension corporelle réduite, nombre de mouvements spontanés du corps diminués. Cotez seulement sur la base du comportement du patient observé. Ne pas évaluer sur la base des impressions subjectives du patient sur son propre niveau d'énergie. Evaluer sans tenir compte des effets médicamenteux.

2-3 Léger

Mouvements ou langage notablement ralenti ou réduits, comparé à la plupart des gens.

4 Modéré

Importante lenteur ou réduction dans les mouvements ou le langage.

5 Modérément sévère

Bouge ou parle spontanément rarement OU mouvements raides très mécaniques.

6 Sévère

Ne bouge ou ne parle que si on l'y exhorte.

7 Extrêmement sévère

Gelé, catatonique.

19. TENSION : Manifestations de tension physique et motrice observables, nervosité et agitation. Les expériences de tension rapportées par le patient doivent être évaluées sous l'article concernant l'anxiété.

2-3 Léger

Semble tendu. Posture tendue, parfois tics nerveux.

4-5 Modéré

Semble anxieux. Expression craintive, tremblements, agitation.

6-7 Sévère

Continuellement agité, ne peut rester sur place, se tord les mains.

20. ABSENCE DE COOPERATION : Résistance, froideur, ressentiment ou manque de volonté à coopérer durant l'entretien. N'évaluer que le comportement non-coopératif observé pendant l'interview, pas l'absence de coopération avec les proches.

2-3 Léger

Rouspète ou essaie d'éviter de se plier à l'entretien mais s'engage sans objecter.

4-5 Modéré

Résiste verbalement, ou négatif, mais se plie néanmoins. Omet quelques informations.

6-7 Sévère

Refuse de coopérer. Résiste physiquement.

21. EXCITATION : Elévation du tonus émotionnel, réactivité augmentée, impulsivité.

2-3 Léger

Emotivité augmentée. Semble surexcité, en état d'alerte.

4-5 Modéré

Réagit à la plupart des stimuli pertinents ou pas d'une intensité considérable. Temps d'attention court. Langage sous pression.

6-7 Sévère

Réaction exagérée marquée à tous stimuli d'intensité inappropriée, excitation, impulsivité. Ne peut se fixer ou s'atteler à une tâche.

22. DISTRACTIBILITE : Degré auquel les séquences de langage et d'action observées sont interrompues par des stimuli externes minimum. Inclut la distractibilité due aux intrusions d'hallucinations visuelles ou auditives. L'attention de la personne interviewée peut être attirée par du bruit dans la pièce voisine, des livres sur l'étagère, les habits de l'interviewer, etc. N'inclut pas la préoccupation subséquente à des délires ou autres pensées.

2 Très léger

Peut se concentrer sur les questions en général, juste 1 distraction ou un glissement d'attention inapproprié et de brève durée, dû à un stimuli minimum externe.

3 Léger

Même chose qu'en 2 mais survient à 2 reprises.

4 Modéré

Répond à des stimuli hors de propos dans la pièce ou l'environnement la plupart du temps.

5 Modérément sévère

Même chose qu'en 4, mais interfère maintenant avec la compréhension du langage.

6 Sévère

Extrêmement difficile de conduire l'interview ou de rester sur un sujet pour cause de rupture de l'attention due à des stimuli peu importants et hors de propos, ou langage presque totalement incompréhensible parce que l'attention se détourne rapidement entre les questions posées et des stimuli non pertinents externes variés.

7 Extrêmement sévère

Impossible de conduire l'interview car les stimuli externes, hors de propos et peu importants, préoccupent la personne prioritairement.

23. HYPERACTIVITE MOTRICE : Augmentation du niveau d'énergie, observable par des mouvements plus fréquents et/ou un langage plus rapide.

2 Très léger

Présente de l'impatience, de la difficulté à rester assis tranquillement, expressions faciales animées, ou quelque peu volubile.

3 Léger

Occasionnellement très impatient, augmentation de l'activité motrice évidente, gestes animés, 1-3 brèves occasions de logorrhée.

4 Modéré

Très impatient, remuant, expressions faciales excessives ou mouvements moteurs répétitifs et non-productifs. Logorrhéique jusqu'à 1/3 de l'interview.

5 Modérément sévère

Fréquemment impatient, agité, remuant. Plusieurs occasions de mouvements moteurs répétitifs et non-productifs. Bouge presque tout le temps. Fréquemment logorrhéique, difficile à interrompre. Se lève pour faire quelques pas à 1-2 occasions.

6 Sévère

Activité motrice excessive, agitation, remuant, tapotements bruyants, etc. pendant presque tout l'interview. Le langage n'est interrompu qu'au prix d'un grand effort. Se lève pour faire quelques pas à 3-4 occasions.

7 Extrêmement sévère

Activité motrice excessive constante pendant tout l'interview, par ex. se lève constamment, constamment logorrhéique sans pauses, l'interview ne peut être interrompu que brièvement et seuls des petits bouts d'information peuvent être obtenus.

24. MANIERISMES ET ATTITUDES : Comportement moteur inhabituel et bizarre, mouvements ou actions stylisés, ou n'importe quelle posture adoptée qui soit clairement inconfortable ou inappropriée. Exclut les manifestations évidentes des effets secondaires dus à la médication.

2-3 Léger

Manières ou activité excentriques ou singulières, que les personnes ordinaires auraient de la difficulté à expliquer, par ex. faire des grimaces, etc...

4-5 Modéré

Manières ou attitudes maintenues pendant 5 secondes ou plus, qui feraient considérer ce patient dans une foule, comme bizarre ou fou.

6-7 Sévère

Poser, se barbouiller, balancements intenses, positionnement foetal, rituels étranges qui dominent l'attention et le comportement du patient.

Ventura, Lukoff, Nuechterlein, Liberman, Green, & Shaner, 1993

Adaptation française : Hardrick & Favrod

Beck Depression Inventory (BDI)

Ce questionnaire comprend 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun des groupes puis, dans chaque groupe, choisissez **l'énoncé** qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) **au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui**. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire exactement ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez-le.

- 1** 0- Je ne me sens pas triste.
 1- Je me sens triste.
 2- Je me sens perpétuellement triste et je n'arrive pas à m'en sortir.
 3- Je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est pas supportable.

- 2** 0- Je ne me suis pas découragé(e) en pensant à l'avenir.
 1- Je me sens plus découragé(e) qu'avant en pensant à l'avenir.
 2- Je ne m'attends pas à ce que les choses changent pour moi.
 3- J'ai le sentiment que l'avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

- 3** 0- Je n'ai pas l'impression d'avoir échoué dans la vie ou d'être une(e) raté(e).
 1- Je crois avoir connu plus d'échecs que le reste des gens.
 2- Lorsque je pense à ma vie passée, je ne vois que des échecs.
 3- Je suis un(e) raté(e).

- 4** 0- Je tire autant de satisfaction de ma vie qu'autrefois.
 1- Je ne jouis pas de la vie comme autrefois.
 2- Je ne tire plus vraiment de satisfaction de la vie.
 3- Tout m'ennuie, rien ne me satisfait.

- 5** 0- Je ne me sens pas particulièrement coupable.
 1- Je me sens coupable une grande partie du temps.
 2- Je me sens vraiment coupable la plupart du temps.
 3- Je me sens constamment coupable.

- 6** 0- Je n'ai pas l'impression d'être puni(e).
 1- J'ai l'impression d'être parfois puni(e).
 2- Je m'attends à être puni(e).
 3- Je sens parfaitement que je suis puni(e).

- 7** 0- Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même.
1- Je suis déçu(e) de moi-même.
2- Je suis dégoûté(e) de moi-même.
3- Je me hais.
- 8** 0- Je ne crois pas être pire que les autres.
1- Je critique mes propres faiblesses et défauts.
2- Je me blâme constamment de mes défauts.
3- Je suis à blâmer pour tout ce qui arrive de déplaisant.
- 9** 0- Je ne pense jamais à me tuer.
1- Je pense parfois à me tuer mais je ne le ferai probablement jamais.
2- J'aimerais me tuer.
3- Je me tuerais si j'en avais la possibilité.
- 10** 0- Je ne pleure pas plus que d'habitude.
1- Je pleure plus qu'autrefois.
2- Je pleure constamment.
3- Autrefois, je pouvais pleurer, mais je n'en suis même plus capable aujourd'hui.
- 11** 0- Je ne suis pas plus irritable qu'autrefois.
1- Je suis légèrement plus irritable que d'habitude.
2- Je me sens agacé(e) et irrité(e) une bonne partie du temps.
3- Je suis constamment irrité(e) ces temps-ci.
- 12** 0- Je n'ai pas perdu mon intérêt pour les autres.
1- Je m'intéresse moins aux gens qu'autrefois.
2- J'ai perdu la plus grande partie de mon intérêt pour les autres.
3- Les gens ne m'intéressent plus du tout.
- 13** 0- Je prends mes décisions exactement comme autrefois.
1- Je remets les décisions au lendemain beaucoup plus fréquemment qu'autrefois.
2- J'éprouve de grandes difficultés à prendre des décisions de nos jours.
3- Je suis incapable de prendre des décisions.
- 14** 0- Je ne crois pas que mon apparence a empiré.
1- Je crains d'avoir l'air plus âgé(e) ou moins attrayant(e).
2- Je crois que mon apparence a subi des changements irréversibles qui me rendent peu attrayant(e).
3- Je crois que je suis laid(e).

- 15** 0- Je travaille aussi bien qu'autrefois.
1- J'ai besoin de fournir un effort supplémentaire pour commencer un travail.
2- Je dois me forcer vraiment très énergiquement pour faire quoi que ce soit.
3- Je suis absolument incapable de travailler.
- 16** 0- Je dors aussi bien que d'habitude.
1- Je ne dors pas aussi bien que d'habitude.
2- Je me réveille une à deux heures plus tôt que d'habitude et j'ai du mal à me rendormir.
3- Je me réveille plusieurs heures plus tôt que d'habitude et ne parviens pas à me rendormir.
- 17** 0- Je ne me sens pas plus fatigué(e) que d'habitude.
1- Je me fatigue plus vite qu'autrefois.
2- Un rien me fatigue.
3- Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit.
- 18** 0- Mon appétit n'a pas changé.
1- Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.
2- Mon appétit a beaucoup diminué.
3- Je n'ai plus d'appétit du tout.
- 19** 0- Je ne crois pas avoir maigri ces derniers temps.
1- J'ai maigri de plus de cinq livres (2.2 kg).
2- J'ai maigri de plus de dix livres (4.5 kg).
3- J'ai maigri de plus de quinze livres (6.8 kg).
- 20** 0- Ma santé ne m'inquiète pas plus que d'habitude.
1- Certains problèmes physiques me tracassent comme des douleurs, des maux d'estomac ou de la constipation.
2- Je suis très inquiet(e) à propos de problèmes physiques et il m'est difficile de penser à autre chose.
3- Mes problèmes physiques me tracassent tant que je n'arrive pas à penser à rien d'autre.
- 21** 0- Je n'ai pas remarqué de changements à propos de ma libido.
1- Je m'intéresse moins aux rapports sexuels qu'autrefois.
2- Je m'intéresse beaucoup moins aux rapports sexuels.
3- J'ai perdu tout intérêt pour les rapports sexuels.

Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961

California Verbal Learning Test – Version française (CVLT-F)

Instructions pour le California Verbal Learning Test

ÉTAPE 1

Présenter le test au participant :

« Nous allons maintenant faire une activité qui demande de travailler votre mémoire. Il n'y a pas de critère de temps dans ce test. »

Rappel libre immédiat, LISTE A (lundi)

Essai 1 : Débuter en disant:

« Supposons que vous devez magasiner lundi. Je vais vous lire une liste de choses à acheter. Écoutez attentivement et lorsque j'aurai terminé j'aimerais que vous me redissiez le plus d'items que vous pourrez. L'ordre dans lequel vous me les rapporterez n'est pas important. Dites-moi seulement le plus d'items que vous pourrez.

Êtes-vous prêt? »

Avant de commencer, assurez-vous que le sujet comprend la tâche. Puis lisez à haute voix les mots stimuli de la liste A (lundi) approximativement à raison d'un mot par seconde. Les mots se trouvent sur la feuille de cotation. Après avoir lu le dernier mot de la liste, dites :

« Maintenant, dites-moi le plus de mots que vous pouvez. »

Écrivez toutes les réponses du sujet (verbatim), dans l'ordre où il donne sa réponse, dans la colonne intitulée Essai 1 de la feuille de cotation. Il est essentiel d'écrire le verbatim afin de pouvoir faire l'analyse des stratégies d'apprentissage et des types d'erreurs. Les intrusions (c'est-à-dire les mots non inclus dans la liste A) peuvent être codées et notées après la fin du test. Cependant, si le sujet répète une réponse pendant le même essai, il est nécessaire d'essayer de déterminer pendant

l'administration si la réponse est une persévération réelle. S'il est apparent que le sujet répète la réponse comme moyen d'auto-indicage (ex. : voyons... j'ai dit chemise, orange, etc.) la réponse n'a pas à être enregistrée. Si le sujet répète une réponse avec la même confiance qu'il avait pour les mots précédents, il faut alors inscrire la réponse comme étant une persévération. Si la raison expliquant une répétition n'est pas claire (ex. : le sujet hésite en répétant une réponse), inscrivez-la et demandez au sujet s'il pense que cette réponse a été donnée avant. Si le sujet dit « non » ou « je ne sais pas », inscrivez cette réponse comme étant une persévération. Si le sujet dit « oui » ou « je crois », faites un trait sur la répétition et considérez-la comme une répétition non-formelle et non comme une persévération. Parfois, c'est le sujet qui demande le premier si la réponse avait été donnée avant. Si la réponse avait été donnée, demandez au sujet s'il pense qu'elle avait été donnée avant. Considérez cette réponse comme une persévération seulement si le sujet dit « non » ou « je ne sais pas ». Si la réponse n'a pas été donnée précédemment pendant l'essai, dites :

« Je ne peux pas vous le dire »

et inscrivez cette réponse en notant s'il s'agit d'un mot stimulus ou s'il s'agit d'une intrusion.

Si le sujet pose des questions générales sur sa performance (ex. : est-ce que j'ai donné tous les mots?) expliquez-lui que vous discuterez des résultats du test lorsqu'il sera terminé.

Incitez le sujet :

Approximativement 10 à 20 secondes après que le sujet semble avoir donné sa dernière réponse à l'essai ou lorsqu'il mentionne qu'il ne peut en nommer d'autres, fournissez une petite incitation telle que :

« Dites-moi ce que vous pensez » OU « Essayez de voir si vous pouvez vous en rappeler d'autres. »

Inscrivez un « Q » du côté gauche de la ligne vide suivante dans la colonne réponse pour indiquer où vous avez incité le sujet. Ne donnez qu'une seule incitation par essai. Inscrivez et notez la réponse donnée après l'incitation. Poursuivez avec l'essai suivant après un intervalle de 10 à 20

secondes pendant laquelle le sujet ne donne plus de réponse. (Note : cette procédure d'incitation doit être suivie pour tous les essais de rappel de la liste A et de la liste B où le sujet ne réussit pas à se rappeler des 16 items correctement).

Essai II :

Dites :

« Je vais vous répéter la liste de magasinage du lundi. Encore une fois, j'aimerais que vous me redissiez le plus d'items que vous pourrez, peu importe l'ordre. Soyez certain de dire aussi les items que vous m'avez dits la première fois. »

Lisez à nouveau les mots de la liste A à haute voix approximativement à raison d'un mot par seconde. Inscrivez les réponses du sujet dans la colonne intitulée « Essai 2 » de la feuille de cotation. Suivez les mêmes procédures qu'à l'essai 1.

Essai III à V :

Après avoir complété l'essai II, dites :

« Je vais vous répéter la liste du magasinage du lundi. Encore une fois, je voudrais que vous me redissiez le plus d'items que vous pourrez, peu importe l'ordre, en incluant les items que vous m'avez déjà dits. »

Lisez à nouveau les mots de la liste A à haute voix approximativement un mot par seconde. (Les mots doivent être lus selon l'ordre de la table de rappel libre). Inscrivez les réponses du sujet dans la colonne intitulée « Essai III » jusqu'à « Essai V » de la feuille de cotation. Suivez les mêmes procédures qu'aux essais précédents.

Lorsque vous avez terminé l'essai V, poursuivez avec la liste B (liste du mardi).

Rappel libre immédiat pour la Liste B (mardi) :

Dites :

« Maintenant, supposons que vous prévoyez magasiner encore une fois mardi. Je vais vous lire une nouvelle liste d'items à acheter. Lorsque j'aurai terminé, j'aimerais que vous me disiez le plus d'items que vous pourrez, peu importe l'ordre. »

Lisez à haute voix les mots de la liste B (mardi); approximativement au rythme d'un mot à la seconde. Après avoir lu la liste, dites :

« Maintenant, dites-moi le plus d'items possible. »

Notez le verbatim du sujet dans la colonne appropriée de la liste B. Utilisez les mêmes procédures d'enregistrement et d'incitation qu'à la liste A.

Rappel libre et immédiat de la liste A :

Lorsque le rappel de la liste B est terminé, dites :

« Maintenant, j'aimerais que vous me disiez tous les items que vous pourrez me dire de la liste du lundi. »

Notez les réponses du sujet sous la colonne « Liste A, rappel immédiat et libre ».

Rappel indicé et immédiat de la liste A :

Dites :

« Dites-moi tous les items de la liste de magasinage du lundi qui sont des FRUITS. »

Notez les réponses du sujet dans l'espace prévue à cette fin sur la feuille de cotation. Donnez une incitation au sujet s'il ne donne pas les 4 mots de la catégorie.

Lorsque cette partie est terminée, dites :

« *Maintenant, dites-moi tous les items de la liste de magasinage du lundi qui sont des FLEURS.* »

Répétez cette procédure pour tous les items des catégories restantes (vêtements, poissons). Si le sujet demande le sens des catégories, donnez-lui une définition. Si le sujet demande si l'un des items fait partie ou non d'une catégorie, dites-lui que vous ne pouvez pas lui répondre pour le moment. **Inscrivez l'heure où le rappel incité à été fait.** Ne l'informez pas qu'il y aura un autre essai plus tard.

DÉLAI DE 20 MINUTES : AUTRES TÂCHES DE NATURE NON-VERBALE.

À la fin de la période de 20 minutes, **inscrivez l'heure à laquelle l'on débute les sous-tests de mémoire différé.**

LISTE A :	LISTE B :
LISTE DU LUNDI	LISTE DU MARDI
Sardine	Divan
Banane	Poire
Manteau	Radis
Tulipe	Marguerite
Melon	Bleuet
Jonquille	Poêle
Veston	Muguet
Brochet	Piment
Géranium	Iris
Fraise	Raisin
Hareng	Betterave
Soulier	Sofa
Jacinthe	Orange
Citron	Asperge
Morue	Lilas
Robe	Table

Instructions pour le California Verbal Learning Test

ÉTAPE 2

À la fin de la période de 20 minutes, **inscrivez l'heure à laquelle l'on débute les sous-tests de mémoire différé.**

Rappel libre et différé de la Liste A (lundi) :

Dites :

« Il y a quelques instants, je vous ai lu une liste de magasinage. J'aimerais que vous me disiez tous les items que vous pourrez me dire de la liste du LUNDI. Il s'agit de la première liste, celle que je vous ai lue à 5 reprises. Allez-y. »

Inscrivez les réponses du sujet à l'endroit approprié de la feuille de cotation et fournissez une incitation si nécessaire, comme lors des essais précédents.

Rappel indicé et différé de la Liste A (lundi)

Dites :

« Dites-moi tous les items de liste de magasinage du lundi qui sont des FRUITS. »

Poursuivez la même procédure, d'enregistrement des réponses et d'incitation que dans les essais précédents, et ce pour chacune des catégories (vêtements, fleurs et poissons).

Reconnaissance à long terme de la Liste A (lundi) :

Dites :

« Je vais vous lire une liste d'items de magasinage. Après que j'aurai lu chaque mot, dites-moi « oui » si cet item faisait partie de la liste du lundi et dites-moi non si cet item n'en faisait pas partie. »

Lisez à haute voix les 44 mots de la liste présentée sur la feuille de cotation. Si le sujet répond « oui » à un mot, faites un crochet dans l'espace à la droite du mot. Si le sujet répond « non », laissez l'espace vide. Si le sujet dit « je ne sais pas » ou ne répond pas, fournissez une petite incitation comme

« Dites-moi si vous pensez que... (répétez le mot)...était un item de la liste du lundi. »

Si le sujet demeure dans l'ignorance de la réponse ou s'il ne répond pas, laissez l'espace libre et poursuivez avec l'item suivant.

Item	A	BS	BN	NP	PS	UN
Veston						
Muguet						
Piment						
Montre						
Crochet						
Lys						
Soulier						
Aspirine						
Marteau						
Sardine						
Citron						
Poêle						
Poire						
Cabane						
Géranium						
Film						
Hareng						
Malette						
Béquille						
Fraise						
Horloge						
Blouse						
Melon						

Asperge						
Jonquille						
Boulier						
Marguerite						
Robe						
Livre						
Tulipe						
Manteau						
Prune						
Tartine						
Banane						
Brochet						
Raisin						
Glaise						
Vitamine						
Morue						
Table						
Truite						
Jacinthe						
Aquarium						
Savon						

Delis, Kramer, Kaplan, & Ober, 1987

Adaptation française: Centre de recherche Fernand-Séguin

Trailing Making Test

TRAIL A ET B

Présenter le test au participant :

« Nous allons maintenant passer à un test qui demande de faire un tracé avec un crayon. Ce test est chronométré. »

Trail A

Essai de pratique : Donner au participant un crayon et montrer l'exemple de pratique pour le Trail A:

« Sur cette page, il y a quelques nombres ou points. Commencer par le nombre 1 (cibler 1) et dessiner une ligne de 1 à 2 (cibler 2), 2 à 3 (cibler 3), 3 à 4 (cibler 4), et ainsi de suite afin d'atteindre le point "End" (cibler le point). »

« Tracer les lignes le plus rapidement que vous pouvez ».

« Prêt – Commencer ! »

Si le participant a compris comment procéder, dire :

Bon ! Essayons la prochaine page.

Tourner la page et commencer à chronométrer.

Si le participant fait une erreur à l'exemple, cibler l'erreur et lui expliquer.

Types d'erreurs possibles

- *Vous avez commencé avec le mauvais cercle. C'est ici que vous devez commencer (cibler le point 1);*
- *Vous avez sauté ce cercle (cibler le cercle qui a été oublié). Vous auriez dû partir de tel point soit de 1 à 2, de 2 à 3, et ainsi de suite jusqu'à l'atteinte du point ou cercle "End"*

Si le participant ne peut pas compléter l'exemple, lui prendre la main et le guider avec le crayon. Ensuite dire:

“Maintenant à vous d'essayer”.

Répéter la consigne:

“Rappelez-vous, commencer par le nombre 1 (cibler 1) et dessiner une ligne de 1 à 2 (cibler 2), de 2 à 3 (cibler 3), de 3 à 4 (cibler 4), et ainsi de suite afin d'atteindre le point “End” (cibler le point). »

Tracer les lignes le plus rapidement possible que vous pouvez.

« Prêt – Commencer ! »

Si le participant réussit, tourner la page et commencer l'exercice.

Quand le participant a complété l'exemple avec succès, passez à l'exercice et dire :

“Faîtes la même chose que pour l'exemple. Commencer par le nombre 1 (cibler 1) et dessiner une ligne de 1 à 2 (cibler 2), de 2 à 3 (cibler 3), de 3 à 4 (cibler 4), et ainsi de suite afin d'atteindre le point “End” (cibler le point). »

« Tracer les lignes le plus rapidement que vous pouvez ».

« Prêt – Commencer ! »

Si le participant fait une erreur, lui indiquer (faire une petite ligne ou l'erreur a été commise et repartir du point précédent). **Le chronomètre ne doit pas être arrêté** même lorsqu'il y a une erreur.

Trail B

Donner au participant un crayon et montrer l'exemple de la première page en disant:

« Sur cette page, il y a quelques nombres et lettres. Commencer par le nombre 1 (cibler 1) et dessiner une ligne de 1 à A (cibler A), de A à 2 (cibler 2), de 2 à B (cibler

B), de B à 3 (cibler 3), de 3 à C (cibler C) et ainsi de suite afin d'atteindre le point "End" (cibler le point).

Alors dire:

« Rappelez-vous, vous avez en premier un nombre (cibler 1), ensuite une lettre (cibler A), ensuite un nombre (cibler 2), ensuite une lettre (cibler B) et ainsi de suite. Tracer les lignes le plus rapidement que vous pouvez. »

« Prêt – Commencer ! »

Si le participant a compris comment procéder, dire :

Bon ! Essayons la prochaine page.

Tourner la page et commencer à chronométrer.

Si le participant fait une erreur à l'exemple, cibler l'erreur et lui expliquer.

Types d'erreurs possibles

- *Vous avez commencé avec le mauvais cercle. C'est ici que vous devez commencer (cibler le point 1)*
- *Vous avez sauté ce cercle (cibler le cercle qui a été oublié). Vous auriez dû partir de tel point soit de 1 (cibler 1) et dessiner une ligne de 1 à A (cibler A), de A à 2 (cibler 2), de 2 à B (cibler B), de B à 3 (cibler 3), de 3 à C (cibler C) et ainsi de suite afin d'atteindre le point "End" (cibler le point end).*

Si le participant ne peut pas compléter l'exemple, lui prendre la main et le guider avec le crayon. Ensuite dire:

"Maintenant à vous d'essayer".

Répéter la consigne:

« Rappelez-vous, commencer par le nombre 1 (cibler 1) et dessiner une ligne de 1 à A (cibler A), de A à 2 (cibler 2), de 2 à B (cibler B), de B à 3 (cibler 3), de 3 à C (cibler C) et ainsi de suite afin d'atteindre le point "End" (cibler le point). »

« Tracer les lignes le plus rapidement possible que vous pouvez. »

Prêt – Commencer !

Si le participant réussit, tourner la page et commencer l'exercice.

Quand le participant a complété l'exemple avec succès, passez à l'exercice et dire :

« Faites la même chose que pour l'exemple. Commencer par le nombre 1 (cibler 1) et dessiner une ligne de 1 à A (cibler A), de A à 2 (cibler 2), de 2 à B (cibler B), de B à 3 (cibler 3), de 3 à C (cibler C) et ainsi de suite afin d'atteindre le point "End" (cibler le point). »

Alors dire:

" Rappelez-vous, vous avez en premier un nombre (cibler 1), ensuite une lettre (cibler A), ensuite un nombre (cibler 2), ensuite une lettre (cibler B) et ainsi de suite. Tracer les lignes le plus rapidement possible que vous pouvez.

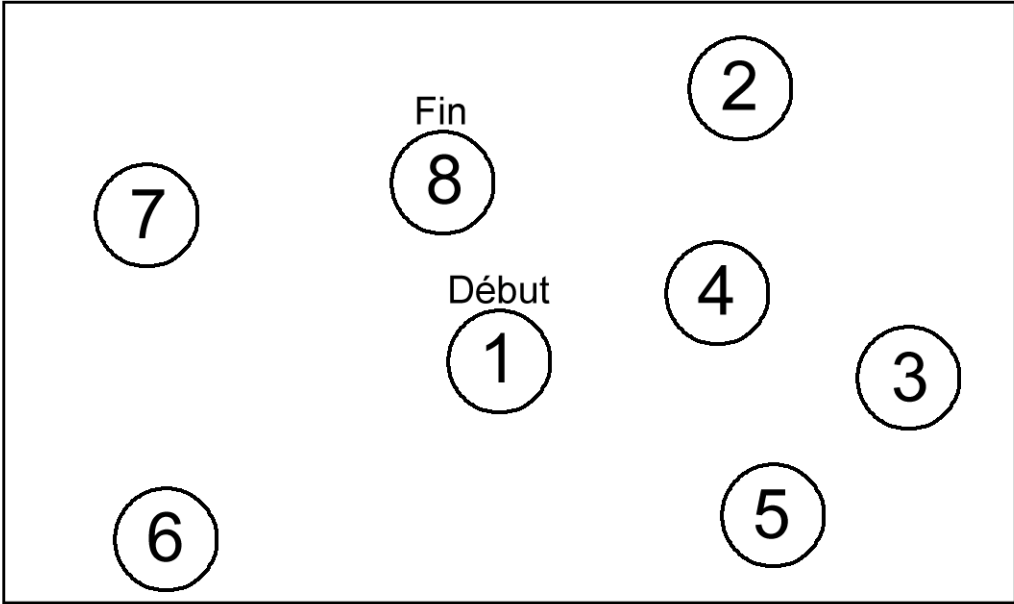
Prêt – Commencer !

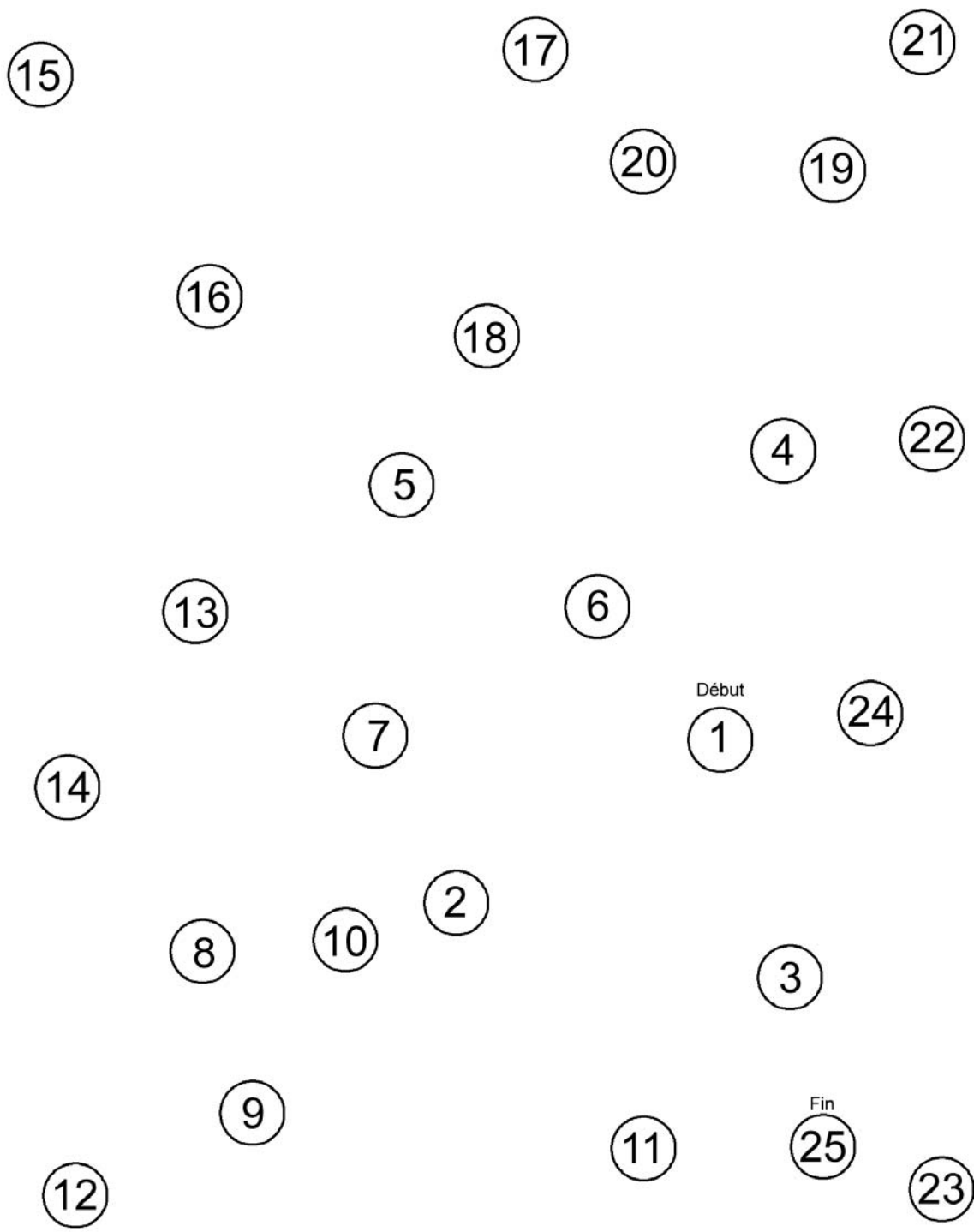
Si le participant fait une erreur, lui indiquer (faire une petite ligne ou l'erreur a été commise et repartir du point précédent). **Le chronomètre ne doit pas être arrêté** même lorsqu'il y a une erreur.

Reitan & Wolfson, 1985

Trail A

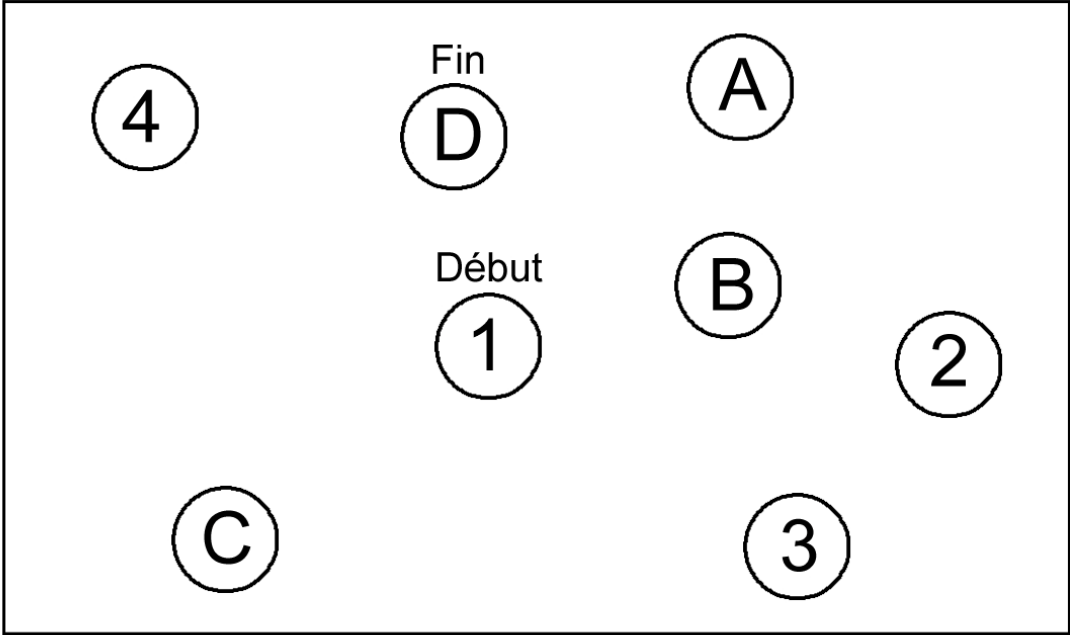
Exemple

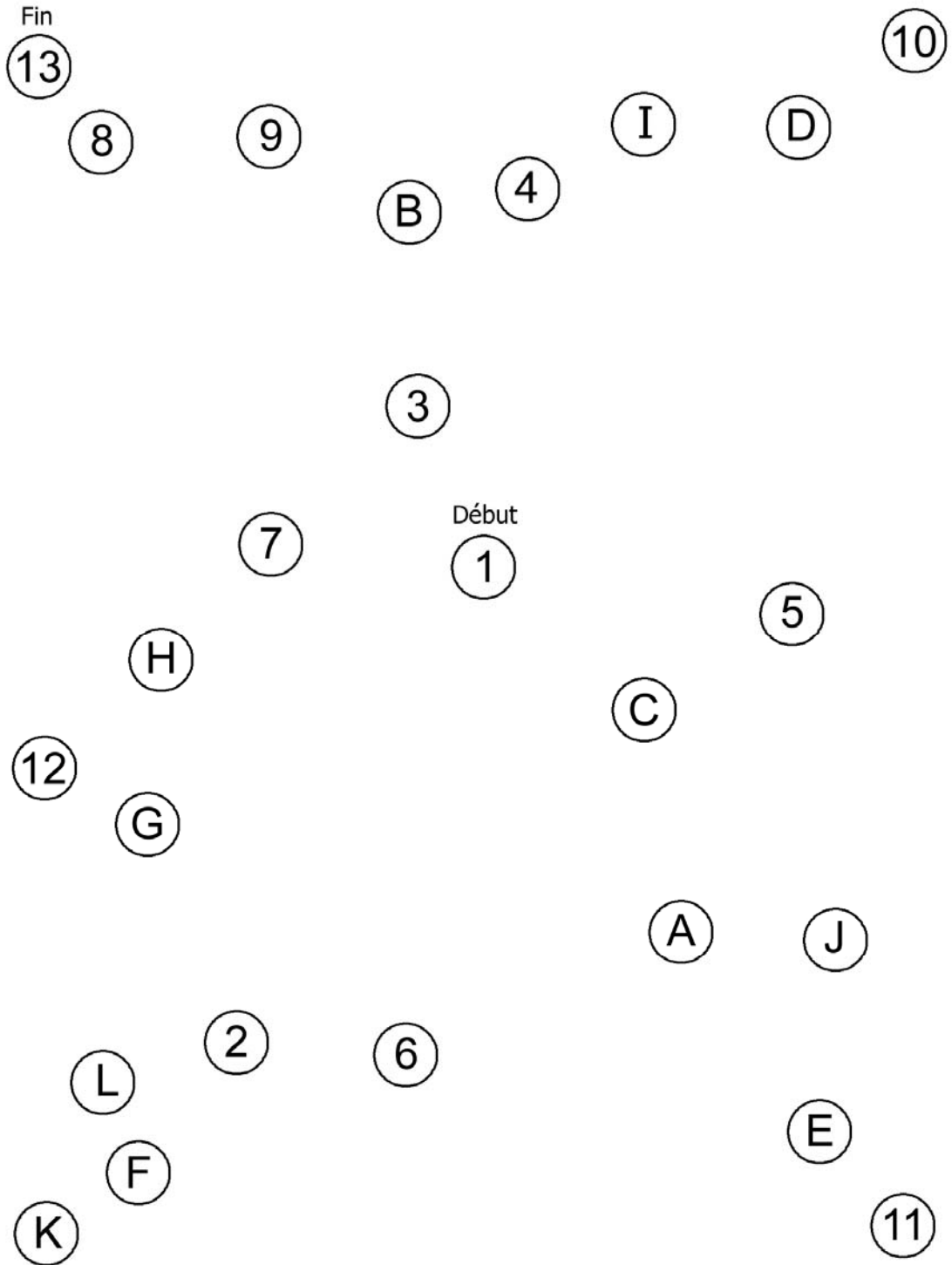




Trail B

Exemple





Annexe 2 – Tableau supplémentaire pour la deuxième partie

**Tableau supplémentaire pour la deuxième partie:
Moyennes et écarts-types des variables**

<i>Variable</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>
BPRS - Score total	39.31	12.52
BPRS - Symptômes positifs	1.92	0.97
BPRS - Symptômes négatifs	1.54	0.73
BDI-I - Total	13.77	10.20
CVLT - Total des 5 essais de rappel	42.21	12.82
CASIG - Vie sociale	11.21	3.08
CASIG - Fonctionnement vocationnel	3.69	1.53
CASIG - Habilités de vie autonome	24.60	4.92

Annexe 3 -Grille d'analyse des cinq stades de rétablissement et description de la méthode d'analyse employée

Création de la Grille d'analyse des cinq stades de rétablissement et analyse des récits narratifs de jeunes ayant vécu récemment un premier épisode psychotique - Démarche détaillée

Notre objectif était de s'intéresser au processus de rétablissement suite à un premier épisode psychotique, et ce, du point de vue subjectif des jeunes vivant cette expérience. Nous avons à notre disposition des verbatim de *l'Indiana Psychiatric Illness Interview* qui nous semblaient riche en contenu pour explorer le rétablissement. Nous avons donc entrepris une analyse en plusieurs étapes.

1- Nous avons d'abord procédé à une recension de la littérature sur le thème du rétablissement suite à un trouble mental sévère afin de préciser notre cadre d'analyse. Nous avons constaté que plusieurs auteurs avaient proposé des définitions du rétablissement. Toutefois, le modèle intégrateur présenté par Andresen et ses collègues nous a paru inclure tous les éléments essentiels (Andresen, Oades, & Caputi, 2003). De plus, sa présentation sous forme de stades permettait un angle d'analyse intéressant : peut-on déterminer à quel stade se trouvent des individus suite à un premier épisode psychotique à partir de leur récit narratif?

2- Dans un deuxième temps, nous devions déterminer de quelle façon classer les individus dans le stade approprié. Il était nécessaire d'avoir des codes d'analyse que nous pourrions attribuer à des extraits du texte. Pour se faire, nous nous sommes inspirées des items du « Stage of Recovery Instrument », questionnaire construit par les auteurs du modèle en cinq stades (Andresen, Caputi, & Oades, 2006). En effet, ce questionnaire évalue des aspects reliés aux quatre thèmes clés du modèle à travers les cinq stades.

3- Après l'établissement d'une première série de codes d'analyse, nous avons fait la lecture d'une dizaine de verbatim afin de vérifier si les codes étaient appropriés et de faire des

réajustements si nécessaire. Certains codes ont été changés et deux thèmes clés ont été ajoutés, soit l'affiliation et l'occupation. Il nous semblait important de les inclure puisque ces éléments revenaient régulièrement dans le discours des participants. De plus, le thème de l'affiliation était déjà présent dans les descriptions des cinq stades, bien que les auteurs n'en aient pas fait un thème-clé. Nous étions conscientes que l'affiliation et l'occupation étaient des concepts reliés au fonctionnement social pouvant être mesurés par des mesures objectives. Néanmoins, nous avons cru qu'il était pertinent de tenir compte de la perception subjective des participants qui n'était peut-être pas nécessairement identique à ce qui pouvait être observé plus objectivement.

4- Tout le système de cotation a ensuite été discuté, vérifié, et validé par ma directrice de thèse. La grille finale, *Grille d'analyse des cinq stades de rétablissement*, a été établie (voir plus bas).

5-Prêtes pour l'analyse, nous avons importé les verbatim et les codes dans un logiciel dédié à l'analyse qualitative (*QDA Miner* Version 3.2.3) afin d'avoir un support de travail plus concret. Lors d'une première lecture, les différents codes ont été attribués aux extraits pertinents.

6- Par la suite, les codes attribués pour chacun des thèmes-clés ont été examinés afin de déterminer le stade atteint en regard de celui-ci. Lorsqu'un individu présentait des codes de deux stades différents pour un même thème, les deux stades étaient inscrits ou nous tranchions si un des stades se démarquait plus clairement. Puis, le stade global était déterminé : pour être classé dans un stade, un individu devait se retrouver dans celui-ci pour au moins quatre des six thèmes clés. Dans le cas où deux stades avaient été inscrits pour

certains thèmes, nous tranchions en fonction des autres thèmes (par exemple, si un individu se classait entre *moratoire* et *prise de conscience* pour quatre thèmes, mais se classait clairement dans *prise de conscience* pour les deux autres, le stade *prise de Conscience* lui était attribué comme stade final). Un total de 109 verbatim ont ainsi été analysés. Ceux-ci étaient d'une longueur variable (étendue allant de 5 à 35 pages dactylographiées à double interligne).

7- Finalement, mon co-directeur de thèse a vérifié les analyses faites sur une quinzaine de verbatim et s'est montré en accord sur tous les stades finaux attribués.

Références :

- Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006). Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(11-12), 972-980.
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery in schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594.

Grille d'analyse des cinq stades de rétablissement

Stades de rétablissement	Thèmes-clés		
	<i>Identité et vision de soi</i>	<i>Sens à sa vie</i>	<i>Espoir et vision du futur</i>
<i>Moratoire</i>	-Confusion - Vision de soi négative -Sentiment de perte	-Perte du sens à sa vie - Vie tourne autour de la maladie	-Désespoir envers le futur et/ou aucun espoir de rétablissement -Difficulté à se projeter dans le futur
<i>Prise de conscience</i>	-Conscience de son soi potentiel et/ou qu'on peut se définir autrement que par la maladie -Acceptation de la maladie dans sa vie	-Tente de trouver un sens à la maladie -Souhaite donner une direction à sa vie	-Croyance qu'un futur meilleur est possible et/ou identification de sources d'espoir
<i>Préparation</i>	-Identification des valeurs et forces -Identification de changements positifs -Émergence d'une nouvelle identité	-Redécouverte de sa valeur personnelle -La maladie prend un sens - Identification de buts à atteindre	-Confiance en soi -Stimulation
<i>Reconstruction</i>	-Redéfinition de soi incorporant la maladie - Formation d'une nouvelle identité positive	-La maladie est vue comme un potentiel de croissance -Engagement dans sa vie	-Impression que ses efforts seront récompensés -Perception d'être un agent actif dans sa vie
<i>Croissance</i>	-Perception de soi positive - Soi différent mais amélioré - Auto-actualisation	-Sens à sa vie - Sens à la maladie	-Bien-être -Optimisme à propos du futur

Grille d'analyse des cinq stades de rétablissement (suite)

Stades de rétablissement	Thèmes-clés		
	<i>Responsabilisation</i>	<i>Affiliation</i>	<i>Occupation</i>
<i>Moratoire</i>	-Déni de la maladie -Impuissance et/ou passivité -Dépendance	-Retrait social -Méfiance	-Aucune occupation -Incapacité de travailler et/ou de poursuivre les études
<i>Prise de conscience</i>	-Reconnait le besoin d'apprendre à s'adapter et/ou souhaite prendre soin de soi -Reconnaissance de la maladie	-Désir de renouer et/ou créer des liens sociaux - Conscience que d'autres individus ont des expériences similaires	-Envisage un retour au travail et/ou aux études
<i>Préparation</i>	-Apprentissage de mécanismes d'adaptation et/ou développement d'habiletés -Utilisation de ressources	-Affiliation avec les pairs -Affiliation avec les proches	-En retour au travail et/ou aux études -Occupe un travail et/ou poursuit des études sans aspirations futures
<i>Reconstruction</i>	-Gestion des symptômes -Responsabilité quant à sa vie -Volonté de prendre des risques	-Capacité à rechercher du soutien -Approfondissement des relations	-Aspirations et buts professionnels et/ou académiques
<i>Croissance</i>	-Résilience -Contrôle de la maladie (malgré les rechutes) - Contrôle de sa vie	-Présence d'un réseau social offrant du soutien -Relations interpersonnelles significatives et gratifiantes	-Auto-actualisation au travail