

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2017

2017 TOU3 1585

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Pauline LARRIEU

le 25 septembre 2017

**EVALUATION DES SUJETS A ULTRA HAUT RISQUE DE
TRANSITION PSYCHOTIQUE PAR LA *COMPREHENSIVE
ASSESSMENT OF AT-RISK MENTAL STATES (CAARMS)* :
IMPACT SUR L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE**

Directrice de thèse : Dr Chantal MARTINEZ
Co-directeur de thèse : Dr Axel BOURCIER

JURY

Monsieur le Professeur Philippe BIRMES	Président
Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT	Assesseur
Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD	Assesseur
Monsieur le Docteur Axel BOURCIER	Assesseur
Madame le Docteur Barbara BERNHEIM-LE CŒUR	Suppléante

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CAUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe		
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur Jacques LAGARRIGUE
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVÉAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAUAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		
P.U. Médecine générale		P.U. Médecine générale	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
		P.A Médecine générale	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Héliène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibaut	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédéric	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoît	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Française	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Française	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

Monsieur le Professeur Philippe Birmes

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.

Nous avons apprécié la qualité de votre enseignement et vos qualités de chercheur.

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de juger ce travail

Monsieur le Professeur Laurent Schmitt

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail.

Nous avons particulièrement apprécié la qualité de votre enseignement, tant au lit du malade qu'à travers vos cours ou séances de bibliographie.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère gratitude.

Monsieur le Professeur Jean-Philippe Raynaud

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail.

Nous vous remercions pour la formation que vous nous avez apportée depuis la première année de médecine. Nous avons apprécié votre dynamisme, ainsi que la qualité de vos enseignements riches en anecdotes.

Veillez trouver ici le témoignage de notre gratitude et de notre profond respect.

Monsieur le Docteur Axel Bourcier

Je te remercie d'avoir accepté la co-direction de cette thèse ainsi que pour tes précieux conseils. Chacune de nos rencontres m'a été d'une grande aide dans l'organisation et la rédaction de ce travail.

Je n'ai pas eu l'occasion de travailler directement avec toi en tant qu'interne, mais sache que ta maîtrise de la pyramide de l'affirmation de soi avait bluffé la jeune externe que j'étais !

Sois assuré de toute ma reconnaissance.

Madame le Docteur Barbara Bernheim-Le Cœur

Je te remercie d'avoir accepté de siéger à ce jury et de juger ce travail.

Je garde d'excellents souvenirs de mon passage à l'APJA. A travers ce semestre partagé j'ai pu apprécier ton enseignement, ta disponibilité et ton savoir clinique.

Sois assurée de mon profond respect et de ma reconnaissance.

Madame le Docteur Chantal Martinez

Je te remercie pour la direction de ce travail de thèse. Ton dynamisme, ton engagement et ta ténacité resteront un modèle pour moi.

J'ai particulièrement apprécié ces deux semestres à tes côtés, tant pour tes qualités humaines que cliniques. Même si je me dirige finalement vers Agen, sache que je garderai de Montauban, en grande partie grâce à toi, d'excellents souvenirs.

Sois assurée de toute ma reconnaissance de mon amitié.

A ma famille.

A mes parents, qui m'ont toujours soutenue. Merci pour tout. Me voilà votre troisième « Docteur-ine », vous pouvez être fiers !

A mes sœurs, Emeline et Caroline. Pour nos souvenirs d'enfance (elle est petite, elle !) et nos instants de collocation (« les artichokes »...). Pour mon anniversaire surprise, les imitations d'Angus Young passées et à venir, pour nos instants festifs.

Merci pour votre aide précieuse dans la finalisation de ce travail, et merci pour vos attentions de grandes sœurs.

A mes neveu et nièces : Clara, Maïa, Mathieu...sans oublier la petite dernière, qui nous montrera bientôt sa frimousse !

A René et Martine. Parce que votre philosophie de vie est un exemple pour nous tous. Alors que vous traversez, pour la deuxième fois, une des plus rudes épreuves de la vie, ce travail vous est dédié.

A Maya et Jean-François. Même si, ces dernières années, mes séjours landais se sont faits rares j'ai toujours autant de plaisir à venir vous voir !

A mes cousins et petits-cousins : Frank et Claudie, Emmanuel et Emmanuelle, Yannick et Catherine, Nathalie et Stéphane, Christophe et Florence, Clément, Juliette, Gaïa, Baptiste, Théa, Léonor, Quentin, Quitterie, Guilhem, Ugo, Arthur, Pierre, Maxime.

A mon « marrain » Marc, et bien sûr à Christiane, élue à l'unanimité meilleure marraine !

A ma belle-famille, parce que vous m'avez si bien accueillie dès le début. Merci pour tout.

A Elsa et Céline : à notre soutien mutuel pré-ECN, mais surtout à nos soirées chez l'Oncle et nos escapades en montagne. Notre maison de Buzet-sur Baïse vous est bien sûr ouverte, pour de nouvelles expériences viticoles !

A mes copains d'enfance : Carole, Fred et Erik : au concours de celui qui s'enfuit le plus loin Fred vous bat à plate couture...mais que ça ne vous empêche pas de revenir me voir ! Merci Carole pour ton accueil régulier et si précieux lors de mes séjours parisiens. Même à deux pas de Montparnasse on se sent chez toi comme dans le Sud-Ouest !

A Mélanie (oh, il y eu un flash !), pour tous nos excellents moments passés et à passer ensemble. Des ferias à l'Eldo, de Johnny à Patrick, passe-moi ton pied !

Aux médecins qui m'ont guidée dans ma formation et auprès desquels j'ai pu apprendre tout au long de ces années d'internat, et plus particulièrement :

A François Olivier : ta pratique professionnelle pleine d'humanité, ta conduite des entretiens et ta bienveillance resteront un modèle pour moi.

A Clara Letamendia et Virginie Rouch, qui aurez su apporter toute votre rigueur à la jeune interne « tête en l'air » que j'étais.

A Sylvain Dupouy, pour tes qualités pédagogiques, tes explications de textes...et tes goûts musicaux !

A Martine Girard : j'aurais été la dernière interne à avoir eu la chance de vous observer dans l'exercice de votre art. Merci pour la richesse de vos enseignements.

Aux équipes des services du Pech à Lavar, de l'HAD, de Foville fermé et de l'USAHC à Montauban, de l'UF3, de l'APJA, du secteur 6 et de l'UF5 à Toulouse, et tout particulièrement aux professionnels engagés au sein du dispositif 15-25 : ce travail vous rend hommage.

A mes co-internes. Je vous souhaite bonne route à tous.

A tous les usagers de la psychiatrie, auprès de qui j'ai tant appris.

A Sébastien et Camille, mes deux amours

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	5
1.1. Le concept de psychose émergente ou « Ultra Haut Risque » de transition psychotique	6
1.1.1. Aspects historiques : du concept des prodromes aux UHR, du pessimisme à une vision plus optimiste	6
1.1.1.1. Les origines : approche descriptive	7
1.1.1.2. Les premières études systématiques : études rétrospectives	9
1.1.1.3. Les débuts d'une conception plus optimiste	11
1.1.2. Trajectoire symptomatique de la schizophrénie	13
1.1.2.1. Phase prémorbide	14
1.1.2.2. Phase prodromique	16
1.1.2.3. La Durée de Psychose Non Traitée – DPNT	17
1.1.3. Risque de transition psychotique : les critères « Ultra Haut Risque » et leur outil d'évaluation, la <i>Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States</i> (CAARMS)	18
1.1.3.1. Les critères « Ultra Haut Risque »	19
1.1.3.2. La CAARMS : outil d'évaluation des sujets UHR	20
1.1.3.3. Les autres outils d'évaluation des sujets UHR	22
1.1.3.4. Une autre approche : les symptômes de base et leur outil d'évaluation, la BSABS	23
1.1.3.5. Devenir des sujets UHR	24
1.1.4. L'intervention précoce	27
1.1.4.1. Efficacité de l'intervention précoce	27
1.1.4.2. Les types d'intervention	31
1.1.4.3. Un exemple de dispositif d'évaluation et d'intervention précoce : le dispositif 15-25 de Montauban	32
1.1.4.4. Recommandations	35
1.2. L'alliance thérapeutique dans la prise en charge de la psychose	37
1.2.1. Historique	37
1.2.2. Définition de l'alliance thérapeutique	38
1.2.3. Application de la notion d'alliance thérapeutique aux psychoses émergentes	39
1.2.4. Importance de l'alliance thérapeutique dans le traitement des psychoses	39
1.2.5. Lien entre alliance thérapeutique et efficacité de la prise en charge	40
1.2.5.1. Alliance thérapeutique et psychothérapie	41
1.2.5.2. Alliance thérapeutique et adhésion au traitement	42
1.2.6. Facteurs influençant la qualité de l'alliance thérapeutique	43

1.2.6.1. Les facteurs liés au patient	43
1.2.6.2. Les facteurs liés au thérapeute	44
1.2.6.3. Les facteurs liés à l'interaction entre le patient et le thérapeute	44
1.2.6.4. Les facteurs liés aux techniques thérapeutiques	45
1.3. Problématique	45
2. METHODES	47
<hr/>	
2.1. Objectifs	48
2.2. Hypothèses	48
2.3. Population	49
2.4. Outils de mesure	50
2.4.1. Questionnaire d'alliance thérapeutique : le <i>4 Point ordinal Alliance Scale</i> (4PAS)	50
2.4.2. Questionnaire d'évaluation du vécu de la passation de l'échelle CAARMS	52
2.4.2.1. Emotions et sentiments ressentis lors de la passation	52
2.4.2.2. Réaction face au type de questions posées	53
2.4.2.3. Evaluation des modalités de passation	54
2.4.2.4. Vécu de l'expression et de la compréhension des difficultés	55
2.4.2.5. Vécu global de la passation	55
2.4.3. Questionnaire de recueil de l'opinion des soignants sur l'échelle d'évaluation CAARMS	55
2.4.3.1. Avis des soignants sur l'utilisation de la CAARMS au sein du dispositif 15-25	56
2.4.3.2. Idée des soignants sur le vécu des patients lors de la passation de la CAARMS	58
2.4.3.3. Idée des soignants au sujet de l'impact de la CAARMS sur l'alliance thérapeutique	59
2.5. Procédure de l'étude	59
2.5.1. Chez les patients	60
2.5.1.1. Première rencontre patient-évaluateur	60
2.5.1.2. Inclusion et premier 4PAS : T0	60
2.5.1.3. Passation de la CAARMS	61
2.5.1.4. T1 : Remplissage du deuxième 4PAS, du questionnaire d'évaluation du vécu et restitution des résultats de la CAARMS	61
2.5.2. Chez les soignants	63
2.6. Critères de jugement	63
2.7. Analyses statistiques	63
3. RESULTATS	65
<hr/>	
3.1. Participants	66
3.1.1. Recrutement et participation	66

3.1.2. Cotation de la CAARMS	68
3.2. Objectif principal : analyse des réponses au questionnaire d'alliance thérapeutique 4PAS	69
3.2.1. Analyse descriptive	69
3.2.2. Analyse statistique des différences de valeurs observées entre T0 et T1	71
3.3. Objectifs secondaires	72
3.3.1. Analyse du vécu des patients	72
3.3.1.1. Evaluation des émotions ressenties lors de la passation	72
3.3.1.2. Evaluation du type de questions posées	74
3.3.1.3. Evaluation des modalités de passation	74
3.3.1.4. Vécu de l'expression et de la compréhension des difficultés	74
3.3.1.5. Vécu global de la passation	75
3.3.2. Analyse de l'opinion des soignants :	75
3.3.2.1. Inclusion dans l'étude et taux de réponse	75
3.3.2.2. Utilité perçue de la CAARMS et faisabilité de passations régulières de la CAARMS au sein du dispositif 15-25	75
3.3.2.3. Obstacles principaux et avantages perçus à des passations régulières de la CAARMS au sein du dispositif 15-25	76
3.3.2.4. Indications et objectifs des évaluations par la CAARMS	78
3.3.2.5. Idée des soignants sur le vécu des patients à la passation de la CAARMS	80
3.3.2.6. Idée des soignants au sujet de l'impact de la CAARMS sur l'alliance thérapeutique	81
4. DISCUSSION	83
4.1. Déroulement de l'étude et données subjectives	84
4.2. Principales données de l'étude	85
4.2.1. Données chez les patients	85
4.2.2. Données chez les soignants	88
4.3. Limites de l'étude	89
4.3.1. Générales	89
4.3.2. Objectif principal	90
4.3.3. Objectifs secondaires	91
4.3.3.1. Biais communs aux deux questionnaires	91
4.3.3.2. Limites du questionnaire adressé aux patients	91
4.3.3.3. Limites du questionnaire adressé aux soignants	92
4.4. Reflexions sur l'usage de la CAARMS	92
4.4.1. Proposition de critères pour les passations de CAARMS	92
4.4.2. La CAARMS : au-delà d'une simple évaluation	94

5. CONCLUSION	96
6. BIBLIOGRAPHIE	99
7. ANNEXES	113
Annexe 1 : Version française de la <i>Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States</i>	114
Annexe 2 : Echelle du fonctionnement social et professionnel (SOFAS)	155
Annexe 3 : Questionnaire d'alliance thérapeutique : le <i>4-Point ordinal Alliance Scale</i>	156
Annexe 4 : Questionnaire d'évaluation du vécu de la passation de l'échelle CAARMS	157
Annexe 5 : Questionnaire de recueil de l'opinion des soignants sur l'échelle d'évaluation CAARMS	161
Annexe 6 : Notice d'information	171
Annexe 7 : Non opposition pour la participation au protocole de recherche	172

1. INTRODUCTION

La schizophrénie affecte environ 1 % de la population mondiale, et ce dans toutes les cultures (Haute Autorité de Santé, 2007). Si, pendant longtemps, les chercheurs se sont intéressés à traiter la maladie à sa phase d'état, ou au mieux à ses débuts, la dynamique de ces vingt-cinq dernières années incite à dépister les sujets non pas encore malades mais « à risque » de développer la maladie, et ce, dans l'espoir de prévenir l'évolution vers la psychose ou, *a minima*, d'en limiter l'impact sur le fonctionnement global du sujet.

Afin de repérer ces sujets, les chercheurs ont mis au point des outils destinés – entre autres – à évaluer le niveau de risque de transition psychotique, tels que de la *Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States* (CAARMS), développée par Yung et McGorry en 2005 et traduite en français par Krebs et al. (2014). Afin de nous aider dans l'évaluation des patients « à risque », nous avons souhaité introduire cet outil au sein du dispositif 15-25 de Montauban (dispositif d'évaluation et d'intervention auprès des patients concernés par la psychose émergente), où nous avons effectué un semestre d'internat.

A son introduction, l'usage de la CAARMS a rapidement soulevé de nombreuses questions parmi les professionnels actifs au sein du dispositif. Ces dernières concernaient surtout le vécu des patients et, en particulier, l'impact potentiel de la passation de ce questionnaire sur l'alliance thérapeutique. Par ailleurs, certains soignants s'interrogeaient sur la manière de s'approprier cet outil au sein du dispositif. En l'absence de données dans la littérature sur ces aspects, nous avons essayé, à travers ce travail de thèse, d'apporter une réponse à ces questions.

1.1. LE CONCEPT DE PSYCHOSE EMERGENTE OU « ULTRA HAUT RISQUE » DE TRANSITION PSYCHOTIQUE (UHR)

1.1.1. Aspects historiques : du concept des prodromes aux UHR, du pessimisme à une vision plus optimiste

Les prodromes (du latin *prodromus* « précurseur » et du grec *prodromos*, « qui court devant ») sont définis par le dictionnaire Larousse comme les symptômes de début d'une maladie, annonçant en particulier une crise aiguë. Bien que les psychiatres, dès les origines du concept de schizophrénie se soient attachés à en décrire les symptômes précoces, la littérature s'est pendant longtemps cantonnée à étudier la phase d'état de la maladie, bien après l'apparition des tout premiers signes. Ainsi, alors qu'il existe une littérature très abondante sur la psychose, les études consacrées aux débuts de cette affection ont été relativement rares

jusqu'à ces vingt-cinq dernières années. Ceci pourrait s'expliquer en partie par la tradition psychiatrique du XIX^{ème} siècle, consacrée pour sa majeure partie aux aspects de chronicité (Lanteri-laura, 1997), avec pour conséquence l'infiltration d'un pessimisme ambiant sur le devenir des patients atteints de pathologies psychiatriques, et en particulier ceux souffrant de psychoses (Jackson et McGorry, 2009).

1.1.1.1. Les origines : approche descriptive

Dès les origines du concept de schizophrénie, né sous le vocable de démence précoce fin XIX^{ème} – début XX^{ème} siècle (Garrabé, 1992), les psychiatres se sont attachés à en décrire les symptômes précoces voire précurseurs.

Emil Kraepelin (1856-1926), d'abord, synthétisant les travaux précurseurs de Morel puis de Kahlbaum et Hecker (Daléry et al., 2012), a été le premier à décrire le concept de *dementia praecox*, enrichi au fil des différentes éditions de son traité à partir de 1893. En 1909, il décrit comme signes prodromiques de la schizophrénie « de légères modifications de la vie émotionnelle, une irritabilité, une perte d'intérêt, une hyperactivité et une baisse de la concentration » (Krebs, 2015). Pour lui, l'entité *dementia praecox* correspond à un processus évolutif de dégénérescence, aboutissant à l'affaiblissement mental. Il note encore, en 1919, parmi les signes précurseurs de la maladie, des modifications de l'humeur, des troubles du comportement, des manifestations psychosensorielles élémentaires et des troubles du cours de la pensée marqués par la perte de contrôle des processus de pensée (Krebs, 2015).

Bleuler (1857-1939), quant à lui, est opposé à l'idée de prodromes : « Je ne puis m'imaginer de prodromes d'une maladie. Ce qui est qualifié de tel, ce sont de premiers symptômes que l'on ne sait pas encore interpréter correctement » (Bleuler, traduit par Viillard, 1993). En opposition également avec l'idée d'une évolution systématique vers l'affaiblissement intellectuel, il propose en 1908 le terme de schizophrénie (étymologiquement, du grec *schizein* « fendre » et *-phrên* « esprit »), qu'il définit par ses symptômes fondamentaux. Il en fait la description précise en 1911 dans son livre *Dementia Praecox ou groupe des schizophrénies* (Bleuler, traduit par Viillard, 1993) : perturbation des associations (ou troubles du cours de la pensée), perturbation de l'affectivité, ambivalence. A

ces trois fonctions simples altérées, Bleuler ajoute la perturbation de fonctions complexes, parmi lesquelles la perte du contact avec la réalité, à laquelle il donne le nom d'autisme.

Décrivant des signes précoces qu'il considère comme phase initiale de la maladie et non comme signes précurseurs, il écrit ainsi que « le début de la schizophrénie est habituellement insidieux », et qu'une « bonne anamnèse permet de retrouver des signes antérieurs à une symptomatologie aiguë ». Bien qu'opposé à l'idée de prodromes, il avance cependant qu'une anomalie de caractère peut être mise en évidence chez plus de la moitié des futurs schizophrènes : « la tendance au repli sur soi, associée à un degré plus ou moins important d'irritabilité », impliquant des difficultés d'adaptation sociale souvent dès l'enfance. Par ailleurs, sous le terme « symptômes initiaux de la schizophrénie » Bleuler décrit de nombreux symptômes d'allure pseudo-névrotique pouvant inaugurer le tableau, soulignant qu'ils peuvent précéder de nombreuses années auparavant les symptômes plus sérieux, et n'être que transitoires ou périodiques.

Dès les origines, Kraepelin comme Bleuler se sont ainsi attachés à décrire les premiers signes de la maladie : prodromes pour le premier, symptômes initiaux pour le second. Bien qu'ayant deux approches différentes, les deux auteurs se rejoignent sur l'idée de l'importance d'un diagnostic précoce. Ainsi, dès 1896, dans la cinquième édition de son traité, Kraepelin souligne qu'il est de la plus haute importance de diagnostiquer les cas de *dementia praecox* à un stade précoce (Cutting et Shepherd, 1987). De même, en 1908, Bleuler note que plus les jeunes patients peuvent être rétablis rapidement moins ils s'isolent dans leur propre monde, et plus vite ils se réadaptent socialement (Cutting et Shepherd, 1987).

Malgré cela, comme le soulignent Jackson et McGorry (2009), nous ne pouvons que constater le pessimisme de Kraepelin dans son abord de la maladie : pour lui, la *dementia praecox* est caractérisée avant tout par son déclin progressif et inévitable. Cet aspect, qui pourrait être lié au fait qu'il avait en charge des patients asilaires – donc nécessairement les plus gravement atteints – a eu pour conséquence d'infiltrer l'ensemble du cadre conceptuel de la maladie, avec la mise en exergue du critère d'évolution indispensable pour poser le diagnostic et décider d'une thérapeutique. Dans cette perspective, une fois le diagnostic posé, il apparaît de nos jours qu'une thérapeutique à ce stade n'intervient que trop tardivement pour être efficace. Pour McGorry, cette attitude peut être considérée aujourd'hui comme « scandaleuse » : il la compare à celle d'un oncologue qui attendrait la phase terminale d'un cancer pour poser le diagnostic et annoncer une maladie trop avancée pour être en mesure d'intervenir.

1.1.1.2. Les premières études systématiques : études rétrospectives

Malgré l'infiltration de cette vision pessimiste de la schizophrénie, des auteurs, à l'opposé d'une psychiatrie purement descriptive, ont mené à partir des années 1920 des recherches cliniques sur les phases précoces de la schizophrénie, sous-tendues directement par l'idée d'un traitement (Grivois et Grosso, 1998).

C'est dans cette dynamique que s'inscrit l'étude de **Sullivan (1927)**, psychiatre américain ayant mis au point une prise en charge des jeunes schizophrènes alliant suivi individuel et approche par le milieu. Il est l'un des premiers à encourager la détection et la prise en charge des patients aux stades précoces de la maladie. Selon lui, un nombre significatif de patients présentent des signes qui annoncent la psychose et peuvent la précéder de longue date : symptômes hystériques, obsessionnels, neurasthéniques et anxieux. Sullivan propose de plus des phénomènes qui marquent le passage de la phase prodromique à la phase de psychose. S'appuyant sur l'étude rétrospective de 100 patients, Sullivan établit une relation entre forme de début de la schizophrénie et pronostic : pour lui, les formes initiales insidieuses apparaissent de nettement moins bon pronostic que les formes à début aigu.

Reprenant les recherches de Sullivan, **Cameron (1938)** publie l'un des premiers travaux sur les symptômes prodromiques de la schizophrénie. Selon lui, la plupart des patients parviennent aux soins dans un état comparable à celui d'un cancer métastasé ou d'une tuberculose confirmée. De manière rétrospective, il observe dans sa cohorte que près de la moitié des patients présentaient des symptômes depuis plus de deux ans, lui faisant souligner l'importance du retard diagnostique. Cameron décrit des symptômes initiaux non spécifiques, débutant de quelques semaines à plusieurs années avant le début des symptômes spécifiques, annonçant la psychose.

Au delà des considérations psychopathologiques, Cameron se révèle comme l'un des pionniers dans la détection et la prise en charge précoce des jeunes psychotiques, avec des programmes de médecine préventive, des formations pour ceux susceptibles d'entrer en contact avec les sujets à risques (enseignants, généralistes) et des examens périodiques de santé mentale dans le monde de l'instruction et du travail (Krebs, 2015).

Malgré ces quelques initiatives, la manière d'envisager la schizophrénie reste à cette époque résolument pessimiste. Dans les années suivantes, avec la découverte des

neuroleptiques (notamment la chlorpromazine en 1951), nous aurions pu imaginer une inversion de cette tendance. Cela ne se produit cependant pas, en raison probablement de la multiplication des effets secondaires de ces traitements, prescrits à des posologies élevées et chez des patients déjà avancés dans la maladie avec des résultats thérapeutiques variables. Cette conception sombre de la maladie persiste donc, tant du côté des soignants que des patients et de leur entourage, doublée d'une représentation sociale négative de la psychiatrie (Jackson et McGorry, 2009).

Dans le même moment, l'école française développe le concept de schizose (Claude, 1955), regroupant des formes de début par assauts progressifs, et celui de « prépsychose » en décrivant deux types de caractères « préschizophréniques » : la schizoïde évolutive et la névrose prépsychotique (Ey, Bernard et Brisset, 1960).

Par la suite, d'autres investigations marquantes ont été menées au Royaume-Uni par **Chapman** dans les années soixante (Chapman, 1966; Mcghie et Chapman, 1961). Selon lui, les troubles cognitifs précèdent les comportements et symptômes prépsychotiques d'apparence pseudo-névrotique. Attribuant une importance majeure aux troubles attentionnels, Chapman met en évidence dans ses études des symptômes prodromiques tels que des troubles des fonctions sélectives et inhibitoires de l'attention ainsi que de la perception, de la mémoire et de la psychomotricité. Ces symptômes prodromiques sont détaillés dans le tableau 1 ci-dessous.

Anomalies des perceptions visuelles (40 %)	<ul style="list-style-type: none"> — Anomalies de la taille des objets — Impression de rapprochement des objets — Métamorphopsies — Anomalies dans le contraste, la brillance ou la couleur des objets
Troubles cognitifs (95 %)	<ul style="list-style-type: none"> — Sensation de « <i>black out</i> » de la pensée — Sensation de blocage de la pensée — Troubles de l'attention
Troubles du langage parlé (75 %)	<ul style="list-style-type: none"> — Manque du mot — Mot inadapté
Troubles du langage entendu (80 %)	<ul style="list-style-type: none"> — Non conscience du fait d'être en train de parler
Troubles moteurs (73 %)	<ul style="list-style-type: none"> — Anomalies dans les gestes automatiques

Tableau 1 : Symptômes prodromiques de la schizophrénie selon Chapman (1966), avec leurs prévalences respectives dans la population concernée.

1.1.1.3. Les débuts d'une conception plus optimiste

Cherchant à caractériser plus précisément la phase prodromique de la schizophrénie, l'équipe allemande de **Häfner** conduit des travaux réalisés entre 1985 et 1998, il s'agit de l'étude *ABC : Age, Begining and Course* (Häfner et al., 1998). Afin de procéder de manière rétrospective à une évaluation systématique standardisée, une échelle d'évaluation des symptômes précoces, l'*Instrument for the Retrospective Assesment of the Onset of Psychosis* (IRAOS) (Häfner et al., 1992) est développée. Dans leur étude, menée auprès de 232 patients admis pour un premier épisode psychotique, les auteurs retrouvent une phase prodromique chez 73 % des patients avec une durée moyenne d'environ 5 ans. Le tableau 2 ci-dessous résume les différents symptômes identifiés par les auteurs lors de cette phase.

Symptômes névrotiques	<ul style="list-style-type: none"> Anxiété : 18 % Inquiétude : 17 %
Symptômes thymiques	<ul style="list-style-type: none"> Humeur dépressive : 16 % Manque d'énergie : 8,6 %
Symptômes cognitifs	<ul style="list-style-type: none"> Troubles de la concentration : 13 %
Symptômes physiques	<ul style="list-style-type: none"> Troubles de l'appétit et du sommeil 13,5 %
Symptômes positifs	<ul style="list-style-type: none"> Suspicion : 9,7 % Idées de référence : 7,1 %
Symptômes négatifs	<ul style="list-style-type: none"> Retrait social : 9,7 % Problèmes professionnels : 7 % Isolement : 6 %

Tableau 2 : Symptômes prodromiques de la schizophrénie selon Häfner et al. (1992) et leurs prévalences respectives dans la population concernée

Outre la précision des symptômes prodromiques, une analyse factorielle de l'évolution des symptômes est faite, mettant en évidence un ordre chronologique des troubles précédant la phase psychotique.

Cette analyse s'inscrit dans une dynamique nouvelle des années quatre-vingts, où les chercheurs tentent de caractériser les phases évolutives précoces de la schizophrénie. Ceci permet peu à peu de concevoir différemment les soins, avec l'idée d'une « fenêtre d'opportunité ». A cela se rajoutent d'une part les résultats des travaux d'épidémiologie qui soulignent les enjeux importants propres à la classe d'âge concernée (celle de l'adolescent-jeune adulte), et d'autre part les progrès de la psychopharmacologie avec le développement des antipsychotiques atypiques, mieux tolérés et permettant des prescriptions plus précoces, ce qui autorise à penser que l'on peut être efficace dès le début de la maladie. Progressivement, naît ainsi l'idée d'une intervention précoce possible, dans une démarche possiblement préventive.

C'est finalement dans les années quatre-vingt-dix que s'opère un véritable changement de paradigme, sous-tendu par les premières études prospectives (Gross, 1989; Huber et Gross, 1989) qui ouvrent le champ de la détection précoce. Suite aux observations sur les différentes phases précoces de la maladie, ayant permis de définir une période à risque pour ces jeunes susceptibles de débiter un trouble psychiatrique sévère, et constatant que pour la plupart des sujets la présence de symptômes prodromiques n'entraîne pas d'évolution systématique vers la psychose, sont apparues les notions « d'état mental à risque » ou de personne à « Ultra Haut Risque » (UHR) introduites par l'équipe australienne de **McGorry** (McGorry, Yung et Phillips, 2003). Nous passons ainsi de la notion de « prodromes », concept rétrospectif renvoyant à des signes annonciateurs, à celle « d'état mental à risque », notion probabiliste renvoyant à un état dont on ne connaît pas *a priori* le futur. Cette mutation conceptuelle majeure, qui permet de passer du « diagnostic d'évolution » à l'intervention précoce chez les sujets à risque, entraîne de fait un nouvel espoir : celui de prévenir la transition psychotique, ou plus modestement d'atténuer les symptômes de la maladie. C'est l'entrée dans l'ère d'une psychiatrie préventive (Insel, 2007).

1.1.2. Trajectoire symptomatique de la schizophrénie

Les différentes observations sur la phase précoce de la schizophrénie ont permis de mettre en lumière une trajectoire symptomatique précédant l'entrée dans la maladie. Bien que pouvant se déclarer de façon aiguë par de premiers symptômes dits positifs, il s'agit dans la majorité des cas d'une maladie à début progressif.

Schématiquement, deux phases précèdent l'apparition d'une symptomatologie psychotique franche :

- **la phase prémorbide**, s'étendant de la naissance aux premiers signes de la maladie. Il s'agit d'une phase de quiescence, dite de vulnérabilité notamment du fait de la présence d'une vulnérabilité génétique aux troubles schizophréniques, mais ne suffisant en aucun cas à une évolution inéluctable vers la psychose ;
- **la phase prodromique**, qui correspond aux premiers signes de la maladie. Elle précède de quelques mois à années les premiers symptômes productifs de la maladie.

Le passage de la phase prodromique au premier épisode psychotique signe la « **transition psychotique** », qui justifie la mise en place d'une thérapeutique médicamenteuse antipsychotique.

Par ailleurs, le délai écoulé entre l'entrée dans la phase psychotique et l'initiation d'un premier traitement fait l'objet d'un véritable enjeu quant au pronostic de la maladie. Il s'agit de la Durée de Psychose Non Traitée (DPNT) ou *Duration of Untreated Psychosis*, DUP.

La figure 1 ci-dessous (Tandon, Nasrallah et Keshavan, 2009) schématise les phases évolutives de la psychose.

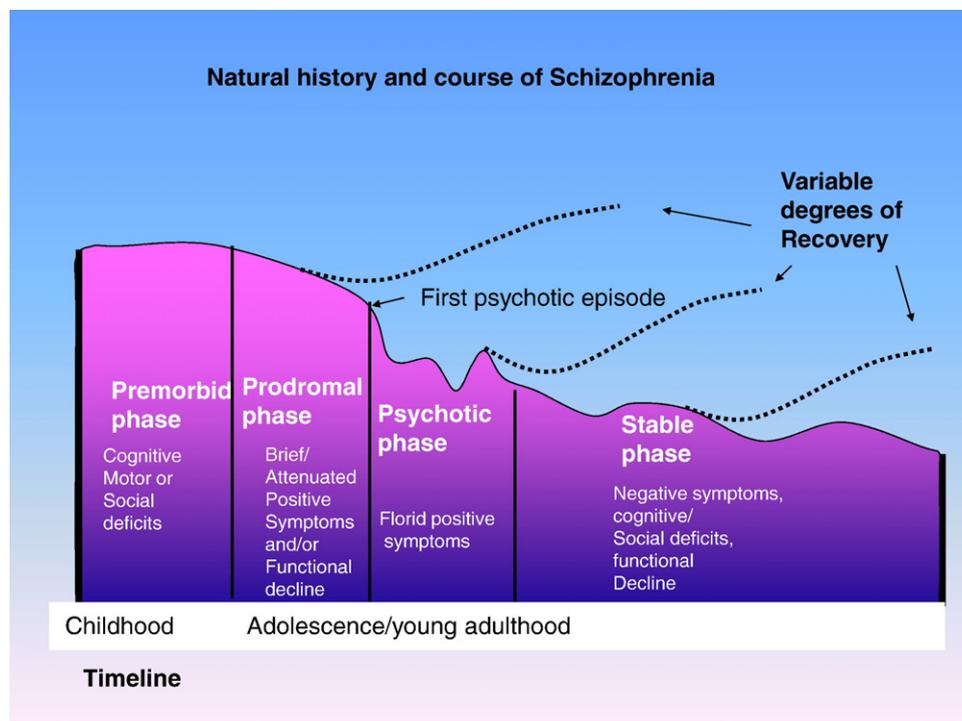


Figure 1 : Phases évolutives de la schizophrénie. L'axe vertical représente le niveau de fonctionnement du sujet (Tandon, Nasrallah et Keshavan, 2009)

1.1.2.1. Phase prémorbide

Au cours de la phase prémorbide, peuvent se retrouver des anomalies ou un retard du développement psychomoteur, ainsi que des traits de personnalité prémorbides essentiellement schizoïdes ou schizotypiques. L'équipe finlandaise de Niemi, synthétisant les données des différentes études prospectives dites « *High Risk* » (HR) sur le sujet, a détaillé différents signes cliniques pouvant être retrouvés au cours de cette phase (Niemi et al., 2003).

Ceux-ci concernent des troubles du développement moteur et neurologique, des anomalies du fonctionnement cognitif, des troubles du comportement et des interactions sociales et enfin des symptômes psychiatriques.

Concernant le **développement moteur et neurologique**, ont été décrits une « pandysmaturation » qui associe un retard du développement moteur et/ou visuo-moteur transitoire, un profil anormal des fonctions neuro-comportementales et un retard de croissance du squelette (Fish et al., 1992) ; des troubles de la coordination ; des problèmes de latéralisation et d'équilibre (Marcus et al., 1985; Rieder et Nichols, 1979). Des retards aux grandes étapes développementales ont été fréquemment observés (Cannon et al., 2002; Isohanni et al., 2005; Niemi et al., 2003). Par ailleurs, des signes neurologiques mineurs, nommés tels quels car ne possédant pas de valeur localisatrice ou pour lesquels il est difficile de mettre en évidence les réseaux neuronaux mis en jeu, seraient associés de façon plus robuste à la schizophrénie que les signes neurologiques majeurs. Il s'agit pour les plus fréquents de troubles des fonctions sensorielles intégratives, de la coordination motrice, des séquences de mouvements complexes, alternatifs ou séquentiels, et des réflexes développementaux (Krebs et Mouchet, 2007).

Pour le **fonctionnement cognitif**, la majorité des études retrouve une efficacité intellectuelle globale altérée (Schulz et al., 2014). Cependant, les résultats sont parfois discordants selon les études et cette différence ne se retrouve pas à tous les âges. Des troubles de l'attention ont été fréquemment retrouvés (Erlenmeyer-Kimling et al., 2000; Erlenmeyer-Kimling & Cornblatt, 1992). Ont été également décrits des problèmes de concentration, des troubles mnésiques et des fonctions exécutives (Byrne et al., 1999).

En ce qui concerne le **comportement et les interactions sociales**, de nombreuses difficultés dans les interactions sociales ont été relevées, tant chez les enfants que chez les adolescents. Les sujets « à risque » seraient plus agressifs, perturbateurs ou en retrait, avec une mauvaise concentration et faible participation en classe (Ayalon et Merom, 1985). Des difficultés dans les relations aux pairs sont décrites par leurs professeurs comme par eux-mêmes (Ayalon et Merom, 1985; Garnezy et Devine, 1984).

Enfin, divers **symptômes psychiatriques** sont décrits : des études ont analysé les résultats au test de personnalité MMPI, pour lequel ont été retrouvés des scores plus élevés à l'échelle de psychotisme chez les sujets « à risque » (Carter et al., 1999). De plus, Keshavan et al. (2005) retrouvent chez ces enfants des taux plus élevés de Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité, de dépression, de troubles oppositionnels et de troubles

anxieux. Par ailleurs, des traits schizotypiques ont été fréquemment retrouvés chez les sujets qui développent une schizophrénie à l'âge adulte (Erlenmeyer-Kimling et al., 1995).

1.1.2.2. Phase prodromique

Faisant suite à la phase prémorbide, la phase prodromique est considérée comme l'entrée dans la maladie. Sa modélisation, proposée par Fusar-Poli et al. (2013), est représentée par la figure 2 ci-dessous.

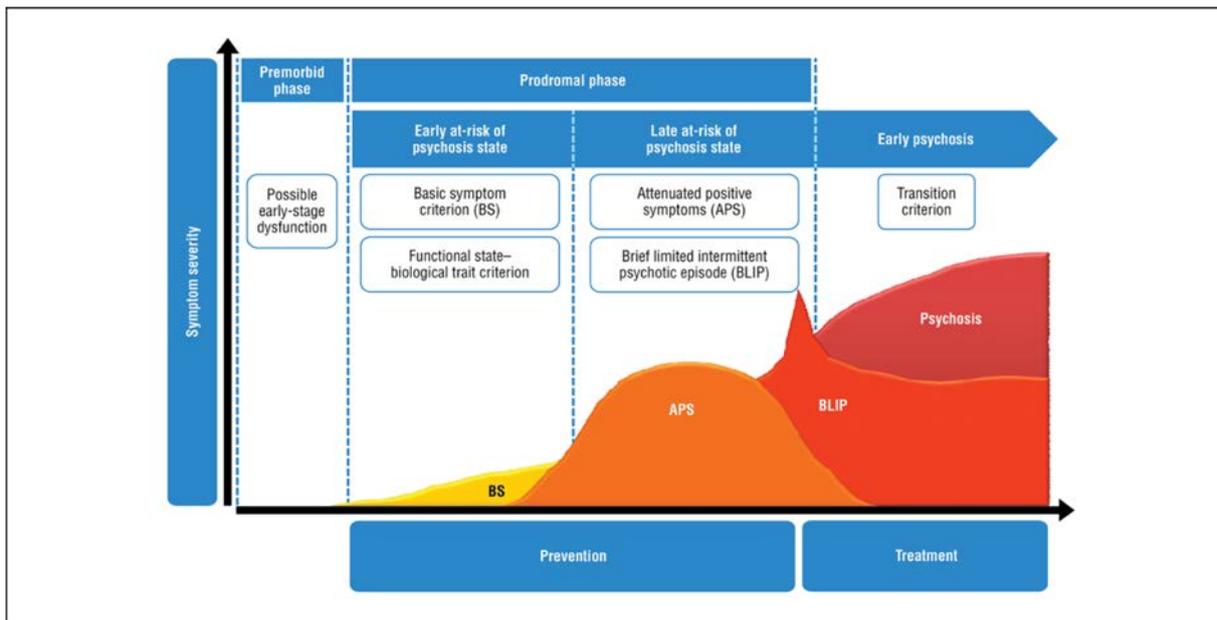


Figure 2 : Modèle d'évolution clinique d'un sujet à haut risque de transition psychotique au cours du temps. L'axe vertical correspond à l'intensité des symptômes. (Fusar-Poli et al. 2013)

Pouvant s'étendre de quelques semaines à plusieurs années, la phase prodromique se divise en deux périodes : la première correspond à la **phase précoce ou phase prépsychotique**, avec des signes non spécifiques (anxiété, dépression...) et des signes spécifiques (les symptômes de base). La deuxième correspond à la **phase tardive ou phase sub-psychotique**, où apparaissent des symptômes psychotiques atténués ou transitoires. Des épisodes psychotiques brefs, spontanément résolutifs, peuvent survenir au cours de cette période. Le sujet en phase prodromique peut voir sa symptomatologie soit régresser, soit se stabiliser, soit évoluer vers une entrée dans la psychose : c'est la **transition psychotique**. Deux approches ont décrit cette phase de manière prospective : celle, anglo-saxonne, du « *close-in* » et des critères « d'Ultra Haut Risque » de transition psychotique (McGorry et al.,

2003) et celle germanique des symptômes de base (Gross, 1989; Gross et Huber, 1985; Huber et Gross, 1989). Nous définirons et détaillerons ces approches ultérieurement.

1.1.2.3. La Durée de Psychose Non Traitée – DPNT

Correspondant à la durée écoulée entre le début de la phase psychotique et l'initiation du traitement (Register-Brown et Hong, 2014), la DPNT fait l'objet d'un véritable enjeu. En effet, de nombreuses études ont montré que plus la DPNT s'allonge, plus le pronostic apparaît mauvais, à court et à long termes et ce dans plusieurs domaines (Souaiby, Gaillard et Krebs, 2016).

Ainsi, dans une méta-analyse réalisée sur 39 études (Penttilä et al., 2014), les auteurs retrouvent une corrélation significative entre une longue DPNT et un plus mauvais pronostic en ce qui concerne les symptômes positifs et négatifs, le fonctionnement social, le taux de rémission et le pronostic général.

De plus, deux méta-analyses (Marshall et al., 2005; Perkins et al., 2005) ont retrouvé qu'une DPNT plus courte est associée à un meilleur pronostic, surtout à court terme (les 2 à 3 premières années), en ce qui concerne la sévérité des symptômes positifs et négatifs, le taux de rémission, le risque de rechute, le fonctionnement global et la qualité de vie, et ce après ajustement sur les facteurs de confusion possibles.

A ce jour, le mécanisme expliquant l'influence de la DPNT sur le pronostic de la schizophrénie reste peu clair. Il a été suggéré que la réduction de la DPNT aurait un effet sur les processus déficitaires neurobiologiques avant qu'ils ne soient avancés, en prévenant la progression des symptômes négatifs (Melle et al., 2008). Une intervention précoce serait dans ce cas importante, étant donnée l'efficacité limitée des traitements actuels et l'impact des symptômes négatifs sur l'individu (Souaiby, Gaillard et Krebs, 2016).

Plus récemment, s'est développée la notion de **Durée de Maladie Non Traitée (DMNT)**, qui prend en compte la phase de prodromes en plus de celle de DPNT. Cependant, les études prenant en compte les effets de la DMNT sont encore peu nombreuses. Deux études ont retrouvé une corrélation entre une DMNT plus courte et un meilleur pronostic clinique et fonctionnel à 2 ans (Keshavan et al., 2003) et à 8 ans (Crumlish et al., 2009), indépendamment du fonctionnement prémorbide. Dans ces études, la DMNT prédisait mieux

le pronostic de la maladie que la DPNT. Théoriquement cette notion semble plus valide car elle prend en compte les prodromes. Cependant, l'évaluation de la durée des prodromes n'étant pas toujours simple, la DMNT reste difficile à définir (Souaiby, Gaillard et Krebs, 2016).

1.1.3. Risque de transition psychotique : les critères « Ultra Haut Risque » et leur outil d'évaluation, la *Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States* (CAARMS)

Comme nous l'avons vu, les premières études ayant permis de caractériser les prodromes étaient d'abord des études rétrospectives. A partir de la fin des années quatre-vingts sont menées des études prospectives : c'est la génération des études « *High Risk* » (HR), dans lesquelles les sujets sont considérés comme « à risque » du fait de leur vulnérabilité génétique (antécédents familiaux de psychose).

Par ailleurs, les études de premier épisode ayant montré l'influence de la DPNT, la réduction de cette dernière est devenue un enjeu majeur. Il s'agit alors de repérer le plus précocement possible les sujets entrant dans la psychose afin de proposer rapidement un traitement adapté, l'idéal étant de les repérer avant la transition psychotique. Néanmoins, du fait du faible taux de transition en population générale et dans les populations « HR » repérées par les études antérieures, la mise en place d'une intervention précoce au sein de ces populations n'est pas envisageable. L'enjeu, à partir des années quatre-vingt-dix devient alors d'améliorer la prédictibilité. La stratégie adoptée par les équipes anglo-saxonnes est alors celle du *close-in* : distinguer, autant que possible, les sujets pour lesquels la transition vers la psychose est imminente (McGorry et al., 2003).

Dès lors, les travaux des principales équipes (celles de McGorry en Australie et de McGlashan aux Etats-Unis) permettent de définir des critères adoptés internationalement, identifiant les sujets présentant un « **état mental à risque** » (*At Risk Mental State*, ARMS) ou un « **Ultra Haut Risque** » (UHR) de transition vers la psychose, termes permettant de se démarquer des études antérieures de suivi prospectif de patients « HR » du seul fait d'un risque génétique.

L'objectif est alors, une fois le repérage effectué, de proposer une prise en charge spécifique à ces sujets afin de tenter de diminuer le taux de transition vers la psychose et de traiter rapidement dès l'apparition de signes psychotiques francs.

Par ailleurs, ces travaux permettent de montrer que la transition psychotique n'est pas inéluctable et qu'elle dépend sans doute de facteurs précipitants et/ou protecteurs (Erlenmeyer-Kimling et al., 1995).

1.1.3.1. Les critères « Ultra Haut Risque »

L'approche « Ultra Haut Risque » qui émane des travaux de l'équipe de McGorry concerne la **phase prodromique tardive**. Comme nous l'avons développé plus haut, durant cette phase, outre les symptômes non spécifiques déjà présents depuis la phase prodromique précoce, apparaissent des symptômes psychotiques atténués ou transitoires.

Après le développement de premiers critères (Yung et McGorry, 1996), les auteurs cherchent à en améliorer la spécificité en précisant d'une part la fréquence et la durée des symptômes, et d'autre part la présence durant la dernière année d'une altération du fonctionnement. Ils ont ainsi été amenés à développer un entretien approprié : la *Comprehensive Assessment of At Risk Mental States, CAARMS* (évaluation détaillée des états mentaux à risque) (Yung et al., 2005).

Les individus entre 14 et 30 ans sont considérés comme à « Ultra Haut Risque » de développer un premier épisode psychotique s'ils remplissent les critères d'un ou plusieurs des trois groupes suivants au sens de la CAARMS :

- **Groupe 1 ou groupe de vulnérabilité** : il réunit les sujets ayant une vulnérabilité, c'est-à-dire qui ont un trouble de la personnalité schizotypique et/ou un parent au premier degré atteint de psychose, associé à une détérioration significative de leur niveau de fonctionnement global au cours de la dernière année pendant au moins 1 mois.
- **Groupe 2 ou groupe psychose atténuée** : il regroupe les sujets présentant des symptômes psychotiques atténués soit par leur intensité (symptômes qui ne sont pas suffisamment sévères pour poser un diagnostic de psychose), soit par leur fréquence (les symptômes ne sont pas présents assez souvent). Les symptômes doivent être présents au cours de la dernière année mais exister depuis moins de 5 ans, et doivent être associés à une diminution du niveau de fonctionnement global.

- **Groupe 3 ou groupe BLIPS (*Brief, Limited or Intermittent Psychotic Symptoms* : **Symptômes psychotiques brefs, limités ou intermittents**)** : ce groupe rassemble des sujets à risque de psychose en raison d'une histoire récente de symptômes psychotiques francs. Ces derniers doivent être présents par épisodes, qui s'interrompent spontanément (sans médicament antipsychotique) et durent au maximum une semaine. Les symptômes doivent être présents au cours de la dernière année mais exister depuis moins de 5 ans, et doivent être associés à une baisse du fonctionnement global.

1.1.3.2. La CAARMS : outil d'évaluation des sujets UHR

- **Présentation générale**

La CAARMS dans sa version française est visible en annexe 1. Traduite et validée en français par Krebs et al. (2014), la CAARMS a été élaborée dans sa première version en 1994 par l'équipe de Yung et Mc Gorry, puis révisée en 2005 pour atteindre sa version actuelle (Yung et al., 2005). C'est, à ce jour, la seule échelle d'évaluation des états mentaux à risque traduite et validée en français, et elle fait partie des instruments de repérage des signes prodromiques les plus utilisés, ce qui permet une comparaison inter-études.

Il s'agit d'un entretien semi-structuré, visant à donner une définition opérationnelle des critères « Ultra Haut Risque » et permettant de déterminer le seuil d'entrée dans la psychose. Elle a deux objectifs principaux :

- évaluer la psychopathologie possiblement annonciatrice d'un premier épisode psychotique ;
- déterminer si un individu remplit les critères d'état mental à risque d'apparition d'un premier épisode (UHR).

Elle vise également à exclure ou confirmer les critères d'une psychose aiguë, ainsi qu'à explorer l'évolution au cours du temps.

Organisée en 7 sous-échelles (tableau 3), la CAARMS permet l'évaluation des signes positifs ou négatifs, mais aussi des symptômes de désorganisation, d'autres signes non spécifiques (anxiété, suicide, trouble de l'humeur) et des symptômes de base de Huber, que nous développerons plus en aval.

1. Symptômes positifs

- 1.1. Troubles du contenu de la pensée
- 1.2. Idées non-bizarres
- 1.3. Anomalies de la perception
- 1.4. Discours désorganisé

2. Changement cognitif : attention / concentration

- 2.1. Changements cognitifs subjectifs*
- 2.2. Changements cognitifs objectifs

3. Perturbation émotionnelle

- 3.1. Perturbation émotionnelle subjective*
- 3.2. Émoussement de l'affect observé
- 3.3. Affect inapproprié observé

4. Symptômes négatifs

- 4.1. Alogie
- 4.2. Avolition / Apathie*
- 4.3. Anhédonie

5. Modification du comportement

- 5.1. Isolement social
- 5.2. Altération du comportement
- 5.3. Comportements désorganisés, bizarres, stigmatisants
- 5.4. Comportement agressif / dangereux

6. Changements physiques / moteurs

- 6.1. Plaintes subjectives d'altération du fonctionnement moteur*
- 6.2. Changements dans le fonctionnement moteur observé
- 6.3. Plaintes subjectives d'altération des sensations corporelles*
- 6.4. Plaintes subjectives d'altération des fonctions végétatives*

7. Psychopathologie générale

- 7.1. Manie
- 7.2. Dépression
- 7.3. Intention suicidaire et automutilation
- 7.4. Labilité de l'humeur
- 7.5. Anxiété
- 7.6. Troubles obsessionnels et compulsifs (TOC)
- 7.7. Symptômes dissociatifs
- 7.8. Diminution de la tolérance au stress habituel*

* Symptômes de base de Huber

- **Mode de passation**

La CAARMS est cotée au cours d'un entretien direct entre le sujet et un professionnel de la santé mentale. Elle propose un guide d'entretien semi-structuré avec, pour chaque item, la liste des symptômes concernés par la cotation, des amorces de questions et un espace libre pour noter la réponse. La passation de l'échelle globale dure en moyenne deux heures.

- **Cotation**

Pour chaque sous-échelle, une évaluation est faite pour le niveau d'intensité de chaque symptôme de 0 à 6, pour la fréquence et la durée des symptômes et pour les liens éventuels avec une consommation de substances psychotropes. Le 0 représente l'absence de symptômes et le 6 désigne la catégorie symptomatique d'intensité sévère « psychotique ». Un symptôme positif est considéré comme « symptôme psychotique atténué » s'il se situe dans la tranche d'intensité entre 3 et 5.

Le fonctionnement global doit être évalué à l'aide de la **SOFAS**, échelle d'évaluation du fonctionnement social et professionnel (annexe 2). Est considérée comme une baisse du fonctionnement une chute au moins égale à 30 % du score de la SOFAS par rapport au niveau prémorbide estimé sur une période d'au moins 1 mois au cours de la dernière année ou un score de SOFAS inférieur ou égal à 50 pendant au moins les 12 derniers mois.

L'évaluation du risque de transition psychotique se fait sur la seule sous-échelle des symptômes positifs, les autres permettant une évaluation globale de la psychopathologie.

La CAARMS permet d'orienter les sujets vers l'un des 3 groupes à risque (groupe 1 : vulnérabilité ; groupe 2 : psychose atténuée ; groupe 3 : BLIPS). Elle définit également un seuil de psychose, tableau clinique défini par une persistance de symptômes psychotiques au-dessus des seuils d'intensité durant plus d'une semaine, seuil à partir duquel l'instauration d'un traitement antipsychotique est recommandée.

1.1.3.3. Les autres outils d'évaluation des sujets UHR

Nous ne ferons que les citer. Il s'agit du **SIPS** (*Structured interview for Prodromal Syndromes*), entretien semi-structuré construit par Miller et McGlashan (1999). Il est associé

à l'échelle de sévérité correspondante : la *Scale of Prodromal Symptoms (SOPS)* (Miller et al., 1999, 2003). Ces instruments ne sont pour l'heure pas disponibles en français.

1.1.3.4. Une autre approche : les symptômes de base et leur outil d'évaluation, la BSABS

- **Principe général**

En parallèle de l'approche anglo-saxonne, se développe une autre approche, germanique, dite des « **symptômes de base** ».

Privilégiée par les équipes germaniques dans la lignée des phénoménologues allemands du XX^{ème} siècle et des travaux de G. Huber (Gross, 1989; Gross et Huber, 1985; Huber et Gross, 1989), l'approche par les symptômes de base consiste à rechercher des symptômes subjectifs des sphères cognitives, affectives et sociales, présents dans les années précédant la transition psychotique et pouvant être identifiés par le sujet. A la différence de l'approche anglo-saxonne et en particulier australienne, il ne s'agit pas de rechercher des symptômes psychotiques atténués mais des symptômes de base, n'ayant pas obligatoirement de caractéristiques psychotiques mais pouvant être prédicteurs de symptômes psychotiques ultérieurs.

Ces altérations, résumées par le tableau 4 ci dessous, ne sont ni comportementales ni des expressions verbalisées, mais consistent en des expériences subjectives subtiles : troubles émotionnels, de la pensée, des perceptions corporelles, de la coordination motrice, des fonctions végétatives et de la tolérance au stress. Restant dans la sphère privée du sujet, ces expériences échappent ainsi à l'approche clinique centrée sur les symptômes spécifiques (délire, hallucinations...) et nécessitent une écoute particulière : celle du vécu du patient.

- **Affaiblissement des fonctions cognitives :**
troubles de l'attention, de la concentration, de la mémorisation
- **Altération des capacités à ressentir les émotions :**
irritabilité, excitabilité, impressionnabilité, émoussement affectif
- **Perte d'énergie :**
fatigue, épuisement soudain, hypersensibilité à tout effort
- **Altération des fonctions motrices**
- **Altération des sensations corporelles**
- **Altération des perceptions sensorielles**
- **Altération des fonctions autonomes**
- **Intolérance au stress**

Tableau 4 : Symptômes de base de Huber (Gross et Huber 1985)

- **Outils d'évaluation des symptômes de base**

Afin de rechercher ces expériences subtiles, une échelle d'évaluation des symptômes de base a été développée : il s'agit de la **BSABS : Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms** (Klosterkötter et al., 2001). En cours de validation en français, la BSABS s'inspire des travaux de Huber et vise à détecter les signes précurseurs de la schizophrénie ainsi qu'à étudier leur spécificité pour permettre un repérage plus précoce de la maladie.

Par la suite, ont vu le jour la **Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms-Prediction list (BSABS-P)** (Bechdolf, Schultze-Lutter et Klosterkötter, 2002) puis la **Schizophrenia Proneness Instrument, adult-version (SPI-A)** (Schultze-Lutter et al., 2007), versions réduites et simplifiées de la BSABS. Ces échelles ne sont pour l'heure pas disponibles en français.

1.1.3.5. Devenir des sujets UHR

La méta-analyse réalisée par Fusar-Poli et al. (2012), regroupant 37 études faites entre 1996 et 2011 pour un total de 2502 patients UHR, retrouve une taux de transition psychotique d'environ **1/3 à 3 ans** dans les études utilisant la CAARMS ou la SIPS. Ce taux est évalué précisément à 18 % à 6 mois, 22 % à 1 an, 29 % à 2 ans, 32 % à 3 ans et 36 % après 3 ans.

Il est par ailleurs intéressant de remarquer que, comme le montre la figure 3, le taux de transition psychotique se révèle plus faible dans les études les plus récentes. Les auteurs avancent trois paramètres pouvant expliquer ceci : d'une part les effets d'un traitement précoce (les taux de transition apparaissent significativement plus faibles dans les études où les patients reçoivent des soins précoces), d'autre part le fait que les dispositifs spécialisés où sont réalisées les études parviennent à faire un dépistage de plus en plus précoce, et donc chez des patients qui ne transiteront que plus tardivement, et enfin un possible effet de dilution (plus de « faux positifs »).

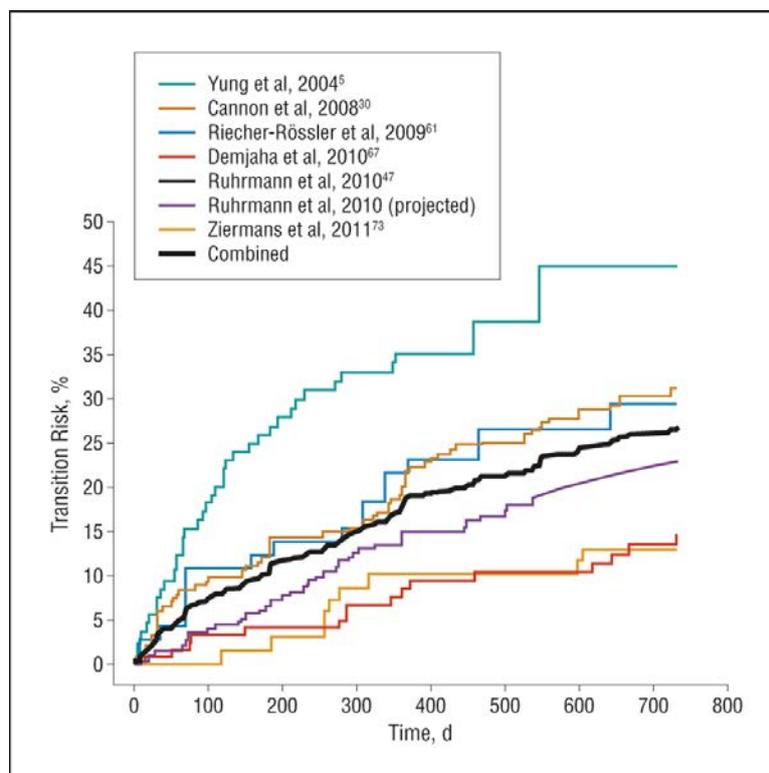


Figure 3 : Estimations de Kaplan-Meier des risques de transition psychotique (6 études) chez des sujets à haut risque de transition psychotique (Fusar-Poli et al., 2013)

En ce qui concerne les symptômes de base, l'étude de Klosterkötter et al. (2001) a montré qu'en l'absence de symptômes de base identifiés chez le sujet, le risque de transition psychotique était **exclu à 96 %**.

Chez les sujets qui ont transité, la méta-analyse de Fusar-Poli et al. (2012) rapporte qu'environ 80 % d'entre eux ont été diagnostiqués dans le spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques, et que les 20 % restants ont reçu un diagnostic de bipolarité ou de troubles apparentés (figure 4 ci dessous).

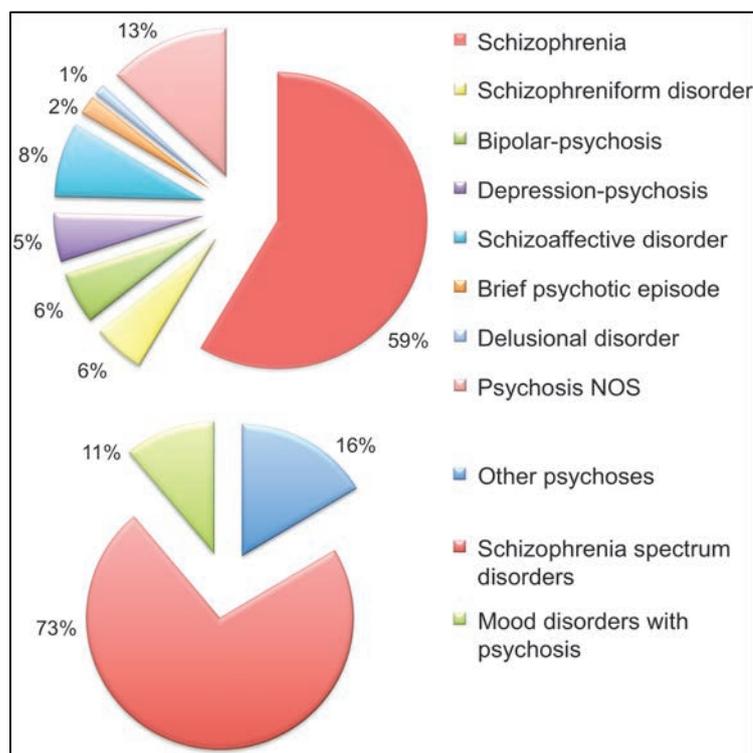


Figure 4 : Analyse descriptive des diagnostics DSM chez les sujets à risque ayant développé un épisode psychotique franc (n=560) Fusar-Poli (2012)

Enfin, en ce qui concerne les patients qui ne transitent pas, les études montrent que la majorité d'entre eux continue de présenter des symptômes psychotiques infraliminaires persistants et/ou des troubles anxieux ou de l'humeur, ainsi que des difficultés de fonctionnement (Addington et al., 2011). De Wit et al. (2014) ont montré qu'après 6 années de suivi, 40 % des sujets UHR n'ayant pas transité présentent une amélioration clinique globale. Les symptômes psychotiques atténués s'améliorent surtout durant les 2 premières années, mais les symptômes thymiques ne s'améliorent que plus tard et plus lentement.

Améliorer la prédictibilité ?

L'adoption des critères UHR a permis d'améliorer le repérage précoce des patients à risque de développer une psychose à brève échéance. Cependant, avec un taux de transition moyen d'un tiers à 3 ans, il est devenu nécessaire d'améliorer encore la prédictibilité afin de se rapprocher au plus près des patients les plus à risque.

Les études ont donc essayé de combiner plusieurs critères afin d'atteindre cet objectif. C'est le cas notamment de 2 études majeures : l'étude nord-américaine NAPLS (Cannon et al., 2008) et l'étude européenne EPOS (Ruhrmann et al., 2010).

L'étude NAPLS a ainsi identifié 5 caractéristiques étroitement liées au risque de transition psychotique : le risque génétique associé à une détérioration récente du fonctionnement, un score élevé à la sous-échelle de la SIPS « troubles du contenu de la pensée », un score élevé à la sous-échelle de la SIPS « suspicion/paranoïa », un dysfonctionnement social important, et enfin un historique d'abus de substances. Un algorithme combinant 2 ou 3 de ces caractéristiques augmente le pouvoir prédictif positif jusqu'à 80 % comparé aux seuls critères prodromiques (avec cependant une perte de sensibilité).

L'étude EPOS, quant à elle, a montré qu'une combinaison de critères UHR et de symptômes de base augmente le pouvoir prédictif de transition. Ce modèle de régression linéaire retrouve une valeur prédictive positive de 83,3 %. Selon ce dernier, 6 variables sont à prendre particulièrement en considération quant au risque de transition psychotique : les symptômes positifs, les pensées bizarres, les troubles du sommeil, un trouble de la personnalité schizotypique, le niveau de fonctionnement antérieur et le nombre d'années d'études. Par ailleurs, cette étude a le grand intérêt d'avoir défini un index pronostique divisé en 4 classes en fonction du risque individuel de transition. Ceci permet d'éviter la perte de sensibilité induite par le *cut-off* unique « à risque / non à risque » des études antérieures.

A ce jour, outre les critères cliniques, la recherche de meilleurs critères de prédiction et l'étude des mécanismes sous-jacents s'orientent vers l'identification et la prise en compte de marqueurs biologiques, cognitifs, ou en imagerie (Krebs, 2015).

1.1.4. L'intervention précoce

1.1.4.1. Efficacité de l'intervention précoce

Depuis le développement de la toute première structure d'intervention précoce, la *Personal Assessment and Crisis Evaluation* (PACE) à Melbourne (Yung et al., 1996), de nombreuses études se sont intéressées à l'efficacité de ces interventions précoces. Celles-ci se divisent en deux types : d'une part les interventions en amont, auprès des patients « à risque » de développer une psychose, et d'autre part les interventions après le début de l'entrée dans la psychose.

Les objectifs principaux des interventions d'amont sont en premier lieu de prévenir, ou de retarder la transition psychotique, et en second lieu de prendre en charge les comorbidités fréquentes chez les patients à risque, telles que la dépression ou l'anxiété. Par ailleurs, si la

transition devait se faire, le fait que les patients soient déjà engagés dans des soins permettrait de réduire la DPNT et faciliterait une entrée non traumatique dans un programme de soins (Killackey et Yung, 2007).

1.1.4.1.1. Intervention auprès des patients « à risque »

Deux conditions s'avèrent nécessaires pour remplir les objectifs : la première est la capacité à identifier les patients à risque de développer la maladie, et la deuxième est la nécessité de disposer de traitements efficaces pour ralentir ou prévenir la progression de la maladie.

- **Identification des patients**

L'identification des patients à risque de développer une psychose constitue la condition première d'une intervention précoce auprès de ceux-ci. Or, l'incidence des troubles psychotiques dans la population générale étant relativement basse, un dépistage systématique en population générale ne paraît pas du tout adapté (McGorry et Killackey, 2002). C'est à cet effet que, comme nous l'avons vu, ont été développés la stratégie du « *close-in* » et ses critères UHR, permettant de cibler un groupe de patients chez lesquels le taux de transition vers la psychose s'élève en moyenne à 36 % après 3 ans. Afin de favoriser l'accès aux structures d'évaluation et de soins précoces des patients potentiellement à risque, nombre d'entre elles ont organisé au niveau local des campagnes de formation et d'information. Elles permettent d'une part aux professionnels de premier recours une meilleure identification des signes devant faire référer vers le centre ressource, et d'autre part aux jeunes une meilleure connaissance des troubles psychiques et la notion de l'existence d'une structure de référence (Fusar-Poli et al., 2013). Restent cependant les patients non demandeurs de soins, voire non repérés par leurs proches, qui échappent à ce dépistage et cette prise en charge précoce.

- **Impact sur la transition psychotique**

Récemment, Schmidt et al. (2015) ont réalisé une méta-analyse portant sur 15 études et regroupant près de 1400 patients. Cette dernière a montré une réduction significative des taux de transition psychotique chez les patients ayant bénéficié de programmes de détection et

de soins précoces après 6, 12, 18, 24, et jusqu'à 48 mois post-identification par rapport aux patients n'en ayant pas bénéficié.

Au-delà de l'objectif de prévenir la transition psychotique, l'argument le plus important en faveur d'une intervention chez les sujets à risque est la détresse causée par leurs problèmes de santé mentale, qui sont déjà présents à ce stade de prise en charge précoce (Kline, Thompson et Bussel, 2014; Rüschi et al., 2014; Stowkowy et al., 2015). Très souvent, des comorbidités nécessitant un traitement sont présentes, notamment la dépression, l'anxiété et l'abus de substances (Fusar-Poli et al., 2014; Hui et al., 2013; Salokangas et al., 2012). Les sujets à risque présentent une faible capacité d'adaptation, une mauvaise estime d'eux-mêmes ainsi que des biais cognitifs interprétatifs proches de ceux des patients dépressifs (Schmidt et al., 2015).

1.1.4.1.2. Intervention précoce après la transition psychotique

- **Réduction de la durée de psychose non traitée**

L'étude TIPS (Johannessen et al., 2005) a permis de montrer, avec une méthodologie solide, une réduction significative de la DPNT chez les patients proches d'une structure de détection précoce par rapport aux patients ne vivant pas à proximité d'une telle structure (Melle et al., 2004), avec une durée médiane de psychose non traitée de 5 semaines dans le groupe « détection précoce » *versus* 16 semaines dans l'autre groupe.

- **Traitement du premier épisode psychotique**

Deux essais randomisés ont étudié le devenir des patients après un premier épisode psychotique pris en charge au sein d'une structure de soins précoces :

- **L'essai OPUS** (Thorup et al., 2005), sur près de 550 patients, a pu montrer une efficacité supérieure des soins précoces par rapport aux soins standards à la fois sur la symptomatologie, le fonctionnement global, et sur la perception par leur famille que les patients puissent représenter une charge pour eux, et ceci à 1 et 2 ans après le premier épisode psychotique.

- **L'essai *Lambeth Early Onset LEO*** (Craig et al., 2004), lui, a montré une meilleure efficacité d'une structure de soins précoces par rapport à une prise en charge standard sur le nombre de réhospitalisations et de perdus de vue. Les autres analyses de cette étude (Garety et al., 2006) ont montré que les patients pris en charge par la structure de soins précoces avaient une meilleure observance médicamenteuse, étaient plus souvent actifs professionnellement ou en formation, et établissaient ou ré-établaient plus facilement des relations sociales.

Plus récemment, Joa et al. (2015) ont confirmé ces données, en avançant que la prise en charge précoce permettait la réduction de la sévérité des symptômes psychotiques, diminuait le taux de suicide et favorisait le maintien d'un bon fonctionnement.

- **Coût de l'intervention précoce**

Le projet *Parachute* (Cullberg et al., 2006) a étudié les coûts d'une intervention précoce *versus* ceux d'une prise en charge standard sur une période de 3 ans. S'il n'y a pas eu de différence significative pour les 2^{ème} et 3^{ème} années, l'étude a montré qu'une intervention précoce divisait par plus de deux les coûts durant la première année, ceci étant essentiellement lié au fait que l'intervention précoce favorise les soins ambulatoires plutôt qu'en hospitalisation.

Par ailleurs, d'autres études ont montré que la prise en charge précoce réduit tous les coûts liés aux comorbidités (usage de toxiques, dépression...) et ce, quelle que soit l'évolution (Fusar-Poli et al., 2014; Guloksuz et al., 2015). Enfin, compte tenu du coût majeur de la schizophrénie, la prévention semble être source d'économies non négligeables : le dernier rapport de la *London School of Economic*, en 2014, montre qu'un euro investi pour la prévention en ferait économiser quinze (Knapp et al., 2014).

- **Durée de l'intervention précoce**

La question de la durée « idéale » de l'intervention précoce se pose encore. Birchwood et Fiorillo (2000) ont identifié les 5 premières années comme période critique alors que la plupart des programmes d'intervention précoce durent de 18 mois à, au maximum, 3 ans.

Pour Killackey et Yung (2007), les forts taux de rechute chez les jeunes patients psychotiques justifieraient une prise en charge plus longue.

1.1.4.2. Les types d'intervention

L'un des reproches faits à cette stratégie demeure dans le fait que, malgré l'adoption de critères permettant d'améliorer la prédictibilité, de nombreux patients – la plupart – ne transiteront jamais vers la psychose, et ce en l'absence de toute intervention. Ces patients seraient donc traités « à tort » avec un risque d'une part de stigmatisation et d'autre part de iatrogénie liée aux traitements.

A cet effet, afin de ne pas proposer les soins les plus intensifs à tous les patients quelle que soit leur symptomatologie, la stratégie du *staging* a été proposée (Yung et McGorry, 2007) : les interventions les plus précoces consistent en des interventions non invasives (psychoéducation par exemple) et, seulement si les symptômes tendent à s'intensifier, d'autres stratégies sont proposées, pouvant aller jusqu'à la médication. Le tableau 5 ci-dessous résume cette stratégie.

Stade clinique	Définition	Population cible	Intervention potentielle
0	Risque augmenté Aucun symptôme	Adolescents apparentés de 1 ^{er} degré	Promouvoir la santé, éducation de la famille Éducation sur les drogues, training cognitif
1a	Symptômes légers, non spécifiques, déclin fonctionnel modeste	Screening des adolescents, adressage par les généralistes et les écoles	Psychoéducation familiale, TCC, réduction active des drogues
1b	UHR : symptômes subliminaires, déclin fonctionnel	Adressage par les généralistes, urgences	Psychoéducation familiale, TCC, réduction active des drogues
2	1 ^{er} épisode psychotique	Adressage par les généralistes, urgences, spécialistes addictions	Psychoéducation familiale, TCC, réduction active de drogues, antipsychotiques atypiques

Tableau 5 : Modélisation du *staging*, d'après Yung et McGorry (2007) (Krebs 2015)

La stratégie, est, en pratique, de traiter « ce qui se voit » : abus et dépendance aux toxiques, dépression, anxiété, etc. En cas de traitement médicamenteux, les auteurs suggèrent de traiter par antidépresseurs en première intention et de passer à un traitement antipsychotique lorsque les symptômes psychotiques s'intensifient jusqu'à atteindre le seuil de psychose (Yung et al., 2004).

Les auteurs soulignent l'importance, pour les patients ayant franchi le seuil de psychose et *a fortiori* pour ceux à ultra haut risque, d'une prise en charge ambulatoire (excepté situation d'urgence telle qu'un risque suicidaire). Il s'agit de favoriser la prise en charge « dans le milieu », en maintenant le sujet dans ses activités scolaires, professionnelles ou occupationnelles, et de l'accompagner à des niveaux divers (médical, social, scolaire ou professionnel, etc.). A cet effet, la prise en charge des patients avec une stratégie de *case management* (avec gestionnaire de cas ou référent de continuité) est prônée par les services de détection et d'intervention précoce (Marion-Veyron et al., 2013; McGorry et al., 1996).

1.1.4.3. Un exemple de dispositif d'évaluation et d'intervention précoce : le dispositif 15-25 de Montauban

Actif depuis 2015, le dispositif 15-25 de Montauban (Larrieu, Martinez et Ganchou, 2016) est la structure au sein de laquelle nous avons mené notre étude.

Destiné à évaluer et prendre en charge les jeunes concernés par la psychose émergente, ce dispositif a été élaboré en s'inspirant des programmes de soins développés récemment à l'international et plus particulièrement du TIPP (Traitement et Intervention dans la Phase précoce des troubles Psychotiques) à Lausanne (Conus, Polari et Bonsack, 2010).

1.1.4.3.1. Principes généraux du dispositif 15-25

Les objectifs du dispositif, au moment de sa création, se déclinent sur plusieurs axes :

- amélioration de l'accessibilité aux soins ;
- amélioration de la continuité des soins par le renforcement de l'engagement dans les soins et prévention des rechutes ;
- exhaustivité et coordination des soins ;
- diminution de la durée de psychose non traitée.

Il n'y a pas eu de budget spécifique attribué pour la création de ce dispositif ; c'est par la restructuration des prises en charge pour cette population spécifique que celui-ci a pu se développer. Partant du constat que la grande majorité des troubles psychotiques apparaissent entre 15 et 25 ans, il a été fait le choix d'un dispositif actif sur cette tranche d'âge, d'où le nom donné au programme.

Le dispositif s'articule autour de la notion de référence de continuité, qui se rapproche dans une terminologie française de celle de *Case Managing* mise en exergue dans le programme de soins sus-cité.

Afin de remplir les objectifs d'amélioration de l'accessibilité aux soins et de diminution de la durée de psychose non traitée, il a été fait le choix d'un dispositif ouvert sur l'extérieur : un réseau de liens avec les professionnels de premier rang est déjà en place, notamment avec La Maison des Adolescents, RESADO, et l'Education Nationale. De plus, un numéro de téléphone unique avec ligne dédiée a été transmis aux professionnels de santé, permettant de contacter directement les acteurs centraux du dispositif. Une campagne de formation et d'information sur le projet visant les médecins généralistes est en cours. Par ailleurs, les patients peuvent directement solliciter le dispositif par une adresse mail dédiée.

1.1.4.3.2. Structure du dispositif 15-25

Le dispositif actuel de parcours de soins du jeune patient comprend plusieurs modules (figure 5, page suivante).

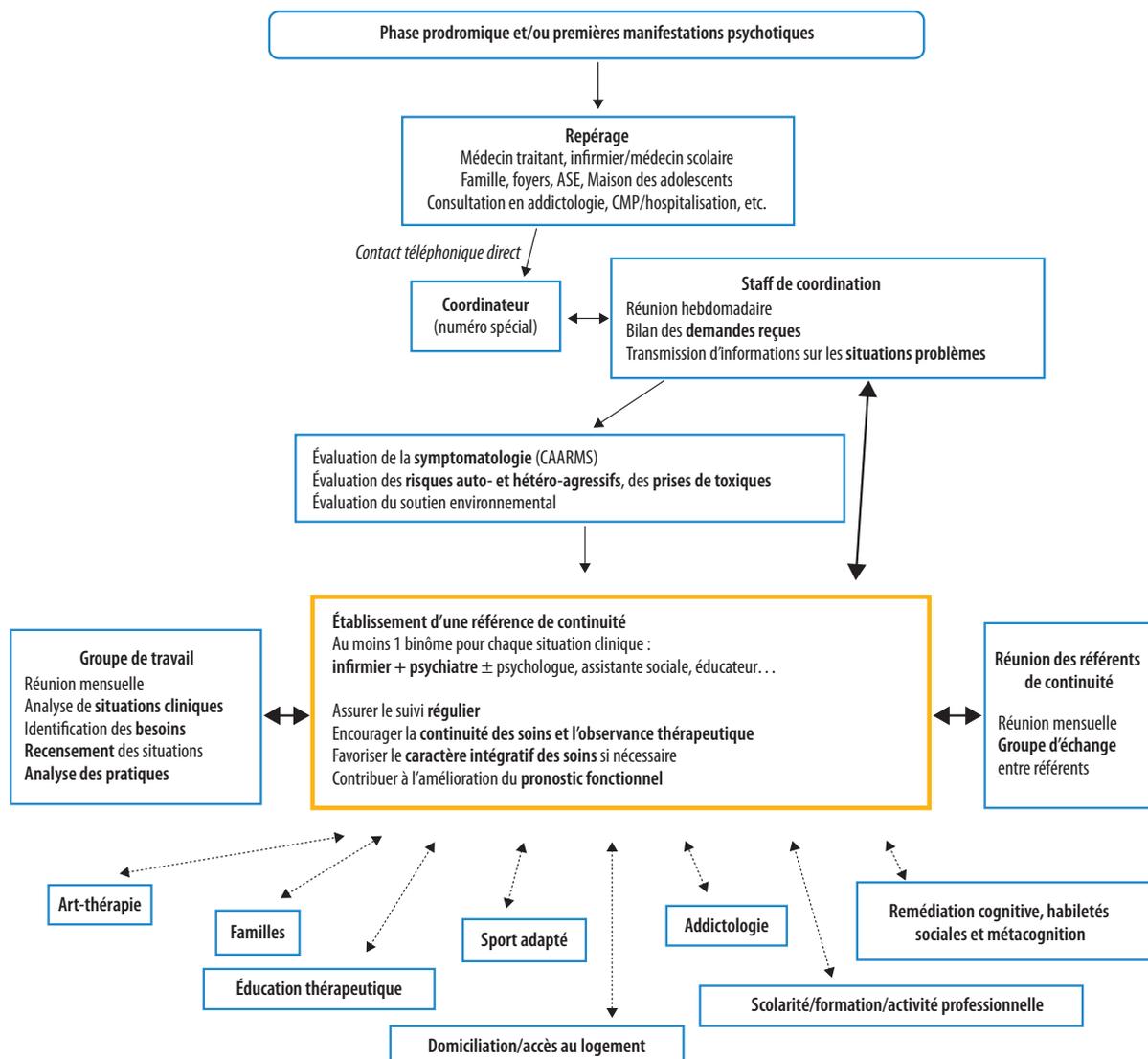
Il s'articule autour de la place centrale prise par le référent de continuité, donnant une cohérence au suivi et travaillant de manière à ce que le lien ne se rompe pas. Pour chaque patient, cette fonction est systématiquement assurée par un binôme associant un infirmier et un médecin psychiatre. Afin de favoriser pour le patient le sentiment d'une bonne continuité et cohérence des soins, il est introduit le plus tôt possible auprès du patient, idéalement dès l'évaluation initiale.

Le référent de continuité est en lien avec le groupe de travail, le staff de coordination, et la réunion des référents de continuité. Ces trois temps d'échanges entre professionnels ont des missions bien spécifiques : le groupe de travail analyse les situations cliniques et réfléchit au fonctionnement et à l'évolution du dispositif, le staff de coordination permet un point hebdomadaire sur les demandes reçues et les situations problématiques, et enfin la réunion des référents de continuité constitue un temps d'échange entre eux.

En fonction des difficultés présentées par le patient, le référent de continuité peut solliciter un ou plusieurs sous-groupes de travail. Ceux-ci regroupent des approches alliant prévention et réhabilitation psychosociale, avec pour objectif principal de limiter le caractère traumatisant des premières expériences psychotiques. A ce jour, 8 sous-groupes de travail ont

été créés, soit à l'occasion du développement du dispositif 15-25, soit à partir de structures existant auparavant, et sont opérationnels ou en voie de l'être prochainement. Il s'agit des groupes :

- remédiation cognitive / habiletés sociales et métacognition ;
- éducation thérapeutique ;
- scolarité / formation / activité professionnelle ;
- familles ;
- domiciliation / accès au logement ;
- addictologie ;
- sport ;
- arthérapie.



ASE : Aide sociale à l'enfance ; CAARMS : Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States ; CMP : Centre médicopsychologique.

Figure 5 : Structure du dispositif 15-25 (Larrieu, Martinez et Ganchou 2016)

1.1.4.3.3. Parcours de soins

La prise de contact avec le dispositif est volontairement très simple afin de favoriser le plus possible l'accès aux soins pour ces jeunes patients. Quel que soit le premier lieu sollicité par un jeune (CMP, médecin traitant ou médecin scolaire, hospitalisation, urgences, Maison des Adolescents, RESADO, ASE...), le professionnel qui reçoit le patient, après en avoir fait une première évaluation relevant des signes préoccupants, peut contacter le numéro unique transmis aux professionnels.

Chaque semaine, les nouvelles demandes sont recensées *via* le staff de coordination. Après discussion en équipe, une première évaluation est proposée dans la semaine. Un bilan plus poussé peut également être proposé, avec notamment évaluation de la symptomatologie à l'aide de la CAARMS.

Dès lors, si la situation clinique pose la question d'une psychose émergente, il est proposé au patient l'établissement d'une référence de continuité, qui assurera le suivi et l'orientation du patient, éventuellement vers les sous-groupes de travail, et ceci en lien avec le staff de coordination et le groupe de travail pour toute difficulté éventuelle.

Le dispositif 15-25, bien que déjà fonctionnel, est un dispositif encore en cours de développement. Inspiré d'autres modèles et s'appuyant sur les recommandations actuelles, il a su s'implanter dans une réalité sociodémographique locale, au sein d'un établissement ayant sa propre histoire institutionnelle.

1.1.4.4. *Recommandations*

A l'heure actuelle, si les recommandations concernant la conduite à tenir après un premier épisode psychotique sont claires, celles concernant les patients repérés comme à risque de transition psychotique restent succinctes. En France, les seules recommandations officielles sur le sujet datent de 2003, et sont issues de la conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie. Au vu des avancées de la recherche dans ce domaine depuis cette date, nous avons considéré celles-ci comme trop anciennes pour être présentées ici, nous n'aborderons donc que les recommandations anglo-saxonnes et européennes.

1.1.4.4.1. *Le National Institute for Health and Care Excellence – NICE*

Le *National Institute for Health and Care Excellence* - NICE (Clinical Guideline CG178, 2014) n'insiste que sur les recommandations d'adresser les patients identifiés comme à risque vers des services spécialisés, et sur la nécessité d'une **surveillance et d'un suivi rapprochés** de ces patients (jusqu'à 3 ans).

Par ailleurs, le NICE préconise en premier lieu, chez les patients identifiés comme à risque de transition psychotique, les **Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC)** éventuellement associées à une **thérapie familiale**, ainsi qu'au **traitement des autres troubles identifiés** tels que les troubles anxieux, dépressifs, troubles de la personnalité, addictions. Le NICE souligne qu'un traitement par antipsychotique ne doit pas être entrepris dans le but de prévenir le risque de transition.

1.1.4.4.2. *L'European Psychiatric Association (EPA)*

Les recommandations de l'EPA, parues en 2015 (Schmidt et al., 2015), sont les plus précises à ce jour. Celles-ci comportent plusieurs volets :

- Une intervention précoce chez les patients UHR ne doit pas avoir pour seul but de prévenir un premier épisode psychotique, mais aussi de **développer ou maintenir le fonctionnement social, éducatif ou professionnel**.
- Chaque intervention chez les patients UHR doit prendre en compte les **besoins individuels et les autres troubles psychiques (comorbidités)**, en particulier la dépression et l'anxiété. Ces troubles doivent être évalués et pris en charge par un spécialiste en santé mentale.
- Chez les enfants et adolescents, les psychothérapies visant à améliorer le fonctionnement doivent s'intégrer à une **approche globale** incluant des interventions pour les autres problèmes psychosociaux et les comorbidités. Les symptômes UHR doivent être évalués et pris en charge avec prudence, et le traitement doit être adapté à l'évolution.
- Chez les patients UHR, un modèle d'intervention par « **staging** » devrait être appliqué de la manière la moins restrictive possible :
 - o Les **TCC** devraient être proposées en priorité.

- Chez les patients UHR avec une symptomatologie invalidante et progressivement croissante, possibilité de prescription de **faibles doses d'antipsychotiques de seconde génération** dans le but de revenir à un certain degré de stabilisation, nécessaire à ce qu'une psychothérapie puisse être efficace.
- **Aucun traitement antipsychotique ne doit être envisagé sur le long terme dans un but essentiellement préventif.**

Si, en France, il n'existe pas de recommandations officielles récentes sur les états mentaux à risque, un guide pour la prise en charge des schizophrénies est disponible (Haute Autorité de Santé, 2007). Celui-ci souligne entre-autres que, « quelles que soient la modalité [de soins] choisie ou la phase évolutive de la maladie, l'alliance thérapeutique est essentielle ». C'est donc sur ce point que nous poursuivons notre travail.

1.2. L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA PSYCHOSE

1.2.1. Historique

Le concept « d'alliance » pour induire le changement dans le cadre d'une démarche thérapeutique est très ancien. On en retrouve la trace dès Pinel (1809), chez les auteurs promoteurs du traitement moral (Leuret, 1840), puis ce sera dans les écrits de Freud (1938) que la théorisation du lien subjectif dans le cadre du « transfert » constituera un premier repère fondamental.

Selon M. Villamaux (2000), c'est **Elizabeth Zetzel** qui introduit pour la première fois le terme exact d'alliance thérapeutique en 1956.

C'est finalement dans le contexte des années soixante-dix, où de nombreuses études se penchent sur les processus permettant le changement thérapeutique, que les auteurs vont s'intéresser aux variables communes aux différentes théories psychothérapeutiques et développer ce concept d'alliance thérapeutique.

1.2.2. Définition de l'alliance thérapeutique

Deux cliniciens-chercheurs, Bordin (1979, 1994) et Luborsky (1976), vont proposer une définition trans-théorique de l'alliance thérapeutique.

Pour **Bordin (1979)**, l'alliance thérapeutique ou « alliance de travail » est un facteur commun à toutes les psychothérapies, garantissant leur succès. Il se base sur différentes théories psychothérapeutiques (la psychanalyse, l'approche centrée sur la personne, les thérapies cognitivo-comportementales) pour établir un concept unique dépassant ces théories et permettant de comprendre le processus thérapeutique de changement. Ce concept consiste, en premier lieu, en l'existence d'une relation entre le patient et son thérapeute. Il en propose un modèle en trois parties :

- **l'accord sur les tâches (*tasks*)** : il concerne des tâches que thérapeute et patient doivent réaliser au cours du traitement. Ce dernier doit être en accord avec ces tâches, qui doivent correspondre à ses attentes ;
- **l'accord sur les objectifs de la psychothérapie (*goals*)** : il s'agit ici de la concordance entre ce que l'intervenant souhaite travailler avec son patient et la perception par celui-ci de ses difficultés qui doivent être travaillées. Le sujet doit avoir le sentiment que son intervenant travaille avec lui sur les objectifs adéquats et qu'il le soutient afin d'atteindre ces derniers. Le patient doit être en accord et reconnaître les difficultés que l'intervenant souhaite travailler avec lui ;
- **la relation affective (*bond*)** : elle englobe le faisceau de liens et d'attachements personnels positifs entre le patient et le thérapeute. Cela inclut une confiance mutuelle, une acceptation de l'autre, un respect mutuel, un cadre confidentiel, et une compréhension de la thérapie.

D'après Bordin (1979, 1994), ces trois composantes sont interdépendantes : la qualité du lien affectif entre le thérapeute et le patient constitue la base sur laquelle les partenaires s'appuient pour négocier les tâches et les objectifs de la thérapie, et ces derniers influencent en retour la qualité de la relation par leur évolution. Par ailleurs, l'alliance thérapeutique est un processus dynamique et qui requiert une dimension de collaboration : patient et thérapeute forment un partenariat.

Luborsky (1976), lui, développe le concept "d'alliance aidante", qu'il définit par deux axes. Le premier est caractérisé par le fait que le patient voit son thérapeute comme lui apportant aide et soutien. Le second axe est basé sur le fait que le patient a le sentiment d'un travail en commun, d'une coopération avec son psychothérapeute, et l'impression de partager la responsabilité de sa propre évolution.

1.2.3. Application de la notion d'alliance thérapeutique aux psychoses émergentes

Bien que le concept de Bordin soit le plus utilisé, il n'existe pas de définition consensuelle de l'alliance thérapeutique. Dans le débat actuel, la question de l'alliance thérapeutique semble recouvrir, lorsqu'elle est utilisée à propos des psychoses émergentes, une autre réalité que pour les troubles névrotiques anxieux ou dépressifs, où elle tourne autour des notions de processus transférentiel, d'engagement personnalisé dans une relation thérapeutique, ou encore de consentement au changement subjectif dans le cadre d'un retour sur soi (Delahousse, 1997). La question qui est posée pour les patients UHR semble plutôt tourner autour de la problématique plus extérieure de l'acceptation du recours à un avis spécialisé, de la notion de maladie – si elle est déclarée – et des mesures thérapeutiques à observer. Elle paraît ainsi dépendante, pour le sujet, à la fois de l'idée d'une maladie qui le concerne et de l'acceptation d'entrer dans un parcours de soins lourd et exigeant et aux conséquences bouleversantes pour sa vie (Weiler, Fleisher et McArthur-Campbell, 2000). Par conséquent, l'enjeu de la question, en pratique clinique, se reflète dans l'importance des taux de perdus de vue dans les parcours de soins psychiatriques (Rodgers et al., 2010). C'est dans cette compréhension du terme que nous allons développer notre travail de thèse.

1.2.4. Importance de l'alliance thérapeutique dans le traitement des psychoses

Outre les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), « Quelles que soient la modalité choisie ou la phase évolutive de la maladie, l'alliance thérapeutique est essentielle » (Haute Autorité de Santé, 2007), la littérature met en lumière l'importance de l'alliance thérapeutique dans la prise en charge de la psychose, et ce dès l'entrée dans la maladie. Ainsi, comme le rappellent Charpentier, Goudemand et Thomas (2009), les études concordent à démontrer les **effets délétères d'une faible alliance thérapeutique** sur le pronostic, la morbidité, la mortalité et le coût de la schizophrénie.

Selon ces auteurs, il s'avère primordial de travailler à la construction de l'alliance thérapeutique dès les premières consultations, y compris si cela se présente dans un contexte d'urgence. En effet, même si la question a été relativement peu abordée dans la littérature, il semblerait qu'une bonne alliance thérapeutique aux urgences pourrait déterminer le devenir des interventions de crise et des processus psychothérapeutiques à plus long terme (De Clercq et al. 1999, 1997). Ceci peut passer, par exemple lorsque le patient présente une symptomatologie aiguë importante, par la prescription d'un traitement pharmacologique destiné à traiter les symptômes (Lazignac et al., 2005). Cet acte de prescription destiné à soulager les symptômes pourrait constituer le premier pas vers l'alliance que le thérapeute doit construire avec son patient. La période faisant immédiatement suite à une première décompensation psychotique semble être un moment crucial, où tout doit être entrepris pour développer les liens entre le patient, les aidants, et l'équipe soignante (Blondeau, Nicole et Lalonde, 2006).

1.2.5. Lien entre alliance thérapeutique et efficacité de la prise en charge

Selon des études concordantes, **la qualité précoce de l'alliance thérapeutique est prédictive de l'efficacité de la prise en charge**, et ce à plusieurs niveaux. Ainsi, selon l'équipe de Goldsmith et al. (2015), la qualité de l'alliance thérapeutique lors d'un premier épisode psychotique est prédictive de l'amélioration symptomatique à 18 mois. De même, pour Frank et Gunderson (1990), les patients pour lesquels l'alliance thérapeutique est la meilleure durant les six premiers mois de prise en charge sont ceux qui obtiennent la meilleure amélioration symptomatique à deux ans, avec une moindre médication. Des résultats similaires ont été obtenus dans d'autres études (Fenton, Blyler et Heinssen, 1997; Solomon, Draine et Delaney, 1995).

Au delà de l'amélioration symptomatique, la qualité précoce de l'alliance thérapeutique est associée à une meilleure qualité de vie ultérieure (Fenton et al., 1997; Solomon et al., 1995), un meilleur fonctionnement global (Svensson et Hansson, 1999) et de meilleures performances professionnelles (Davis et Lysaker, 2007).

Parmi les facteurs d'efficacité des prises en charge des jeunes patients psychotiques, deux ont particulièrement retenu notre attention, car ont été l'objet de nombreuses publications où le lien avec la qualité de l'alliance thérapeutique est étudié : il s'agit d'une part de l'observance médicamenteuse et d'autre part de la psychothérapie.

1.2.5.1. Alliance thérapeutique et psychothérapie

Il existe, dans la prise en charge de la schizophrénie débutante, de nombreuses modalités de psychothérapie. Celles-ci ont fait l'objet, dans les années 1970-1980, de nombreuses études d'évaluation, dans un contexte où les chercheurs s'intéressaient aux processus ouvrant la voie au changement thérapeutique. Ce courant de recherche a finalement conclu sur la difficulté à mettre en évidence une différence d'efficacité entre les principales thérapies, qui se montraient cependant toutes plus efficaces que l'absence de prise en charge (Luborsky, Singer et Luborsky 1975). Les études ne mettent en évidence aucun lien entre les facteurs spécifiques de la thérapie et son efficacité. C'est ainsi que le modèle médical de la psychothérapie, fondé sur la spécificité des traitements, est remplacé par le modèle contextuel, centré sur les éléments communs du processus thérapeutique (Piper et al., 2005).

Suite à ces conclusions, les travaux de Strupp et Hadley (1979) ont mis en évidence le rôle des facteurs communs, non spécifiques à une psychothérapie (cadre, perception de la relation, allégeance et compétence du thérapeute dans sa méthode, attentes du patient), et en particulier l'importance de la qualité de la relation humaine dans le processus de changement.

Un fort courant de recherche s'est alors intéressé au lien entre alliance thérapeutique et devenir des patients en psychothérapie, avec de très nombreuses études menées sur le sujet. Celles-ci ont par la suite été regroupées par trois méta-analyses (Horvath et al. 2011; Horvath et Symonds, 1991; Martin, Garske et Katherine, 2000). Toutes ces méta-analyses retrouvent des résultats concordants en faveur d'un lien statistique entre l'alliance thérapeutique précoce et le devenir des patients au décours du traitement. Bien que celui-ci soit modéré, avec une taille de l'effet entre 0,22 (Martin, Garske et Katherine 2000) et 0,275 (Horvath et al., 2011), les études montrent donc **qu'une alliance thérapeutique robuste en début de traitement est prédictive d'une efficacité de la thérapie**, et ceci quels que soient les mécanismes impliqués (alliance thérapeutique en elle-même, ou par son influence sur des facteurs intermédiaires), et les types de thérapies étudiés.

Horvath et al. (2011) proposent cependant plusieurs facteurs modérateurs à ces résultats :

- les différentes échelles d'évaluation utilisées dans les études ;
- la personne qui évalue l'alliance (thérapeute, patient ou observateur extérieur) ;
- le moment de la thérapie où l'alliance est mesurée ;
- la mesure des résultats ;

- le type de thérapie ;
- la source de la publication.

Dans chacune de ces catégories, le lien entre l'alliance thérapeutique et les résultats de la thérapie reste significatif mais il varie en intensité.

1.2.5.2. Alliance thérapeutique et adhésion au traitement

Si, comme nous l'avons vu, la notion d'alliance thérapeutique ne peut se réduire à celle d'adhésion thérapeutique, cette dernière notion découle directement de la première. L'adhésion thérapeutique se définit comme le suivi effectif et précis par le patient des prescriptions médicales. Elle rejoint les termes d'observance ou encore de compliance (un anglicisme), mais se dégage de la position de passivité du patient suggérée par ceux-ci (Charpentier, Goudeman et Thomas, 2009).

Selon les auteurs, les défauts d'observance dans la schizophrénie sont fréquents. Ainsi, pour Linden et al. (2001), le taux de non-observance dans la schizophrénie varie entre 10 et 60 %. Ces résultats sont également retrouvés par Corruble et Hardy (2003), qui estiment dans leur étude qu'un patient hospitalisé sur quatre et qu'un non hospitalisé sur deux n'observe pas de manière adéquate son traitement.

Or, les conséquences d'une non observance sont nombreuses et comportent des enjeux importants pour les personnes souffrant de troubles psychotiques. En effet, pour Misdrahi et al. (2002), une mauvaise adhésion au plan de soins est responsable d'une augmentation du nombre des hospitalisations, d'un accroissement de la morbidité et de la mortalité, avec pour conséquences une diminution de la qualité de vie pour le patient et une augmentation du coût pour la société. Ceci se retrouve également chez Olfson et al. (2000), qui estiment que 40 % des cas de rechute survenant un an après une première hospitalisation sont imputables à un défaut d'adhésion thérapeutique. Les patients non observants ont de plus un risque majoré de passage à l'acte hétéro ou auto-agressif et sont plus souvent en situation de précarité sociale. Ils présentent une majoration du risque de mortalité par suicide.

Même si l'observance médicamenteuse est liée à de nombreux facteurs tels que la survenue d'effets indésirables, le vécu subjectif du traitement, l'insight (Daléry et al., 2012; Droulout, Liraud et Verdoux, 2003), l'existence d'un support familial et d'un réseau social

(Fenton et al., 1997), les auteurs s'accordent sur le fait **qu'un bon niveau d'alliance thérapeutique favorise une bonne observance médicamenteuse**. Ainsi, il ressort de l'étude de Frank et Gunderson (1990) que 74 % des patients ayant une alliance thérapeutique pauvre ont des problèmes d'observance à 6 mois, contre 26 % des patients qui ont un bon niveau d'alliance thérapeutique avec leur thérapeute. Ces résultats viennent confirmer les études antérieures de Nelson et al. (1975) et de Marder et al. (1983), qui avaient montré qu'une bonne alliance thérapeutique favorisait l'observance médicamenteuse.

Au total, la qualité de l'alliance thérapeutique se révèle ainsi être une composante majeure dans la prise en charge des jeunes patients psychotiques. La littérature nous permet d'identifier plusieurs facteurs susceptibles de l'influencer, que nous allons brièvement développer.

1.2.6. Facteurs influençant la qualité de l'alliance thérapeutique

Les facteurs reconnus comme influençant la qualité de l'alliance thérapeutique peuvent être différenciés selon plusieurs catégories : ceux liés au patient, au thérapeute, à l'interaction entre patient et thérapeute et enfin ceux liés aux techniques thérapeutiques (DeRubeis, Brotman et Gibbons, 2005)

1.2.6.1. Les facteurs liés au patient

Tout d'abord, parmi les facteurs liés au patient, ceux concernant les **aspects diagnostiques et en particulier la sévérité symptomatologique** peuvent influencer la qualité de l'alliance (Horvath et Symonds, 1991). Les idées délirantes, l'état de désorganisation du patient, l'ambivalence et le négativisme peuvent prédire une faible adhésion au traitement et compromettre la création de l'alliance (Charpentier, Goudeman et Thomas, 2009).

Inversement, les auteurs soulignent l'importance de la **capacité d'insight** du patient pour favoriser une alliance thérapeutique satisfaisante (Johnson et al., 2008; Martin et Franck, 2013). Cette dernière, qui inclut la conscience de la maladie par le patient, la reconnaissance des symptômes ainsi que la reconnaissance de la nécessité d'un traitement (Jaafari et Markova, 2011), apparaît comme facilitante dans la création d'une alliance thérapeutique lorsqu'elle est de bon niveau.

Par ailleurs, deux autres facteurs ont été décrits comme influençant la qualité de l'alliance thérapeutique. Il s'agit d'une part des **compétences interpersonnelles du patient**, qui ont été soulignées par Henry et Strupp (1994) comme une base primordiale à l'élaboration de la relation thérapeutique, et d'autre part des **dynamiques intrapersonnelles**. Ces dernières regroupent la motivation au changement (Cottraux, 2017; Prochaska, DiClemente et Norcross, 1992), les relations d'objet et les styles d'attachement (Horvath, 1994).

1.2.6.2. Les facteurs liés au thérapeute

A travers ses caractéristiques personnelles, il semble que le thérapeute puisse influencer de façon significative sur la mise en place de l'alliance (Rodgers et al., 2010).

Ont été mis en exergue, notamment, la flexibilité, l'honnêteté, le respect, la chaleur, l'intérêt, l'assurance et l'ouverture (Alexander et Luborsky, 1986). Par ailleurs, l'empathie, la congruence et l'estime du patient ont également été identifiés comme prédicteurs d'une bonne alliance (Hersoug et al., 2001).

A l'inverse, une attitude rigide, critique, distante, tendue et distraite ainsi que l'incertitude ont été identifiées comme pouvant nuire à l'alliance.

1.2.6.3. Les facteurs liés à l'interaction entre le patient et le thérapeute

Sloane (1975) a identifié plusieurs facteurs importants pour le patient dans la réussite d'une psychothérapie. Ceux-ci étaient la personnalité du thérapeute, le fait d'être aidé par un thérapeute comprenant ses problèmes, le fait d'être encouragé à faire face progressivement à ses problèmes, le fait d'être capable de parler à une personne compréhensive, et enfin le fait d'être capable de parler à quelqu'un l'aidant à se comprendre.

Dans cette optique, on pourrait supposer que certains patients seraient plus à même de former une bonne alliance avec certains thérapeutes plutôt qu'avec d'autres en fonction de divers critères, tels que l'origine ethnique, le genre, et la personnalité (DeRubeis, Brotman et Gibbson, 2005).

1.2.6.4. Les facteurs liés aux techniques thérapeutiques

Certaines des techniques thérapeutiques qui ont été étudiées semblent favoriser le renforcement de l'alliance. Il s'agit notamment de la reformulation, la notification des succès thérapeutiques passés, la justesse des interprétations, la facilitation de l'expression des affects et l'attention portée aux expériences du patient (Ackerman et Hilsenroth, 2003).

Par ailleurs, d'autres études proposent que le thérapeute ajuste ses interventions en fonction des mécanismes de défense du patient afin de préserver l'alliance thérapeutique. Ainsi, en cas de faible alliance thérapeutique, le thérapeute devrait privilégier des interventions plus soutenantes, alors qu'une forte alliance serait propice à des interventions plus interprétatives (Despland et al., 2001).

1.3. PROBLEMATIQUE

Comme nous l'avons vu, l'établissement d'une alliance thérapeutique de qualité est d'une grande importance dans la prise en charge des psychoses émergentes. Les pionniers dans le domaine (Conus et al., 2010; Yung et al., 1996) insistent sur l'importance d'un engagement dans les soins de ces jeunes patients, avec un nombre de « perdus de vue » le plus faible possible, ce qui passe nécessairement par l'instauration d'une bonne alliance thérapeutique.

En parallèle, les données récentes de la recherche incitent à l'utilisation de critères objectifs tels que la CAARMS pour dépister les patients « à risque » (Yung et al., 2005). La CAARMS n'est certes pas un outil infaillible, mais permet d'identifier les patients susceptibles d'évoluer dans une temporalité proche vers une transition psychotique, pas toujours facilement identifiables avec les entretiens « classiques », y compris par les cliniciens expérimentés.

Formée à la passation de la CAARMS dans le cadre du Diplôme Universitaire « Détection et Intervention Précoce des Pathologies psychiatriques Emergentes du Jeune Adulte et de l'Adolescent » coordonné par le Professeur Krebs (université Paris Descartes), nous avons souhaité introduire cet outil au sein du dispositif 15-25 de Montauban, où nous avons effectué un semestre d'internat. Nous avons donc tenu en mai 2016 une réunion d'information et de présentation de la CAARMS destinée à l'ensemble des professionnels actifs au sein de celui-ci. Cette présentation a été l'occasion d'un échange pluridisciplinaire

entre divers professionnels de santé d'orientations variées, et a permis de révéler de nombreux questionnements sur la manière d'utiliser cet outil au sein du dispositif, sur l'impact qu'il pourrait avoir sur les patients et sur la manière dont ils pourraient vivre la passation.

La CAARMS, qui constitue une échelle précise, nécessite en moyenne deux heures d'évaluation pouvant être éprouvantes pour le patient. La forme en elle-même d'entretien semi-structuré, le nombre conséquent de questions, le fait pour les patients d'être interrogés de manière directe sur leurs symptômes seraient-ils des points qu'ils pourraient mal vivre ? En particulier, de nombreuses questions ont concerné l'impact éventuel de la passation de la CAARMS sur l'alliance thérapeutique : l'utilisation de la CAARMS est-elle facilitante ou au contraire un frein à l'instauration d'une bonne alliance ? Le lien avec ces jeunes patients, souvent déstabilisés par ce qu'ils sont en train de vivre, est souvent difficile à instaurer puis à maintenir. Les caractéristiques de la CAARMS ne peuvent-elles pas, au contraire de ce qui est visé au sein d'un dispositif d'évaluation et de prise en charge des psychoses émergentes, faire « fuir le patient » du fait d'un vécu négatif ?

Par ailleurs, certains soignants se sont interrogés sur la manière de s'approprier cet outil au sein du dispositif : faut-il en faire une évaluation systématique, et si ce n'est pas le cas, à qui la proposer ? Avec quels objectifs ? La CAARMS n'est-elle pas un outil trop contraignant à utiliser au sein d'un dispositif tel que le dispositif 15-25, avec ses propres contraintes de fonctionnement ?

Afin de répondre à ces questionnements, nous avons décidé de mener cette étude. Nous avons choisi, d'une part, d'étudier chez les patients l'impact de la passation de la CAARMS sur l'alliance thérapeutique et sur leur vécu, et, d'autre part, d'interroger les soignants à l'aide d'un questionnaire anonyme afin qu'ils puissent préciser leur opinion vis-à-vis de l'utilisation de la CAARMS.

2. METHODES

2.1. OBJECTIFS

L'objectif principal de ce travail est d'étudier l'impact sur l'alliance thérapeutique de l'utilisation de l'outil d'évaluation CAARMS au sein d'un dispositif de prise en charge des psychoses émergentes : le dispositif 15-25.

Nous nous fixons deux objectifs secondaires :

- d'une part, étudier le vécu de la passation de la CAARMS chez les patients ;
- d'autre part, étudier le point de vue des soignants sur cet outil et sa passation.

2.2. HYPOTHÈSES

L'hypothèse principale est l'existence d'un impact positif de la passation de la CAARMS sur l'alliance thérapeutique, mesuré par une augmentation du score obtenu au questionnaire d'alliance thérapeutique *4 Point ordinal Alliance Scale* (Misdrahi et al., 2009) entre avant et après passation de la CAARMS.

Les hypothèses secondaires envisagent que, chez les patients, la passation de la CAARMS puisse :

- être source d'émotions négatives ;
- être perçue comme intrusive à cause de certaines questions ;
- être vécue positivement dans sa globalité ;
- faciliter l'expression des difficultés ressenties par le patient.

Afin de vérifier ces hypothèses, nous examinons les réponses des patients au Questionnaire d'évaluation du vécu de la passation de l'échelle CAARMS.

Chez les soignants, les hypothèses secondaires envisagent que :

- la CAARMS puisse être perçue comme un outil d'évaluation utile au sein d'un dispositif de dépistage et de prise en charge des psychoses émergentes ;
- la durée et les moyens nécessaires à sa passation puissent représenter les freins principaux à son utilisation en routine ;
- les soignants puissent craindre d'avoir une attitude intrusive envers les patients en utilisant cet outil.

Afin de vérifier ces hypothèses, nous examinons les réponses des soignants au Questionnaire de recueil de l'opinion des soignants sur la passation de la CAARMS.

2.3. POPULATION

Il s'agit d'une étude contrôlée, chaque patient étant son propre témoin. Le recueil des données suit un mode prospectif.

Le recrutement est réalisé au sein du centre hospitalier de Montauban, dans les différents services d'hospitalisation et d'ambulatoire de psychiatrie du secteur 1, du 20 mai 2016 au 1^{er} juin 2017.

Les critères d'éligibilité permettent l'inclusion de l'ensemble des patients :

- âgés de 15 à 25 ans ;
- sans mesure de tutelle ;
- pris en charge dans le dispositif 15-25 ou pour lesquels l'indication est discutée ;
- pour lesquels la passation de la CAARMS est indiquée et qui ont donné leur accord à cette passation ;
- ayant donné un accord écrit à leur participation à notre étude et avec accord parental pour les mineurs.

Les critères d'exclusion de cette étude écartent les patients présentant un retard mental (QI < 70) ou ayant des difficultés de compréhension et/ou d'expression en langue française, afin de limiter les facteurs de confusion, ainsi que ceux souffrant d'une lésion cérébrale, d'un trouble neurologique ou de toute pathologie somatique sévère non équilibrée pouvant empêcher la passation de la CAARMS et/ou des questionnaires proposés.

Le nombre de sujets nécessaires ne peut pas être calculé car aucune autre étude de la sorte concernant l'impact sur l'alliance thérapeutique ou le vécu des patients à la passation de la CAARMS n'est retrouvée. En se basant sur l'activité du dispositif 15-25, sur la fréquence des demandes de passation de la CAARMS et en fonction des contraintes temporelles et de disponibilité de l'investigatrice, nous nous fixons l'objectif d'inclure 15 patients dans notre étude.

Côté soignants, les professionnels sollicités pour donner leur opinion sont l'ensemble des professionnels de santé participant de manière régulière au staff de coordination hebdomadaire et/ou au groupe de travail mensuel du dispositif 15-25, soit au total 14 soignants. Nous comptons parmi ceux-ci des psychiatres, des cadres de santé, des psychologues, et des référents de continuité infirmiers en psychiatrie. Nous décidons de ne pas restreindre l'inclusion aux seuls soignants ayant assisté ou pratiqué eux-mêmes la passation de la CAARMS mais, pour être inclus, ils devaient avoir au minimum assisté à la réunion de présentation de la CAARMS, au cours de laquelle ils avaient pu en prendre connaissance.

2.4. OUTILS DE MESURE

2.4.1. Questionnaire d'alliance thérapeutique : le 4 Point ordinal Alliance Scale (4PAS)

Il s'agit d'un auto-questionnaire développé par Misdrahi et al. (2009). Visible en annexe 3, il concerne le ressenti du patient par rapport à l'alliance thérapeutique. Il a été développé pour s'adresser tout particulièrement aux patients souffrant de schizophrénie ou d'un trouble schizo-affectif (DSM IV).

Rédigé sur la base de l'échelle *Helping Alliance Questionnaire* selon Luborsky (Luborsky et al., 1996) sans les items concernant les dimensions psychothérapeutiques, le 4 Point ordinal Alliance Scale (4PAS) comporte onze items clairement énoncés et de compréhension facile, concernant :

- le ressenti du sujet sur la capacité du médecin à l'aider ;
- sa compréhension des symptômes de sa maladie ;
- l'amélioration psychique ressentie ;
- la facilité d'adaptation du sujet dans la relation médecin-malade ;
- la disponibilité du médecin et sa compétence ;
- la clarté de l'information délivrée par le médecin et la compréhension dont il fait preuve ;
- le désir du médecin d'amélioration clinique ;
- la qualité de la relation soignant-soigné ;
- la similarité de la compréhension des difficultés psychiques de la part du soigné et du soignant.

Les 11 items comportent quatre possibilités de réponse hiérarchisées selon une échelle de Likert en 4 points, de « *oui c'est bien vrai* » à « *non c'est tout à fait faux* », et sont cotés de 1 à 4. Un score compris entre 11 et 44 est ainsi obtenu. Plus le score est élevé, plus l'alliance thérapeutique est positive et de qualité satisfaisante.

Le questionnaire est complété par une échelle visuelle analogique (EVA), dans laquelle le patient est invité à tracer sur un segment un repère à l'endroit où il situe l'alliance thérapeutique qu'il estime former avec son médecin. Une borne du segment porte la mention « *pas du tout d'alliance* » et la borne opposée la mention « *alliance totale* ». Le but est d'évaluer l'appréciation par le sujet du niveau de l'alliance thérapeutique formée avec son soignant.

La réalisation de cette auto-évaluation est assez rapide, le questionnaire et l'EVA sont remplis en moyenne en deux à cinq minutes.

L'étude de validation (Misdrahi et al., 2009), réalisée chez 92 patients atteints de schizophrénie ou de troubles schizoaffectifs (DSM IV), a montré que l'échelle 4PAS présentait une bonne cohérence interne avec un Alpha de Cronbach à 0,91 et une bonne validité de convergence ($r = 0,62$; $p < 0,001$). L'analyse factorielle fait ressortir l'intérêt principal de deux concepts : celui de l'empathie, qui renvoie à une perception générale positive de la relation patient-praticien, et celui de la psychoéducation qui est une dimension qualifiée de « comportementale », car centrée sur l'appréciation du patient concernant les soins et les prises en charge proposées par son psychiatre. Cet auto-questionnaire peut être facilement rempli par les patients, il semble bien accepté avec peu de réponses manquantes.

Pour la présente étude, notre choix se porte sur cette échelle car, contrairement aux autres échelles francophones dont la plus utilisée est la *Working Alliance Inventory* (Horvath et Greenberg, 1989), cette échelle ne se limite pas à l'alliance thérapeutique en jeu dans un processus psychothérapeutique mais porte plus largement sur l'alliance avec le clinicien, quelle que soit la thérapeutique employée (psychothérapeutique, pharmacologique). Ceci nous paraît être un aspect important dans le contexte de notre recherche et, comme nous l'avons développé en introduction, dans notre compréhension du concept d'alliance thérapeutique appliqué aux pathologies psychiatriques émergentes.

Par ailleurs, par sa passation simple et rapide, cette échelle nous semble bien adaptée dans un contexte où le patient est déjà confronté à plusieurs heures d'entretien dans le cadre de la passation de la CAARMS en elle-même et de la restitution de ses résultats.

2.4.2. Questionnaire d'évaluation du vécu de la passation de l'échelle CAARMS

Elaboré par l'investigatrice, ce questionnaire visible en annexe 4 a pour objectif de permettre au patient de s'exprimer sur la manière dont il a ressenti la passation de la CAARMS, tant au niveau de l'impact émotionnel que de l'impression d'aide reçue. Le choix des thèmes et l'élaboration des questions ont été réalisés en fonction des questionnements de l'équipe soignante relevés lors de la présentation orale de la CAARMS au sein du dispositif.

Il s'agit d'un auto-questionnaire comportant 18 questions, rempli par le patient lui-même sur support papier ; l'évaluation dure entre 5 et 10 minutes.

Une première version du questionnaire est proposée à un patient « test ». Cette première version comporte les mêmes questions que dans la version finale, mais les réponses sont proposées sous forme d'échelle d'attitude de Likert à 5 niveaux, avec pour objectif de pouvoir graduer précisément les réponses. Suite à la réflexion de ce patient qui indique qu'il est trop difficile de faire un choix entre les réponses proposées, nous choisissons de réduire le nombre de propositions de réponses avec, pour la majorité des questions, trois choix de réponses qualitatives possibles du type « *oui* » / « *indifférent* » / « *non* ».

Dans cette deuxième version, validée par nos co-directeurs de thèse, les questions comportent entre deux et six possibilités de réponse, exclusives ou non selon les questions. La première question diffère des autres : le patient peut soit répondre librement, soit choisir un nombre illimité de réponses parmi les 55 proposées.

2.4.2.1. *Emotions et sentiments ressentis lors de la passation*

Dans la question 1, les patients qui le souhaitent peuvent s'exprimer de manière libre sur ce thème. Il leur est proposé de répondre librement à la question ouverte : « **Pendant la passation de l'échelle, vous avez probablement ressenti plusieurs sentiments, positifs ou négatifs. Pourriez-vous décrire avec vos propres mots vos sentiments au moment de la passation ?** »

S'ils préfèrent, ils peuvent dans la deuxième partie de la question utiliser la grille proposée et cocher les sentiments qu'ils ont pu ressentir lors de la passation parmi 55 termes proposés. Ils peuvent en choisir autant qu'ils le souhaitent.

Après une description globale des termes choisis, nous choisissons d'en faire une analyse afin de déterminer si ceux-ci relèvent d'émotions positives ou négatives. Nous classons donc chaque terme selon qu'il renvoie à une émotion positive ou négative.

Les termes classés parmi ceux renvoyant à une émotion positive sont les suivants :

à l'aise	détendu	exubérant
concentré	soulagé	fier
tranquille	de bonne humeur	amusé
rassuré	plein d'énergie	touché
satisfait	content	ému
calme	joyeux	curieux
libre	optimiste	impressionné
encouragé	excité	intéressé

Les termes classés parmi ceux renvoyant à une émotion négative sont les suivants :

de mauvaise humeur	insatisfait	énervé
impatient	vexé	méfiant
indifférent	jugé	dévalorisé
manipulé	harcelé	rabaisé
honteux	mal à l'aise	embrouillé
gêné	paniqué	inquiet
perdu	traumatisé	angoissé
dégoûté	écœuré	triste
déprimé	démotivé	malheureux
déçu	déstabilisé	surpris
choqué		

2.4.2.2. Réaction face au type de questions posées

Afin d'apporter des éléments de réponse à une des interrogations des soignants concernant le risque de paraître intrusif en raison du style parfois direct de certaines des questions de la CAARMS, la question 4 interroge les patients sur la présence éventuelle d'un

sentiment de gêne face à une ou plusieurs questions. Afin de préciser leur position, il leur est demandé de choisir l'une des propositions suivantes : « **Durant la passation de l'échelle : aucune question ne vous a gêné / une ou plusieurs questions vous ont gêné / toutes les questions vous ont gêné** ».

Aux patients qui répondent qu'au moins une des questions les a gênés, il est proposé d'en donner la raison (question 5). Plusieurs propositions leur sont faites, ils peuvent en choisir autant que souhaité. Une proposition « *autre* » est présente, leur permettant de donner une réponse libre.

2.4.2.3. *Evaluation des modalités de passation*

Dans ce groupe de questions, les patients sont interrogés sur leur vécu de la durée de la passation. Durant nos discussions en équipe, il est en effet ressorti une crainte des soignants que le temps nécessaire à l'évaluation par la CAARMS (environ deux heures d'entretien) puisse constituer une difficulté pour les patients. Les patients peuvent choisir entre les trois propositions « *trop courte* » / « *trop longue* » / « *satisfaisante* » à la question : « **De manière globale, la durée de l'évaluation vous a semblé :** » (question 3). Nous rattachons également à ce groupe une question (question 14) où il est demandé aux patients d'évaluer le temps dont ils ont disposé pour s'exprimer en choisissant une des deux propositions « **vous avez disposé de suffisamment de temps pour vous exprimer** » ou « **vous avez manqué de temps pour vous exprimer** ».

Au sein de ce thème, les patients sont également interrogés sur la fonction du soignant qui leur a fait passer la CAARMS (questions 6 et 7). En effet, en raison du faible nombre de soignants formés à la passation de la CAARMS au sein du dispositif 15-25, les patients sont la plupart du temps confrontés à un soignant qu'ils ne connaissent pas. Nous nous demandons si cela convient aux patients, ou s'ils préféreraient que l'évaluation soit faite par leur soignant référent.

Enfin, il est demandé aux patients (questions 8, 9, 10) s'ils se sont sentis écoutés, compris, et s'ils ont compris pourquoi l'évaluation leur a été proposée. Les réponses aux questions sont proposées sous la forme « *oui* » / « *non* » / « *partiellement* ».

2.4.2.4. *Vécu de l'expression et de la compréhension des difficultés*

Il est question ici de vérifier si la passation de la CAARMS peut être une aide pour les patients dans la description de leurs difficultés par rapport à un entretien classique, et si cette dernière leur a permis de mieux les identifier.

Trois questions (questions 11, 12, 13) demandent directement aux patients s'ils ont pu s'exprimer sur leurs symptômes, puis si la passation de la CAARMS a été une aide pour le faire plus précisément et plus facilement qu'au cours d'un entretien habituel. Par la question 15, nous demandons aux patients si la passation de la CAARMS a été l'occasion d'aborder des thèmes sur lesquels ils ne se sont jusque-là jamais exprimés en entretien.

Enfin, les questions 16 et 17 interrogent les patients sur le fait de pouvoir mieux parler de leurs difficultés ultérieurement et sur le fait de mieux identifier leurs difficultés après la passation de la CAARMS.

2.4.2.5. *Vécu global de la passation*

Le vécu global de la passation est interrogé par deux questions. La première (question 2) demande directement aux patients s'ils ont vécu cette passation de manière « *positive ou plutôt positive* », « *négative ou plutôt négative* » ou « *ni positive, ni négative* ». La deuxième (question 18) évalue si les patients se sentent satisfaits de cette passation par une échelle de Likert à 4 niveaux (« *totalelement insatisfait* » / « *plutôt insatisfait* » / « *plutôt satisfait* » / « *totalelement satisfait* »).

2.4.3. Questionnaire de recueil de l'opinion des soignants sur l'échelle d'évaluation CAARMS

Egalement élaboré par l'investigatrice, ce questionnaire visible en annexe 5 a pour objectif de préciser les interrogations de l'équipe soignante du dispositif 15-25 au sujet de l'impact possible sur les patients en termes d'alliance thérapeutique et de vécu, ainsi que sur la manière d'utiliser la CAARMS et de l'intégrer au sein du dispositif.

Il est ainsi construit autour de deux grands thèmes : le premier concerne l'avis des soignants sur l'utilisation de la CAARMS au sein du dispositif, le deuxième interroge les soignants sur l'idée qu'ils se font du vécu du patient concernant la passation de la CAARMS.

Le questionnaire est conçu pour être accessible en ligne grâce au logiciel Google Form[®]. La durée nécessaire pour y répondre est d'environ cinq minutes. A l'exception des questions ouvertes, nous avons choisi l'option « obligatoire » pour toutes les propositions du questionnaire. Ceci oblige les soignants à donner une réponse pour pouvoir passer à la question suivante. L'analyse de toutes les réponses peut donc se faire sur la totalité des soignants ayant répondu au questionnaire. Après une première version proposée à notre directrice de thèse, quelques corrections de forme ont été apportées, qui ont été validées par cette dernière.

2.4.3.1. Avis des soignants sur l'utilisation de la CAARMS au sein du dispositif 15-25

L'idée générale de ce thème est de recueillir l'avis des soignants sur l'introduction de la CAARMS en tant qu'outil d'évaluation au sein du dispositif 15-25. Il s'agit d'identifier le degré d'approbation des soignants à cette pratique, et de repérer les éléments en faveur ou en défaveur de cette mise en place. Par ailleurs, nous espérons pouvoir dégager une vision des soignants sur les indications et objectifs à une évaluation par la CAARMS.

Au sein de ce thème sont abordées les questions suivantes :

- utilité perçue de la CAARMS et faisabilité de passations régulières ;
- obstacles et avantages à des passations régulières de la CAARMS ;
- indications et objectifs des évaluations par cet outil.

Nous allons les aborder successivement dans les paragraphes qui suivent.

2.4.3.1.1. Utilité perçue de la CAARMS et faisabilité de passations régulières au sein du dispositif 15-25

Les deux premières questions interrogent les soignants sur le degré d'utilité qu'ils perçoivent de la CAARMS en conditions théoriques « optimales » (question 1) et en conditions réelles au sein du dispositif 15-25 (question 2). Il leur est proposé d'imaginer l'utilisation de la CAARMS en conditions théoriques « optimales » afin de s'affranchir des contraintes de réalité de terrain, qui peuvent biaiser leur jugement. La deuxième question permet d'obtenir des réponses reflétant l'opinion des soignants concernant l'utilité de la CAARMS « sur le terrain », avec la réalité des contraintes et limites inhérentes à celui-ci.

La question 3 les interroge sur leur vision du « degré de faisabilité » de passations de CAARMS régulières au sein du dispositif.

Pour ce faire, un échelle différentielle mixte d'Osgood à 5 niveaux est utilisée, allant de « *totalelement inutile* » à « *indispensable* » pour les deux premières questions, et de « *pas du tout faisable* » à « *très faisable* » pour la question 3.

2.4.3.1.2. Obstacles principaux et avantages perçus à des passations régulières de la CAARMS au sein du dispositif 15-25

Par des échelles de Likert à 5 niveaux (« *pas du tout d'accord* » / « *pas d'accord* » / « *ni en désaccord, ni d'accord* » / « *d'accord* » / « *tout à fait d'accord* »), nous cherchons à déterminer quels sont les principaux obstacles et avantages perçus par les soignants à des passations régulières de CAARMS. Les deux questions générales sont les suivantes :

- « **A votre avis, quels sont les obstacles principaux à des évaluations régulières par la CAARMS au sein du dispositif 15-25 ?** » (question 4) ;
- « **Parmi les éléments suivants lesquels considérez-vous comme des avantages liés à l'évaluation par la CAARMS ?** » (question 5).

Deux types d'obstacles sont proposés : d'une part des obstacles « internes », liés à la structure, au fonctionnement du dispositif et à des positions personnelles des soignants, et d'autre part des obstacles liés aux caractéristiques de la CAARMS en elle-même ou à l'impact éventuel de son utilisation sur les patients.

Les avantages proposés relèvent eux aussi de deux types : d'une part une aide pour le clinicien dans son évaluation de la symptomatologie et pour le type de prise en charge, et d'autre part une aide dans sa relation au patient et pour le patient lui-même.

Une question ouverte située à la fin de chaque bloc de propositions permet aux soignants de proposer d'autres obstacles et d'autres avantages.

2.4.3.1.3. Indications et objectifs des évaluations par la CAARMS

Les questions posées aux soignants sur ces deux thèmes sont les suivantes :

- « **A votre avis, au sein du dispositif 15-25, pour quels patients l'évaluation par la CAARMS pourrait-elle être pertinente ?** » (question 6) ;

- « **Quels pourraient être à votre avis les objectifs pertinents à des évaluations par la CAARMS ?** » (question 7).

Par ces deux questions, nous cherchons à recueillir l'avis des soignants sur les indications à une évaluation par la CAARMS et sur les objectifs qu'ils considèrent les plus intéressants à cette passation.

Là encore, les réponses sont proposées sous forme d'échelle de Likert à 5 niveaux et une question ouverte permet aux soignants de faire eux-mêmes des propositions.

2.4.3.2. Idée des soignants sur le vécu des patients lors de la passation de la CAARMS

Ce deuxième grand thème a pour objectif de préciser les interrogations que les soignants ont soulevées concernant le vécu des patients à la passation de la CAARMS. Il est proposé aux soignants de répondre à l'intitulé suivant : « **De manière générale chez les patients du dispositif 15-25 à qui une évaluation par la CAARMS est proposée, quelle idée vous faites-vous de l'impact de cette dernière sur les éléments suivants ?** »

Les questions abordées sont en miroir de celles posées aux patients. Elles concernent l'idée que les soignants se font du vécu des patients sur les mêmes thèmes que ceux abordés dans le questionnaire adressé aux patients :

- émotions ressenties lors de la passation ;
- la réaction face au type de questions posées ;
- l'évaluation des modalités de passation ;
- le vécu de l'expression des difficultés ;
- l'impact de la passation de l'échelle sur l'expression et la compréhension des difficultés ;
- le vécu global de la passation.

Les réponses sont proposées sous forme d'échelle mixte différentielle d'Osgood à 5 niveaux, allant de « *très négatif* » à « *très positif* ».

Enfin, il leur est demandé de répondre par « *oui* » ou « *non* » à la question : « **A votre avis, les patients pourraient-ils ressentir un sentiment de gêne face à certaines questions ?** ». Pour ceux qui répondent oui, il est proposé plusieurs raisons possibles à cette gêne. Les soignants peuvent choisir de cocher un nombre illimité de raisons parmi les 6 proposées. Ils peuvent également choisir la proposition « *autre* » et développer leur point de vue.

2.4.3.3. Idée des soignants au sujet de l'impact de la CAARMS sur l'alliance thérapeutique

La question de l'alliance thérapeutique étant centrale dans nos préoccupations, nous avons souhaité en faire une analyse à part, même si plusieurs questions la concernant sont réparties au sein des thèmes précédemment développés. Plusieurs questions complémentaires sont posées, réparties de manière à ne pas s'enchaîner afin de limiter l'effet de contamination.

Par une échelle de Likert à 5 niveaux allant de « *pas du tout d'accord* » à « *tout à fait d'accord* », les soignants sont ainsi invités à donner leur avis sur les deux affirmations suivantes :

- « **Le risque de baisse d'alliance thérapeutique est un des obstacles principaux à des passations régulières de CAARMS** » ;
- « **L'amélioration de l'alliance thérapeutique est un des avantages liés à des évaluations par la CAARMS** ».

Enfin, par une échelle d'Osgood à 5 niveaux allant de « *très négatif* » à « *très positif* », il est demandé aux soignants d'indiquer l'idée qu'ils se font de l'impact de la passation de la CAARMS sur l'alliance thérapeutique.

2.5. PROCEDURE DE L'ETUDE

Le design choisi est celui d'une étude contrôlée prospective longitudinale, qui comprend deux temps d'évaluation chez les patients pour lesquels la passation de la CAARMS est réalisée.

Les questionnaires sont remplis à l'occasion des consultations de psychiatrie et des rendez-vous de passation de la CAARMS ; l'ensemble des questionnaires est rempli de façon

anonyme, après avoir reçu une information orale et écrite, et avoir signé un consentement écrit (annexes 6 et 7). Après passation, les questionnaires sont recueillis et cotés par l'investigatrice, selon les grilles de cotations de ces derniers.

Les patients sont proposés à l'investigatrice de l'étude après que l'indication de la passation de la CAARMS a été discutée et posée en réunion pluridisciplinaire. Les professionnels participant à ces réunions ont auparavant assisté à une réunion de présentation de la CAARMS, ainsi que de l'étude associée.

2.5.1. Chez les patients

2.5.1.1. Première rencontre patient-évaluateur

Pour chaque patient à qui la passation de la CAARMS est proposée et acceptée, une première rencontre a lieu avec le professionnel qui va la faire passer. L'objectif est d'avoir un premier contact pour les patients non connus de l'évaluateur, ainsi que d'expliquer au patient les objectifs d'une telle évaluation, les modalités pratiques, et le contexte dans lequel elle est proposée. A cette occasion, l'information concernant notre étude est délivrée, et il est proposé au patient d'y participer. Les critères d'inclusion et de non-inclusion sont vérifiés à partir du dossier médical du patient.

2.5.1.2. Inclusion et premier 4PAS : T0

Les patients ayant accepté la passation de la CAARMS sont revus pour un rendez-vous spécifiquement organisé pour la passation. Avant la passation en elle-même, il est à nouveau proposé au patient de participer à l'étude. S'il accepte, la notice d'information lui est remise et on lui demande de signer un consentement écrit. Le premier 4PAS est alors rempli à ce moment-là par le patient, en présence d'un soignant qui n'observe pas le patient remplir le questionnaire et qui n'intervient que si le patient le sollicite pour réclamer des explications.

Pour chaque patient, nous recueillons au moment de l'inclusion le genre, l'âge, la modalité de soins (ambulatoire ou hospitalisation, contrainte ou non), les traitements

médicamenteux psychiatriques en cours ainsi que le dernier diagnostic principal psychiatrique retenu.

2.5.1.3. Passation de la CAARMS

La passation de la CAARMS a lieu au cours de la même rencontre, immédiatement après T0.

Si le patient le désire, la passation se déroule sur plusieurs rendez-vous. Cela se décide soit en début d'entretien, soit au cours de celui-ci si le patient demande à poursuivre un autre jour. Selon sa situation, les rendez-vous peuvent avoir lieu dans les locaux de consultation des unités ambulatoires, dans les unités d'hospitalisation, ou encore au domicile du patient. L'évaluation est réalisée par un professionnel formé à la passation de la CAARMS – interne en psychiatrie, psychiatre ou psychologue – éventuellement accompagné d'un deuxième professionnel. Afin de ne pas d'emblée interroger le patient sur la symptomatologie psychotique, le choix a été fait, conformément à ce qui nous a été conseillé par les formateurs à la passation de la CAARMS, de débiter les passations par la rubrique 7.2 concernant les symptômes de dépression. Nous suivons ensuite l'ordre des rubriques à partir de celle-ci, telles qu'elles sont organisées dans la CAARMS.

2.5.1.4. T1 : Remplissage du deuxième 4PAS, du questionnaire d'évaluation du vécu et restitution des résultats de la CAARMS

Un nouveau rendez-vous est fixé au patient dans les 7 à 14 jours suivant la fin de la passation de la CAARMS, afin de lui transmettre les résultats de l'évaluation et de lui proposer une prise en charge individualisée. Nous avons choisi ce délai car d'une part il correspond à une durée suffisamment longue pour nous permettre la cotation de la CAARMS et la rédaction du compte-rendu de passation, et d'autre part il permet au patient de prendre du recul par rapport à la passation sans pour autant avoir eu le temps d'oublier son vécu du moment.

L'entretien fait intervenir de façon conjointe le médecin référent du patient et le professionnel ayant réalisé la passation de la CAARMS. Si le patient dispose d'un référent de continuité, celui-ci peut également être présent à l'entretien.

C'est au début de cet entretien que sont proposés au patient un nouveau 4PAS et le Questionnaire d'évaluation du vécu de la passation de la CAARMS. Les questionnaires sont remplis en l'absence de soignant afin que le patient réponde le plus librement possible, mais l'un deux se tient à proximité : il est signifié au patient qu'il peut le solliciter en cas de besoin. De plus, avant de remplir le questionnaire de vécu une brève explication est délivrée concernant la question 1 : il est dit au patient qu'il peut répondre librement, à l'aide de la grille de propositions, ou selon les deux modalités.

Sont recueillis à T1 le traitement médicamenteux en cours et la cotation de la CAARMS.

Pour les patients reçus en ambulatoire, il n'y a pas d'intervention thérapeutique entre T0 et T1. Les patients hospitalisés bénéficient de la poursuite des soins dans le cadre de l'hospitalisation.

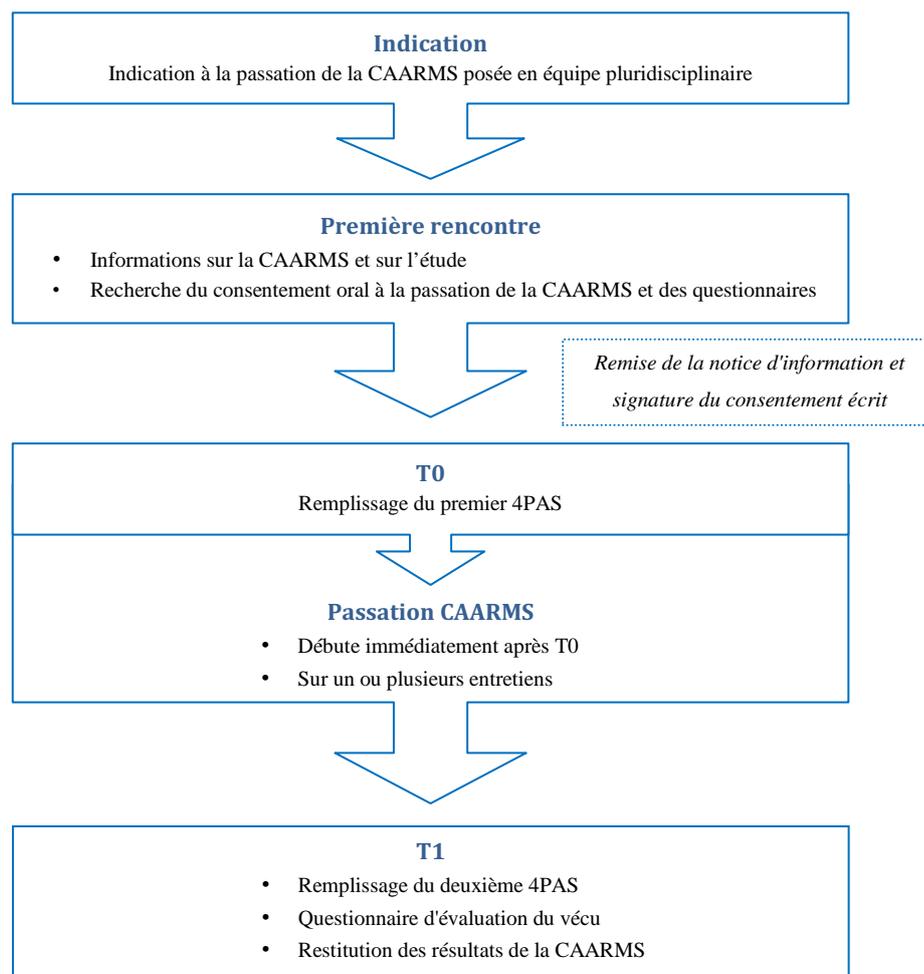


Figure 6 : Procédure de l'étude auprès des patients

2.5.2. Chez les soignants

Les soignants bénéficient initialement d'une présentation orale de la CAARMS, effectuée par l'investigatrice au cours d'une réunion de travail, et à l'issue de laquelle un document écrit de présentation ainsi que la CAARMS elle-même est laissé en libre accès dans le dossier informatique partagé du dispositif.

Le lien vers le questionnaire, disponible sur Google Form[®], est par la suite proposé par courrier électronique à l'ensemble des professionnels de santé participant de manière régulière au staff de coordination hebdomadaire et/ou au groupe de travail mensuel du dispositif 15-25. Ce courriel comporte un petit texte présentant les objectifs de l'étude. Les réponses, anonymes, sont disponibles en ligne directement pour l'investigatrice. Les soignants sont sollicités une première fois, puis une relance est faite un mois plus tard.

2.6. CRITERES DE JUGEMENT

Le critère de jugement principal retenu pour cette étude est la variation du score obtenu au *4 Point ordinal Alliance Scale* entre avant et après passation de la CAARMS.

Les critères de jugement secondaires sont l'analyse descriptive des données recueillies par le Questionnaire d'évaluation du vécu de la passation de la CAARMS et le Questionnaire de recueil de l'opinion des soignants.

2.7. ANALYSES STATISTIQUES

Nous effectuons la saisie des données ainsi que leur traitement statistique. Les analyses sont faites à l'aide des logiciels R[®] et Numbers[®].

Afin d'étudier le critère de jugement principal, nous posons l'hypothèse nulle H_0 : « il n'y a pas de différence des scores obtenus au 4PAS entre avant et après passation de la CAARMS ».

Afin de choisir le test statistique approprié, un test de Shapiro est d'abord réalisé à la recherche d'une distribution normale des valeurs de chaque variable, du fait d'un effectif inférieur à 30 sujets par groupe.

Les variables mesurées par le 4PAS étant observées à deux reprises au sein du même échantillon, nous pouvons constituer des séries appariées. Chaque paire de mesures concerne le même sujet, nous calculons donc la différence pour chaque paire de résultats.

Nous comparons ensuite la moyenne observée des différences à la valeur théorique 0, qui serait obtenue en cas d'absence d'impact de la CAARMS sur les scores obtenus au 4PAS. Sous réserve que la différence soit distribuée selon une loi Normale ou considérée comme telle après test de Shapiro, la statistique de test : $t = \frac{\mu-0}{\sigma/\sqrt{n}}$ suit une loi du t de Student à $n-1$ degrés de liberté, où μ représente la moyenne des différences, σ l'écart-type de la moyenne des différences et n le nombre de valeurs dans chaque groupe.

Lorsque la distribution n'est pas normale, un test non paramétrique de Mann-Withney est utilisé pour comparer les moyennes.

Bien que la variation des résultats à l'EVA ne fasse pas partie de notre objectif principal, nous choisissons d'en faire l'analyse afin de nous assurer que celle-ci évolue dans le même sens que la variation des scores. Afin de pouvoir mener une analyse statistique, les résultats de l'EVA sont transcrits en valeurs chiffrées à partir de la mesure en cm « évaluation de l'alliance thérapeutique par le patient » divisée par la mesure en cm de l'EVA totale, et ramenée sur un score de 10. Puis nous procédons de la même manière que pour notre objectif principal, avec constitution de séries appariées : après test de Shapiro-Wilk, un test de Student est réalisé sous réserve d'une distribution normale des valeurs, ou un test de Mann-Whitney en cas d'absence de distribution normale.

Concernant nos critères de jugement secondaires, devant la petite taille de nos effectifs, nous préférons ne réaliser que des statistiques descriptives des réponses aux questionnaires. Des variables dichotomiques sont utilisées pour analyser les réponses, 0 correspondant à « réponse non cochée » et 1 correspondant à « réponse cochée ».

3. RESULTATS

3.1. PARTICIPANTS

3.1.1. Recrutement et participation

Au total, entre le 20 mai 2016 et le 1^{er} juin 2017, la passation de la CAARMS est proposée à 16 patients sur indication posée en équipe pluridisciplinaire. Parmi ceux-ci, 15 acceptent un premier entretien d'information sur la CAARMS et de prise de contact avec l'évaluateur.

A l'issue de ce dernier, un patient refuse la passation. Parmi ceux qui acceptent, deux patients ne se présentent pas au premier rendez-vous de passation de la CAARMS. L'un appelle de lui-même pour convenir d'un autre rendez-vous et s'y présente. L'autre est appelé par sa référente de continuité et se présente au deuxième rendez-vous fixé. Tous les patients qui acceptent cette passation donnent également leur accord pour être inclus dans l'étude et remplissent le premier 4PAS.

Que cela nécessite un ou plusieurs entretiens, tous les patients qui commencent la passation de la CAARMS la terminent.

Tous ces patients se présentent pour la restitution des résultats, et acceptent de remplir le deuxième 4PAS et le questionnaire de vécu.

Finalement, 14 patients passent la CAARMS en intégralité et répondent à l'ensemble des questionnaires avant et après passation.

Le Flowchart ci-dessous (figure 7) résume le déroulement du protocole.

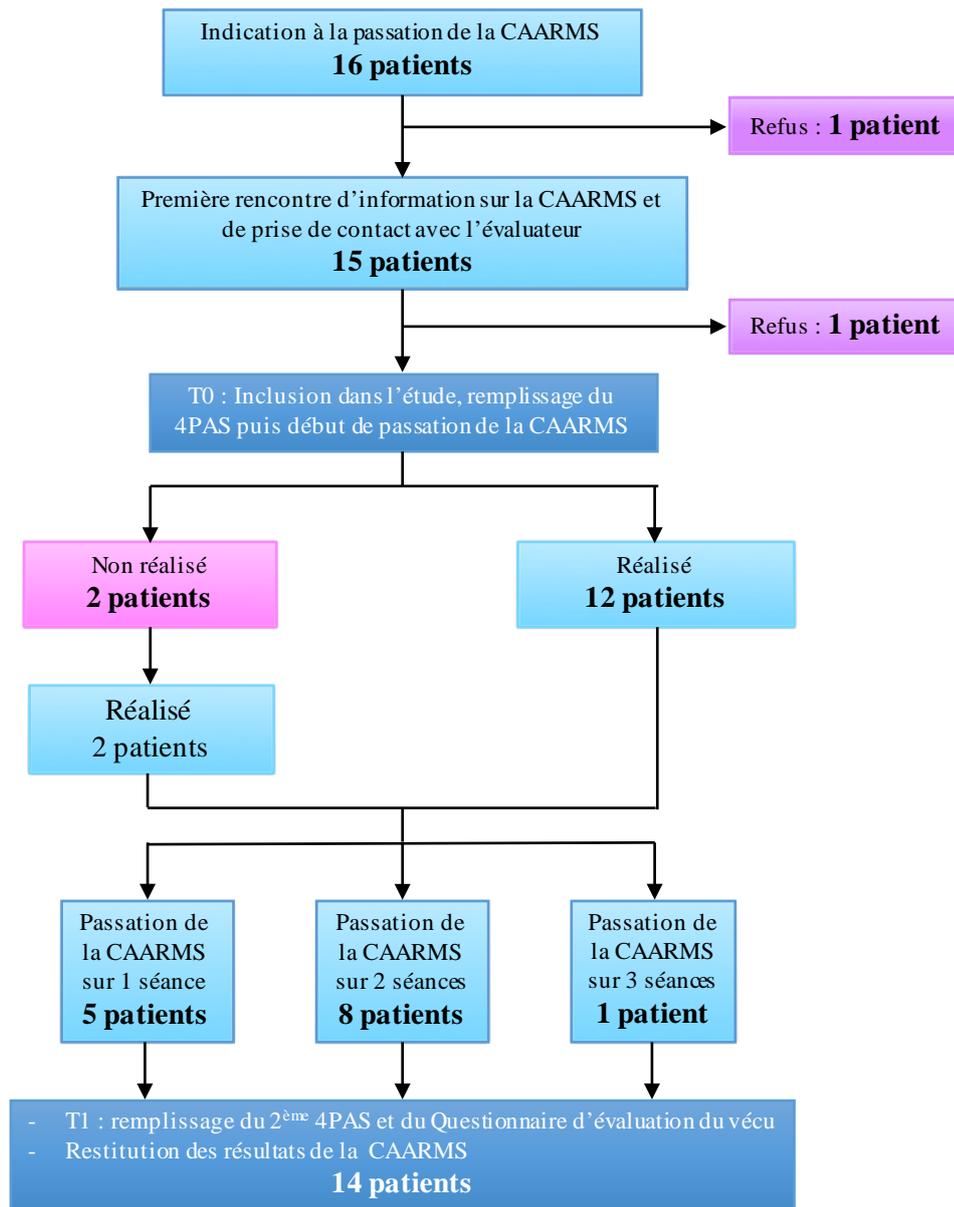


Figure 7 : Flowchart de l'étude auprès des patients

Chaque patient étant son propre témoin, nous pouvons constituer des séries appariées. Les deux groupes T0 et T1 sont chacun constitués de 14 patients. Chaque groupe est composé de 10 hommes (71 %) et de 4 femmes (29 %). La moyenne d'âge est de 19,6 ans avec un écart type $ET = 2,87$. 10 patients (71 %) sont évalués en ambulatoire et 4 (29 %) sont hospitalisés, dont deux en hospitalisation libre et deux sous contrainte (hospitalisation à la demande d'un tiers).

Au moment de l'inclusion, 6 patients sont traités par antidépresseurs, 4 par anxiolytiques, 5 par antipsychotiques, et 1 par thymorégulateur. Il n'y a pas de changement de traitement entre T0 et T1 sauf pour deux patients, l'un pour qui le traitement par

antipsychotique est arrêté et l'autre pour qui les traitements anxiolytique et hypnotique sont arrêtés.

Les résultats pour les données observées sont résumés dans le tableau 6 ci-dessous.

Patient	Sexe	Age	Modalité soins	Traitement T0	Traitement T1	Dernier diagnostic principal
P1	H	24	HL	ATD + anxiolytique	ATD + anxiolytique	F32.9 épisode dépressif, sans précision
P2	F	19	ambulatoire	ATD	ATD	F39 trouble de humeur (affectif), sans précision
P3	F	18	HDT	AP + hypnotique	hypnotique	F91.9 trouble des conduites, sans précision
P4	H	18	ambulatoire	ATD	ATD	F32.9 épisode dépressif, sans précision
P5	H	21	ambulatoire	∅	∅	F33.1 trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen
P6	F	23	ambulatoire	∅	∅	R45.8 autres symptômes et signes relatifs à l'humeur
P7	H	19	ambulatoire	AP + thymorégulateur	AP + thymorégulateur	F23.01 trouble psychotique aigu polymorphe, sans sympt. SCZ, avec facteur de stress aigu associé
P8	F	18	ambulatoire	AP + anxiolytique	AP + anxiolytique	Z61.2 Difficultés liées aux changements dans le tissu des relations familiales pendant l'enfance
P9	H	15	ambulatoire	∅	∅	F43.28 trouble de l'adaptation avec prédominance d'autres symptômes spécifiés
P10	H	17	HDT	AP + ATD + anxiolytique + hypnotique	AP + ATD	F21 trouble schizotypique
P11	H	17	HL	∅	∅	F91.3 trouble oppositionnel avec provocation
P12	H	20	ambulatoire	ATD	ATD	F60.9 trouble de la personnalité, sans précision
P13	H	21	ambulatoire	AP + ATD + anxiolytique + hypnotique	AP + ATD + anxiolytique + hypnotique	F20.99 SCZ, sans précision, évolution imprévisible, période d'observation trop brève
P14	H	25	ambulatoire	∅	∅	F43.28 trouble de l'adaptation avec prédominance d'autres symptômes spécifiés

Tableau 6 : Caractéristiques des patients participant à notre étude

H : Homme, F : Femme, HL : hospitalisation libre, HDT : hospitalisation à la demande d'un tiers, ATD : antidépresseur, AP : antipsychotique, SCZ : schizophrénie

3.1.2. Cotation de la CAARMS

Les résultats des cotations de la CAARMS ne font pas partie des objectifs de notre étude. Il nous paraît cependant intéressant de les retranscrire ici : sur les 14 patients de notre étude, 7 ne présentent pas de critères d'état mental à risque de transition psychotique, 4 patients

remplissent les critères du groupe psychose atténuée, 3 patients ont franchi le seuil de psychose.

3.2. OBJECTIF PRINCIPAL : ANALYSE DES RÉPONSES AU QUESTIONNAIRE D'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE 4PAS

3.2.1. Analyse descriptive

Les valeurs retrouvées sont retranscrites dans le tableau 7 ci-dessous.

Sur les 14 patients, tous voient leur score au 4PAS augmenter entre T0 et T1, excepté 2 patients dont l'un qui attribue déjà le score maximal possible (44) à T0, et l'autre pour lequel le score ne varie pas. Le score moyen obtenu est de 32,7 (ET = 6,1) à T0 et de 36,7 (ET = 5,774) à T1. La moyenne obtenue des différences des scores entre avant (T0) et après (T1) la passation de la CAARMS montre une **augmentation moyenne des scores de + 4 points (ET = 3,2)**.

Patient	Score à T0	Score à T1	Différence
P1	24	29,5	+ 5,5
P2	40	44	+ 4
P3	44	44	0
P4	31	37	+ 6
P5	30	39	+ 9
P6	32	41	+ 9
P7	36,5	40	+ 3,5
P8	32	32,5	+ 0,5
P9	36	37	+ 1
P10	24	26	+ 2
P11	28	34	+ 6
P12	41	43	+ 2
P13	31	38	+ 7
P14	29	29	0
Moyenne	32,7	36,7	+ 4
Ecart-type	6,1	5,8	3,2

Tableau 7 : Scores au 4PAS à T0 et T1, différences, moyennes et écarts-types

Bien que la variation des valeurs de l'EVA entre T0 et T1 ne fasse pas partie de notre critère de jugement principal, nous choisissons d'en retranscrire ici les résultats afin de s'assurer que ceux-ci varient dans le même sens que le score. Les données d'un patient ne peuvent être analysées car celui-ci ne comprend visiblement pas la consigne et se contente de souligner l'expression « alliance totale » au lieu de placer un repère sur l'EVA, et ce à T0 comme à T1. L'analyse se fait donc uniquement sur les 13 patients restants. Parmi ceux-ci, 12 majorent la valeur donnée entre T0 et T1 et un la diminue légèrement. La valeur moyenne obtenue à T0 est de 5,1 (ET = 2,6) et celle à T1 est de 6,7 (ET = 2,5). La moyenne obtenue des différences des valeurs entre avant et après la passation de la CAARMS montre une majoration moyenne de l'EVA de + 1,6 sur 10 avec un écart-type des différences égal à 1,5. Les résultats sont retranscrits dans le tableau 8 ci-dessous.

Patient	Valeur à T0	Valeur à T1	Différence
P1	0,2	3,2	+ 3
P2	6,8	8,9	+ 2,1
P3	9,9	10	+ 0,1
P4	8,1	7,2	- 0,9
P5	5,6	9	+ 3,4
P6	4	7,2	+ 3,1
P7	4,7	8,9	+ 4,2
P8	4	4,8	+ 0,8
P9	7,3	8	+ 0,7
P10	1,5	2	+ 0,5
P11	5,1	7,4	+ 2,3
P12	X	X	X
P13	5,2	6	+ 0,8
P14	3,4	4,1	+ 0,7
moyenne	5,1	6,7	+ 1,6
écart-type (σ)	2,6	2,5	1,5

Tableau 8 : Valeurs de l'Echelle Visuelle Analogique du 4PAS à T0 et T1, différences, moyennes et écarts-types.

3.2.2. Analyse statistique des différences de valeurs observées entre T0 et T1

Devant les effectifs réduits (moins de 30 individus par groupe), un test de Shapiro-Wilk est réalisé afin d'étudier la distribution des échantillons. Le test de Shapiro-Wilk met en évidence une distribution qui peut être considérée comme normale pour l'ensemble des variables (tableau 9).

	W	ddl	p-value
Score 4PAS T0	0,9511	14	0,5779
Score 4PAS T1	0,9409	14	0,4304

Tableau 9 : Test de Shapiro-Wilk pour les variables "score au 4PAS" à T0 et à T1

Par conséquent, la comparaison des moyennes du score du 4PAS entre l'évaluation pré-passage de CAARMS (T0) et post-passage de CAARMS (T1) est réalisée par l'intermédiaire d'un test de Student.

Les résultats de l'analyse statistique des différences de valeurs observées entre T0 et T1 sont résumés dans le tableau 10 : le test de Student nous permet de conclure à **une amélioration statistiquement significative des scores au 4PAS entre avant et après passage de la CAARMS ($p < 0,001$)**.

	Différence de moyenne μ	Différence écart-type σ	t calculé	t référence (13 ddl ; $\alpha = 0,1 \%$)	Significativité
Evolution score 4PAS T0-T1	4	3,2	4,68	4,22	$p < 0,001$

Tableau 10 : Test de Student pour les variables "score au 4PAS" à T0 et T1

En ce qui concerne les valeurs données à l'échelle visuelle analogique, nous procédons de la même manière : devant les effectifs réduits, un test de Shapiro-Wilk est d'abord réalisé afin de s'assurer de la distribution normale des valeurs. Les résultats, résumés dans le tableau 11, permettent de conclure à des distributions normales.

	W	ddl	p-value
EVA 4PAS T0	0,9867	13	0,9978
EVA 4PAS T1	0,9375	13	0,3518

Tableau 11 : Test de Shapiro-Wilk pour les variables "EVA du 4PAS" à T0 et à T1

De même que pour l'étude de la variation des scores du 4PAS, le test de Student est utilisé afin de comparer les valeurs de l'EVA du 4PAS obtenues avant et après passation de la CAARMS. Les résultats, présentés dans le tableau 12, permettent encore de conclure à une **amélioration statistiquement significative des valeurs données à l'EVA du 4PAS entre avant et après passation de la CAARMS ($p < 0,01$)**.

	Différence de moyenne μ	Différence écart-type σ	t calculé	t référence (12 ddl ; $\alpha = 1\%$)	Significativité
Evolution EVA du 4PAS T0-T1	1,6	1,5	3,81	3,06	p < 0,01

Tableau 12 : Test de Student pour les variables "EVA au 4PAS" à T0 et à T1

3.3. OBJECTIFS SECONDAIRES

3.3.1. Analyse du vécu des patients

3.3.1.1. Evaluation des émotions ressenties lors de la passation

- **Expression libre**

Cinq patients sur les 14 se saisissent de l'espace libre pour répondre à la question ouverte : « **Pendant la passation de l'échelle, vous avez probablement ressenti plusieurs sentiments, positifs ou négatifs. Pourriez-vous décrire avec vos propres mots vos sentiments au moment de la passation de l'échelle ?** » Leurs propos sont retranscrits tels quels, les fautes de français n'ont pas été corrigées volontairement.

L'un d'eux s'exprime de manière plutôt négative : « *C'est rébarbatif de répondre à des questions pendant une demi-heure* ».

Un autre met en avant sa curiosité et ses interrogations : « *J'ai ressenti surtout de la curiosité lors du questionnaire, sentiment qui s'est associé à de nombreuses interrogations notamment sur certaines questions liées aux ressentis personnels* ».

Les 3 derniers évoquent des émotions négatives ou pouvant être interprétées comme telles, mais supplantées par une vision d'ensemble plutôt positive :

- « *EFFECTIVEMENT plusieurs émotions inexplicables aussi folles les unes que les autres. Je n'étais jamais sentie aussi basse au niveau de mes émotions. Je suis quand même satisfaite de cette remise en question qui m'a permis de me renforcée et surtout faire un grand travail sur moi-même.* »
- « *Je me suis senti en général en confiance par rapport aux questions qui m'ont été posées ; parfois j'ai été un peu déstabilisé par les propos qui m'ont été adressés car il y avait quelques difficultés de compréhension.* »
- « *Difficile au début puis un "déclic" rapide. La suite de l'expression de mon ressenti était plus facile. Soulagé d'avoir réussi à m'exprimer. Intéressé par le travail d'analyse/recherche* »

• **A l'aide de la grille proposée**

Tous les patients, y compris ceux qui choisissent de répondre à la question ouverte, utilisent la grille pour cocher les émotions qu'ils se souviennent avoir ressenties. L'analyse se fait donc sur les 14 réponses. En observant les données globales, nous constatons que les termes les plus choisis (par 7 patients soit 50 %) sont les termes « **concentré** » et « **calme** ». L'adjectif « **encouragé** » est choisi par 5 patients (36 %). Suivent les termes « **intéressé** », « **curieux** », « **surpris** », « **détendu** », « **de bonne humeur** » et « **à l'aise** », choisis par 4 patients (29 %).

Nous classons ensuite les termes proposés en émotions positives et émotions négatives. Il ressort que **62 % des termes choisis renvoient à des émotions positives**, et **38 % renvoient à des émotions négatives**.

3.3.1.2. Evaluation du type de questions posées

Une part importante des patients interrogés (9 patients sur 14, soit 64 %) révèle **avoir été gênée par au moins une question**. Le motif de gêne le plus choisi par ces neuf patients est la **difficulté à comprendre** une ou plusieurs questions (6 patients, soit 43 %), suivi de la difficulté à y répondre (5 patients, soit 36 %). **Seulement 2 patients (14 %) disent s'être sentis gênés en raison du caractère intrusif** d'une ou de plusieurs questions.

3.3.1.3. Evaluation des modalités de passation

La quasi-totalité des patients (13 patients : 93 %) se disent **satisfaits par la durée de l'évaluation**. De plus, ils estiment tous avoir **disposé de suffisamment de temps** pour s'exprimer.

Ils n'ont pas été gênés par le fait que la passation de l'échelle soit réalisée par quelqu'un n'intervenant pas dans leur prise en charge : 100 % disent que cela ne leur a « *ni convenu ni dérangé* » (9 patients, soit 64 %) ou que cela leur a « *convenu ou plutôt convenu* » (5 patients, soit 36 %). Aucun d'entre eux n'exprime qu'il aurait préféré que la passation de l'échelle soit réalisée par son soignant référent.

Durant cette passation, il ressort que tous les patients interrogés (100 %) se sont sentis **écoutés**, et que 12 patients (86 %) se sont sentis **compris** – les 2 patients restants (14 %) s'étant sentis **partiellement compris**. La plupart a compris (10 patients, soit 71 %) ou au moins de manière partielle (3 patients, soit 21 %) pourquoi cette échelle leur a été proposée.

3.3.1.4. Vécu de l'expression et de la compréhension des difficultés

Treize patients (93 %) disent avoir pu **s'exprimer sur leurs symptômes**, et un (7 %) dit avoir pu le faire de manière partielle. Pour la grande majorité d'entre eux (11, soit 79 %), la passation est perçue comme une **aide pour s'exprimer plus précisément** qu'en entretien ouvert, et pour 10 patients (71 %) il a été **plus facile de s'exprimer** qu'en entretien ouvert.

Par ailleurs, la passation de la CAARMS a été l'occasion **d'aborder des thèmes sur lesquels ils ne s'étaient pas encore exprimés jusque-là** pour 13 patients (93 %).

Sept patients (50 %) perçoivent que suite à la passation de l'échelle, il leur paraît **plus facile de s'exprimer ultérieurement sur leurs difficultés**. Cinq (36 %) pensent que cela ne sera « ni plus facile ni plus difficile ». En revanche, un patient (7 %) juge qu'il sera plus difficile d'en parler par la suite. Par ailleurs, pour la majorité des patients (9, soit 64 %), la passation de la CAARMS représente une aide pour **mieux identifier leurs difficultés**.

3.3.1.5. Vécu global de la passation

De manière générale, la passation de la CAARMS est vécue de manière **positive ou plutôt positive** pour 11 patients (79 %), les 3 autres patients (21 %) ayant un vécu « ni positif, ni négatif ». Un seul patient (7 %) se dit plutôt insatisfait d'avoir passé cette échelle, alors que huit patients (57 %) se disent plutôt satisfaits et cinq (36 %) se disent totalement satisfaits.

3.3.2. Analyse de l'opinion des soignants :

3.3.2.1. Inclusion dans l'étude et taux de réponse

Au total, le questionnaire de recueil de l'opinion des soignants est proposé par mail à 14 professionnels actifs au sein du dispositif 15-25.

La première sollicitation permet de recueillir huit réponses. Une relance est faite un mois après, et permet de recueillir trois réponses supplémentaires. Un total de 11 réponses sur 14 soignants sollicités est donc obtenu, portant le taux de réponse à 79 %.

3.3.2.2. Utilité perçue de la CAARMS et faisabilité de passations régulières de CAARMS au sein du dispositif 15-25

Les questions explorant l'utilité perçue de la CAARMS par les soignants sont les suivantes :

- « **A votre avis, en considérant des conditions de travail théoriques optimales (temps, personnel, organisation...), quelle serait l'utilité de la CAARMS au sein du dispositif 15-25 ?** » ;
- « **En pratique, dans votre contexte de travail actuel, quelle est à votre avis l'utilité de la CAARMS au sein du dispositif 15-25 ?** ».

Il leur est proposé de répondre sur une échelle différentielle mixte d'Osgood à 5 niveaux allant de « *totalemment inutile* » (1) à « *indispensable* » (5).

En considérant des conditions de travail optimales, les soignants interrogés semblent trouver une réelle utilité à la CAARMS. Ils ont choisi le plus fréquemment (6 d'entre eux, soit 55 %) la note 4 sur un maximum de 5. La moyenne des notes est calculée à 4,1 (écart-type ET = 0,7) et la médiane à 4.

En conditions de travail réelles, la valeur la plus choisie par les soignants (5 d'entre eux, soit 46 %) est 3. La moyenne et la médiane sont respectivement de 3,3 (ET = 1,28) et de 3.

En ce qui concerne la faisabilité, il est proposé aux soignants de répondre sur une échelle différentielle mixte d'Osgood à 5 niveaux allant de « *pas du tout faisable* » (1) à « *très faisable* » (5) à la question : « **Selon vous, à l'heure actuelle, quel est le degré de faisabilité de passations régulières de CAARMS au sein du dispositif 15-25 ?** »

Les soignants semblent unanimes pour considérer les passations régulières de CAARMS au sein du dispositif comme moyennement faisables, puisque le mode, la moyenne et la médiane sont toutes trois calculées à 3 (ET = 0,9).

3.3.2.3. *Obstacles principaux et avantages perçus à des passations régulières de la CAARMS au sein du dispositif 15-25*

- **Obstacles principaux**

L'analyse des résultats fait ressortir que les obstacles principaux pointés par les soignants relèvent plutôt de **contraintes internes ou des positions personnelles des soignants**. Le temps nécessaire à la passation semble aussi être un facteur limitant les passations régulières de CAARMS.

Ainsi, les réponses les plus choisies sont « d'accord » pour la proposition « **manque de disponibilité des soignants** » (6 soignants, soit 55 %) et « tout à fait d'accord » pour « **faible nombre de soignants formés à la passation** » (5 soignants, soit 46 %).

Deux positions principales et opposées sont observées pour la proposition « **éloignement par rapport à mes référentiels de travail, manque d'intérêt à utiliser une**

échelle standardisée » : 4 soignants (36 %) se disent « pas du tout d'accord », alors que 3 autres soignants (27 %) sont « tout à fait d'accord », les autres réponses se dispersant sur les positions intermédiaires.

Concernant les caractéristiques de la CAARMS en elle-même, la position « pas du tout d'accord » est la plus choisie pour les obstacles proposés « **conception de l'échelle en entretien semi-structuré** » (4 soignants, soit 36 %) et « **manque d'apport de la CAARMS par rapport à une évaluation clinique classique** » (4 soignants, soit 36 %).

Au total, une courte majorité de soignants (6, soit 55 %) se disent « d'accord » (5 soignants) ou « tout à fait d'accord » (1 soignant) avec la proposition « **temps à consacrer à la passation trop long** ». Un seul soignant (9 %) n'est « pas d'accord » avec cette proposition, les autres (4 soignants, 36 %) adoptant la position neutre « ni en désaccord, ni d'accord ».

Les soignants semblent avoir des positions différentes en ce qui concerne le « **risque d'un vécu négatif du patient** » : si la majorité d'entre eux (6 soignants, soit 55 %) se disent « pas du tout d'accord » ou « pas d'accord », deux (18 %) se disent « d'accord », les autres soignants adoptant la position neutre « ni en désaccord, ni d'accord ».

Il n'y a pas de proposition à la question ouverte : « **Pensez-vous à d'autres obstacles à des passations régulières de CAARMS au sein du dispositif 15-25 ?** ».

- **Avantages**

Concernant les avantages perçus à des passations régulières de la CAARMS, les deux propositions les plus consensuelles sont : « **occasion de discuter avec le patient de ses symptômes** » (10 soignants, soit 91 % « d'accord » ou « tout à fait d'accord ») et « **aide pour le patient qui précise mieux ses difficultés** » (9 soignants, soit 82 % « d'accord » ou « tout à fait d'accord »).

La majorité des soignants se disent également « d'accord » ou « tout à fait d'accord » avec les propositions :

- « **aide à la détermination du type de prise en charge du patient** » (6 soignants, soit 55 %) ;

- « **détermination du niveau de risque d'une transition psychotique** » (7 soignants, soit 64 %) ;
- « **exhaustivité de l'exploration de la symptomatologie psychotique** » (6 soignants, soit 55 %) ;
- « **aide pour le clinicien par une évaluation clinique objective** » (6 soignants, soit 55 %).

Bien que n'étant pas négatives, les réponses à la proposition « **faire une première évaluation objective qui sera répétée dans le temps pour suivre l'évolution** » ne sont pas consensuelles.

Deux propositions sont faites à la question ouverte : « **Pensez-vous à d'autres avantages à des évaluations par la CAARMS ?** » La première concerne le contenu en lui-même de la CAARMS, où le soignant considère comme un avantage « *l'exploration d'autres sphères de la symptomatologie psychiatrique que celle uniquement de la psychose, ce qui permettrait de prendre la mesure d'éventuelles comorbidités* ». La deuxième concerne le type d'évaluation que propose la CAARMS : le soignant souligne que « *l'esprit de recherche peut intéresser certains patients et ainsi favoriser leur participation* ».

3.3.2.4. Indications et objectifs des évaluations par la CAARMS

Concernant l'avis des soignants sur les patients auxquels il est le plus pertinent de proposer une évaluation par la CAARMS, les soignants interrogés valident de façon consensuelle les deux propositions suivantes :

- « **aux patients présentant une symptomatologie laissant suspecter des critères UHR (Ultra Haut Risque de transition psychotique)** » (7 soignants, soit 64 % « d'accord » ou « tout à fait d'accord ») ;
- « **aux patients diagnostiqués comme ayant franchi le seuil de la psychose (sur des critères d'observation cliniques)** » (6 soignants, soit 55 % « d'accord » ou « tout à fait d'accord »).

En revanche, ils ne semblent pas souhaiter une passation systématique : 7 soignants, soit 64 %, ne sont « pas du tout d'accord » ou « pas d'accord » avec la proposition « **à tous les patients pour lesquels le dispositif a été sollicité** ».

En ce qui concerne les objectifs de cette passation, la position « tout à fait d'accord » est la plus choisie (4 soignants, soit 36 %) pour la proposition « **exclure ou confirmer les critères d'une psychose aiguë** » et la majorité d'entre eux (7 soignants, soit 64 %) est « d'accord » ou « tout à fait d'accord ».

La majorité des soignants (7, soit 64 %) se disent également « d'accord » ou « tout à fait d'accord » avec les propositions « **évaluer la psychopathologie possiblement annonciatrice d'un premier épisode psychotique** » et « **déterminer si un individu remplit les critères d'état mental à risque d'apparition d'un premier épisode (critères UHR)** », la position la plus choisie étant « d'accord » (respectivement 4 et 5 soignants, soit 36 % et 46 %).

La réponse à la proposition « **explorer l'évolution au cours du temps** » n'est pas consensuelle.

Quatre soignants se sont saisi de l'espace de réponse libre pour proposer d'autres objectifs : l'un d'entre eux concerne l'intérêt de la CAARMS dans la prise en charge du patient. Il propose ainsi que le résultat de la CAARMS puisse être un appui pour la mise en place d'un traitement médicamenteux. Un autre concerne l'exploration symptomatique précise que permet la CAARMS, proposant de s'en servir pour « *une exploration clinique dans des moments de perplexité et d'apparition de phénomènes élémentaires* ». Les deux autres soignants envisagent la CAARMS comme un outil médiateur, d'une part pour permettre au patient de s'exprimer plus facilement (« *permettre au patient d'exprimer ses ressentis grâce au questionnaire ciblé parfois non exprimés lors d'entretiens* »), et d'autre part dans la relation patient-thérapeute (« *Outil médiateur nécessaire à certains patients pour amorcer une relation thérapeutique* »).

3.3.2.5. *Idee des soignants sur le vécu des patients à la passation de la CAARMS*

Dans cette dernière partie du questionnaire, il est proposé aux soignants d'exprimer l'idée qu'ils se font de l'impact de la passation de la CAARMS sur divers éléments portant sur le vécu des patients. L'intitulé de ce thème est : « **De manière générale chez les patients du dispositif 15-25 à qui une évaluation par la CAARMS est proposée, quelle idée vous faites-vous de l'impact de cette dernière sur les éléments suivants ?** »

Les réponses sont proposées sous forme d'échelle mixte différentielle d'Osgood à 5 niveaux, allant de « *très négatif* » (1) à « *très positif* » (5).

Trois éléments recueillent des avis partagés chez les soignants :

- **les émotions ressenties lors de la passation**, où 8 soignants sur les 11 (73 %) estiment l'impact de l'évaluation à 3. Les trois soignants restants (27 %) donnent une évaluation à 4, ce qui donne un bilan moyen légèrement positif (moyenne 3,3 ; ET = 0,5) ;
- **le vécu global de la passation**, où les réponses se répartissent entre 3 (6 soignants, soit 55 %) et 4 (5 soignants, soit 46 %), pour un bilan légèrement positif (moyenne 3,5 ; ET = 0,5) ;
- **le vécu de la durée de la passation** est évalué plutôt négativement, avec une moyenne à 2,8 (ET = 0,8), un mode et une médiane à 3.

A l'inverse, les réponses aux éléments suivant sont consensuelles vers l'idée d'un impact positif à très positif :

- **sentiment d'être écouté** (mode 4 ; moyenne 4,3 ; ET = 0,7) ;
- **sentiment de pouvoir s'exprimer plus facilement sur ses symptômes** (mode 4 ; moyenne 4 ; ET = 0,8) ;
- **sentiment de pouvoir s'exprimer plus précisément** (mode 4 ; moyenne 4,1 ; ET = 0,6) ;
- **sentiment de pouvoir aborder des thèmes non encore abordés** (mode 5 ; moyenne 4,3 ; ET = 0,8).

Enfin, les deux éléments suivants recueillent des avis plutôt positifs mais nuancés :

- le **sentiment d'être compris**, pour lequel la moyenne de 3,7 (ET = 0,8) va dans le sens d'un avis positif des soignants, mais le mode est de 3 (5 soignants, soit 46 %) ;
- le **sentiment de bien identifier ses difficultés**, pour lequel le mode est de 5 (4 soignants, soit 36 %) mais la moyenne de 3,9 (ET = 1).

Par ailleurs, 10 soignants (91 %) répondent oui à la question : « **A votre avis, les patients pourraient-ils ressentir un sentiment de gêne face à certaines questions ?** ». Les trois raisons possibles les plus choisies par les soignants sont :

- « **certaines questions pourraient leur paraître inadaptées à leur situation** » (9 soignants, soit 82 %) ;
- « **certaines questions pourraient être vécues comme intrusives** » (7 soignants, soit 64 %) ;
- « **le type en lui-même de l'évaluation en entretien semi-structuré pourrait les gêner** » (5 soignants, soit 46 %).

Deux réponses sont apportées à la question ouverte : « **Pensez-vous à d'autres points négatifs que pourraient ressentir les patients ?** » La première est : « *le sentiment que l'évaluation n'explore pas de façon exhaustive ses difficultés* ». La deuxième est : « *le sentiment d'être évalué* ».

A la question opposée « **Pensez-vous à d'autres point positifs que pourraient ressentir les patients ?** » sont amenées les trois propositions suivantes : « *amélioration de la confiance dans le diagnostic et de l'alliance avec les soignants* » ; « *l'objectivité du test permet aux patients de parler d'eux plus aisément* » et « *intérêt porté par l'équipe face aux difficultés ressenties* ».

3.3.2.6. *Idee des soignants au sujet de l'impact de la CAARMS sur l'alliance thérapeutique*

La proposition « **risque de baisse d'alliance thérapeutique** » ne semble pas être considérée comme un obstacle principal à des passations régulières de CAARMS. En effet, à cette proposition, la position « ni en désaccord, ni d'accord » est la plus choisie (4 soignants, soit 36 %). Dix soignants sur les 11 (91 %) optent pour les positions « pas du tout d'accord »,

« pas d'accord » ou « ni en désaccord, ni d'accord ». Seul un soignant (9 %) se dit « d'accord » avec cette proposition.

La position des soignants à la proposition « **amélioration de l'alliance thérapeutique** » comme avantage à des évaluations par la CAARMS apparaît équilibrée autour d'une position neutre : autant de soignants (4, soit 36 %) se disent « d'accord » que « pas d'accord », le reste des soignants (3, soit 27 %) se situant sur la position « ni en désaccord, ni d'accord ».

Enfin, sur l'échelle d'Osgood allant de 1 à 5 entre « très négatif » (1) et « très positif » (5), la note de 4 est choisie par la majorité des soignants pour donner leur avis sur l'impact de l'évaluation par la CAARMS sur l'alliance thérapeutique (6 soignants, soit 55 %). La moyenne est calculée à 3,4 (ET = 0,9) et la médiane à 4. Il est à noter que, même si 10 soignants sur 11 (91 %) se répartissent sur les notes 3 ou 4, un soignant évalue l'impact à 1 (très négatif).

Ces résultats amènent à penser que, si les soignants, dans leur ensemble, pensent à un impact plutôt positif de la passation de la CAARMS sur l'alliance thérapeutique, ils ne considèrent pas cet impact comme un avantage à cette dernière. En extrapolant, nous pouvons supposer que, même si la passation de la CAARMS favorise une amélioration de l'alliance thérapeutique, les soignants considèrent que ceci ne doit pas être un argument ou servir d'objectif pour proposer la passation à un patient.

4. DISCUSSION

4.1. DEROULEMENT DE L'ETUDE ET DONNEES SUBJECTIVES

Dans l'ensemble, nous avons ressenti chez les patients une bonne acceptabilité, à la fois des passations de la CAARMS et de notre étude. Sur les 16 patients auxquels la passation a été proposée, 14 l'ont acceptée. Tous l'ont terminée et tous ont accepté également leur participation à notre étude.

Il ressort de nos échanges informels avec les participants un retour globalement positif des évaluations par la CAARMS. Les patients rapportent, dans leur ensemble, un soulagement d'avoir pu s'exprimer, et d'avoir réussi à poser des mots sur les expériences qu'ils vivaient. Pour nombre d'entre eux, la CAARMS a semblé être un élément facilitateur pour cette mise en mots, en particulier dans ce contexte de psychose émergente où les jeunes patients, confrontés à des expériences psychotiques nouvelles, se retrouvent pour beaucoup en difficulté pour les exprimer en entretien. La plupart de nos patients n'avaient jamais eu de suivi psychiatrique auparavant, renforçant d'autant plus l'aspect intimidant de se livrer à un professionnel pour la première fois de leur vie.

Tout au long des entretiens, nous avons été surpris par le désir manifeste de la plupart des patients de s'exprimer le plus précisément possible et par l'importance qu'ils accordaient à se faire comprendre du soignant « au plus près de leurs symptômes ». La passation de la CAARMS a semblé être pour eux l'occasion qu'ils ont saisie pour décrire leur expérience de la manière la plus exhaustive possible. Nous n'avons pas eu sur les 14 entretiens le sentiment qu'un patient pouvait minimiser ou omettre de manière volontaire certains éléments.

Par ailleurs, pour plusieurs de nos patients pour lesquels l'établissement du lien semblait un peu difficile (par exemple plusieurs rendez-vous non honorés, perte de vue plusieurs mois puis quelques consultations itératives tenues seulement dans des moments d'exacerbation symptomatique, réticence aux entretiens), la passation de la CAARMS nous a paru être un premier point d'accroche fournissant la possibilité de ramener ces jeunes patients vers les soins.

Dans un souci d'alimenter notre réflexion globale sur la CAARMS, il nous semble important ici de décrire la cinétique du recrutement des patients. En effet, nous avons constaté que si le recrutement des patients s'est déroulé de manière très satisfaisante pendant le temps où nous étions en stage sur le dispositif (du 2 mai au 9 septembre 2016) et très disponible pour réaliser les passations de CAARMS, il s'est avéré beaucoup plus compliqué par la suite. Ainsi, 9 patients ont été recrutés entre le 20 mai et le 9 septembre 2016, et seulement 5 entre

le 10 septembre 2016 et le 1^{er} juin 2017. Outre l'effet « nouveauté » lors des premières passations qui pourrait avoir favorisé les adressages de patients, il semble que notre absence du dispositif par la suite – et donc l'absence d'un soignant bien identifié et disponible pour réaliser les passations de CAARMS – ait fortement influencé les indications de passation de la CAARMS qui se décidaient en équipe pluridisciplinaire. Ceci malgré la formation, sur place, de deux psychologues et d'un psychiatre aux passations de CAARMS. Ceci vient directement faire écho à notre questionnement sur la faisabilité de passations régulières de cette échelle au sein d'un dispositif tel que celui-ci. Sans temps de consultation organisé et dédié spécifiquement à ces passations, il semble que les soignants aient été beaucoup plus réticents à utiliser cet outil.

4.2. PRINCIPALES DONNEES DE L'ETUDE

4.2.1. Données chez les patients

Malgré un nombre de patients inclus relativement modeste, notre étude a pu montrer une amélioration statistiquement significative des scores obtenus au questionnaire d'alliance thérapeutique 4PAS entre avant et après la passation de la CAARMS.

Ceci nous permet d'envisager que, comme nous en posions l'hypothèse, la passation de la CAARMS pourrait favoriser l'instauration d'une alliance thérapeutique de bonne qualité.

Le questionnaire de vécu fait ressortir des réponses très tranchées chez les patients en faveur d'un vécu positif. L'intégralité des patients interrogés se disent plutôt satisfaits ou très satisfaits par la passation. Les patients se sont sentis écoutés, compris. La passation de l'échelle a été une aide pour s'exprimer plus facilement et plus précisément, et pour aborder des thèmes jusque-là jamais abordés avec un professionnel. Par ailleurs, la passation de la CAARMS leur a permis de mieux identifier leurs difficultés. Il est à noter que, si nos hypothèses d'un vécu positif et d'une facilitation de l'expression des difficultés ont été vérifiées, cela n'a pas été le cas pour le vécu d'un caractère intrusif de certaines questions (seulement deux patients l'ont relevé comme facteur expliquant le caractère gênant de certaines questions). Enfin, notre hypothèse que la CAARMS puisse être source d'émotions négatives est vérifiée, mais ceci semble être vécu *a posteriori* de manière favorable par les patients, comme cette jeune fille qui a rapporté être « *satisfaite de cette remise en question* ».

A notre connaissance, aucune autre étude référencée n'a été faite concernant l'impact de la passation de la CAARMS sur l'alliance thérapeutique, sur l'engagement dans les soins ou le vécu des patients ce qui ne nous permet pas de comparer nos résultats avec ceux de la littérature. Nous notons cependant que dans sa thèse portant sur le repérage précoce des sujets à haut risque de transition psychotique en institut thérapeutique éducatif et pédagogique, le Docteur Benvegna (2016) avait noté ne pas avoir repéré de réticences au cours des passations de CAARMS et que celles-ci avaient permis d'ouvrir vers des « échanges riches, parfois inattendus ».

Comment la CAARMS, échelle conçue pour permettre l'évaluation symptomatologique des jeunes patients et déterminer un niveau de risque de transition psychotique peut-elle favoriser l'instauration d'une alliance thérapeutique satisfaisante ? Comme nous l'avons vu en introduction, plusieurs facteurs semblent influencer la qualité de l'alliance thérapeutique et parmi ceux-ci, l'insight, qui semble être un élément majeur. Or, au vu des données de notre étude, il ressort que la passation de CAARMS, pour une très large majorité des patients, a été une aide pour mieux identifier leurs difficultés. Nous faisons ainsi l'hypothèse que la CAARMS pourrait favoriser l'insight, ou tout au moins la connaissance des symptômes par le patient lui-même et ainsi être un facteur d'amélioration de l'alliance thérapeutique. Par ailleurs, en proposant une analyse de la symptomatologie fine et des expériences pouvant être très subtiles, la CAARMS invite le patient à faire une description détaillée de ses symptômes. Or, pour certains auteurs (Fowler, Garety et Kuipers, 1995), l'obtention d'une description détaillée de l'expérience psychotique de la part du patient constituerait une aide pour favoriser le développement de l'alliance.

En ce qui concerne le vécu positif de la passation, hormis le sentiment que cette dernière ait pu aider les patients à s'exprimer, nous faisons l'hypothèse que poser des questions très précises sur la présence ou l'absence de certains signes puisse être rassurant. En effet, à l'inverse d'une crainte initiale des soignants de paraître intrusif, les patients ont été peu nombreux à s'être sentis gênés par le caractère potentiellement intrusif de certaines questions. Au contraire, le fait de poser la question directement sur le signe intégrerait ce dernier dans un cortège de symptômes déjà connus, déjà décrits, et de fait probablement expérimentés par d'autres patients. Dès lors, le patient expérimente un phénomène qu'il n'est pas le seul à vivre ou à avoir vécu, mais qui est au contraire déjà connu des soignants parce que déjà décrit par d'autres patients, et important au point d'être intégré à une échelle

d'évaluation. Le patient ne vit donc plus tout seul quelque chose d'uniquement incompréhensible, énigmatique, mais quelque chose qui devient un symptôme connu de la sémiologie psychiatrique.

Deux nuances peuvent être apportées aux résultats de cette étude concernant l'alliance thérapeutique. La première concerne le fait que notre étude inclut, certes, des patients hospitalisés sous contrainte donc avec lesquels il est potentiellement difficile de nouer un lien, mais que tous ont accepté la passation de la CAARMS. Accepter la passation de la CAARMS, en soi, nous semble déjà constituer une marque d'engagement dans les soins. L'amélioration de l'alliance thérapeutique entre avant et après passation de la CAARMS viendrait ainsi dans la continuité de ce premier engagement.

La deuxième nuance concerne l'attitude du soignant adoptée tout au long des entretiens de passation de CAARMS. Il s'agissait pour ce dernier de se montrer volontairement disponible et à l'écoute du patient. Nous avons essayé de faire preuve pour tous nos patients d'une grande souplesse : passation de CAARMS à domicile pour les patients les plus en difficulté pour se rendre à l'hôpital, possibilité de s'interrompre à tout moment pour poursuivre la passation sur une autre séance, attitude bienveillante et sans jugement. Cette position est probablement un facteur favorisant par lui-même l'instauration d'une alliance thérapeutique de qualité, ce qui en fait potentiellement un facteur de confusion. Ce dernier ne remet cependant pas en cause notre résultat principal, car il ne peut constituer en lui seul l'unique explication à une amélioration de l'alliance thérapeutique entre avant et après passation de la CAARMS au vu de la quasi-unanimité des patients sur les sentiments d'aide perçue et le fait de mieux identifier leurs difficultés après passation de la CAARMS. Afin de se dégager de ce facteur de confusion, nous pourrions envisager un protocole comparant la variation du niveau d'alliance thérapeutique entre deux groupes de patients : l'un avec passation de la CAARMS et l'autre avec des entretiens classiques.

Enfin, il aurait été intéressant de faire une analyse de liaison entre le niveau de risque de transition psychotique obtenu à la passation de la CAARMS (catégories non à risque / à risque de transition psychotique / seuil de psychose franchi) et la variation des résultats obtenus au 4PAS. En raison du très faible nombre de patients dans chaque groupe nous avons cependant jugé que nos résultats ne seraient pas pertinents et nous nous sommes donc abstenus.

4.2.2. Données chez les soignants

Globalement, le questionnaire rempli par les soignants invite à penser que ceux-ci, comme nous en faisons l'hypothèse, considèrent la CAARMS comme un outil d'évaluation utile au sein d'un dispositif d'évaluation et de prise en charge des psychoses émergentes.

Elle est perçue comme une aide pour le clinicien dans son exploration de la symptomatologie et ses propositions de prise en charge, ainsi que pour évaluer un niveau de risque de transition psychotique pour le patient. Elle est également perçue comme une aide pour le patient qui peut mieux préciser ses difficultés, aborder des thèmes non encore évoqués et se sentir écouté. Enfin, les soignants imaginent un impact positif des passations de CAARMS sur l'alliance thérapeutique.

Les obstacles principaux désignés par les soignants à des passations régulières relèvent plus de contraintes internes du fait de l'organisation du dispositif 15-25 que de la CAARMS en elle-même. Ainsi, notre hypothèse que la durée et les moyens nécessaires à la passation de la CAARMS puissent constituer les principaux obstacles à des passations régulières n'est que partiellement vérifiée. Les moyens semblent en effet être mis en cause (manque de disponibilité des soignants, faible nombre de soignants formés pour la passation), mais les soignants ne se sont pas positionnés de manière consensuelle concernant la durée de passation.

Il est intéressant de comparer les projections faites par les soignants sur les réactions possibles des patients et ce qu'ont répondu les patients eux-mêmes.

Ainsi, alors que les soignants sont partagés sur le vécu global de la passation, les réponses des patients révèlent des avis beaucoup plus francs en faveur d'un vécu positif. Le vécu de la durée de la passation quant à lui, estimé plutôt négativement par les soignants, est au contraire évalué comme satisfaisant par les patients. Par ailleurs, nous constatons que, si soignants et patients estiment que certaines questions pourraient être gênantes, les raisons imaginées par les soignants et données par les patients sont très différentes. Ainsi, comme nous en faisons l'hypothèse, les soignants imaginent que les questions pourraient être perçues comme intrusives ou inadaptées à la situation. De leur côté, les patients rapportent qu'il est surtout difficile d'y répondre ou que certaines sont difficiles à comprendre.

Ces résultats nous laissent penser que les soignants semblent plus réservés sur l'impact de la passation de la CAARMS que ne le sont réellement les patients.

Là encore, nos résultats chez les soignants ne sont pas comparables avec les données de la littérature en raison de l'absence d'étude, à notre connaissance, sur le sujet. Dans la mesure où, au sein du dispositif 15-25, les décisions de passation de CAARMS se posaient en équipe pluridisciplinaire, il nous semblait justifié d'explorer quelles pouvaient être les positions des soignants vis-à-vis de cette échelle. Outre l'obstacle pointé de manque de disponibilité des soignants, qui pourrait expliquer le recrutement difficile des patients, les craintes exprimées par les soignants de paraître intrusif et de proposer une évaluation dont la durée pourrait être mal vécue par les patients nous semblent être des freins pour qu'ils proposent des évaluations par la CAARMS. Ces craintes ne sont finalement pas validées par les réponses des patients.

4.3. LIMITES DE L'ETUDE

4.3.1. Générales

Les limites principales de notre étude relèvent tout d'abord du **faible nombre de participants**, tant du côté des patients que du côté des soignants, ainsi que de la **limitation à un seul centre de recrutement**, à savoir le dispositif 15-25 du centre hospitalier de Montauban. Ceci entraîne des biais inhérents à ces petits groupes : **défaut de représentativité du groupe et fluctuation d'échantillonnage**. Il nous paraissait cependant difficile, au vu de notre protocole et des contraintes liées à un travail de thèse, d'élargir notre recrutement. Les dispositifs centrés sur l'évaluation et la prise en charge des psychoses émergentes commencent à se développer en France, mais restent encore rares et le développement de l'utilisation de la CAARMS ne s'y est pas encore fait systématiquement.

Cependant, devant les résultats montrant que tous les patients avaient majoré leur score au 4PAS entre avant et après passation de la CAARMS – sauf un qui avait déjà attribué le score maximal possible et un autre dont le score n'a pas varié – nous pouvons supposer qu'un recrutement plus large devrait confirmer nos données.

Au delà du petit nombre de participants, la question de la **représentativité de nos échantillons** se pose pour d'autres raisons, tant chez les patients que chez les soignants. Chez les patients, ont été recrutés des sujets pour lesquels l'indication de passation de CAARMS avait été posée en équipe pluridisciplinaire. Or, en l'absence de critères bien définis et objectifs concernant ces indications, nous pouvons nous interroger sur la représentativité des sujets ainsi sélectionnés : reflètent-ils bien l'ensemble de la population des sujets à Ultra Haut

Risque de transition psychotique ? L'idéal aurait été de mener cette étude sur l'ensemble des jeunes patients sollicitant le dispositif, ce qui aurait impliqué une passation de CAARMS systématique pour tous les patients. Chez les soignants, le recrutement s'est fait sur la base du volontariat, en prenant en compte les réponses des soignants qui avaient répondu au questionnaire. Nous pouvons nous poser la question de la position des trois soignants qui n'ont pas répondu. Ont-ils jugé que ce questionnement ne les concernait pas ? Ont-ils préféré s'abstenir en raison d'un avis négatif sur la CAARMS, ou parce qu'ils la jugeaient inutile ? Compte tenu du fait que nous ayons obtenu un taux de réponse très satisfaisant (11 soignants sur 14, soit 79 %), ce biais d'échantillonnage semble tout de même assez limité.

4.3.2. Objectif principal

Le **choix du questionnaire d'alliance thérapeutique 4PAS** pour étudier les variations de l'alliance thérapeutique reste discutable. En raison de sa grande facilité d'utilisation et de sa rapidité de passation il est un outil tout à fait intéressant pour une telle étude, mais il n'en reste pas moins incomplet pour évaluer la qualité globale de l'alliance thérapeutique. Ce questionnaire se concentre en effet sur le seul ressenti du patient par rapport à l'alliance thérapeutique et omet les autres dimensions de celles-ci que sont le thérapeute et les interactions soignant-soigné. Il est toutefois important de considérer le sujet lui-même avec ses variables propres, mais aussi le soignant avec ses attitudes, son mode d'influence sur la prise en charge.

De fait, nous pouvons déduire de notre étude que la passation de la CAARMS améliore le ressenti du patient par rapport à l'alliance thérapeutique, mais nous ne pouvons affirmer que l'alliance thérapeutique globale en est améliorée. Une autre étude pourrait ainsi s'inscrire dans la continuité de la nôtre, en s'appuyant sur un outil plus global tel que la *Working Alliance Inventory* (WAI) (Horvath et Greenberg, 1989), qui évalue les trois dimensions de l'alliance thérapeutique décrites par Bordin (l'accord sur les tâches, l'accord sur les objectifs et la relation affective) et dispose de versions différentes pour le patient, le thérapeute, et pour un observateur extérieur.

Par ailleurs, il est important de garder en tête que le libellé des items fait intervenir la subjectivité du patient. Les réponses données dépendent du ressenti du sujet, mais aussi du contexte, de la symptomatologie psychique de l'instant, de la qualité des entretiens psychiatriques précédents. Ainsi, une étude de la qualité de l'alliance thérapeutique moins sensible à une variabilité selon le moment de passation de l'échelle serait intéressante.

On peut également se questionner sur l'existence d'un **biais de déclaration** avec la tendance des patients à majorer leur ressenti positif à T1, qui serait liée à la passation du même questionnaire à environ 7 jours d'intervalle, soit un court laps de temps. Il conviendrait ainsi, pour une étude plus poussée, de s'assurer que cette amélioration du niveau d'alliance thérapeutique se poursuit dans le temps.

4.3.3. Objectifs secondaires

4.3.3.1. Biais communs aux deux questionnaires

Les questionnaires qui nous ont servi d'outils de mesure afin de remplir nos objectifs secondaires comportent en eux-mêmes un certain nombre de limites.

Nous pouvons relever, notamment, que la **conception en elle-même de nos questionnaires** pourrait être critiquée : formulation des questions et oubli de modalités de réponse par exemple. Ceci entraîne une compréhension des questions qui peut être variable d'une personne interrogée à l'autre, et différente de celle qu'en attendait l'investigatrice. L'idéal aurait été de pouvoir proposer ces questionnaires à un petit échantillon représentatif de patients d'une part et de soignants d'autre part avant utilisation de ceux-ci pour notre étude. Ceci s'est cependant révélé impossible du fait des difficultés de recrutement des patients et du nombre limité de soignants à qui nous pouvions proposer nos questionnaires. Nous avons essayé de limiter ce biais en faisant relire nos questionnaires par nos co-directeurs de thèse et, pour celui destiné aux patients, en le proposant à un patient « test » invité par la suite à donner son avis sur le questionnaire.

4.3.3.2. Limites du questionnaire adressé aux patients

Les modalités de passation, tout d'abord, peuvent être discutées. Même si le patient remplissait les questionnaires en dehors du regard d'un soignant, il devait rendre ceux-ci à l'un des soignants qui participait à l'entretien de restitution des résultats de la CAARMS. Il est possible que ceci entraîne une tendance à modifier les réponses en positif par un **biais d'acquiescement**. Nous avons essayé de limiter ce biais en précisant au patient qu'il devait se sentir libre de répondre négativement si c'était le cas.

Nous pouvons, par ailleurs, relever la possible existence d'un **biais de type Hawthorne**, qui décrit la situation dans laquelle les résultats d'une expérience ne sont pas dus aux facteurs expérimentaux mais au fait que les sujets ont conscience de participer à une expérience dans laquelle ils sont testés, ce qui se traduit généralement par une plus grande motivation. Dans notre étude, nous pouvons imaginer que le fait même de faire une enquête de satisfaction auprès des patients pourrait en faire augmenter le niveau.

Enfin, nous ne pouvons exclure de notre étude un possible **effet d'attente**, qui correspond au principe selon lequel la personne répond ce qu'elle croit que l'on attend d'elle. Nous avons essayé de limiter celui-ci en évitant de présenter aux patients les hypothèses de notre étude.

4.3.3.3. Limites du questionnaire adressé aux soignants

Le questionnaire adressé aux soignants ayant été diffusé par courrier électronique, ceci implique que les enquêtés n'avaient pas la possibilité de solliciter l'investigatrice au moment où ils répondaient au questionnaire. Ceci a pu entraîner des **difficultés de compréhension** des questions, ou une compréhension différente des questions de ce qu'en attendait l'investigatrice.

En ce qui concerne la conception de notre questionnaire, il est possible que les réponses des soignants aient été contaminées par un **effet halo** : l'utilisation d'une même échelle (échelle de Likert) pour plusieurs questions suivies entraîne une tendance chez les enquêtés à répondre de manière semblable d'une question à l'autre. De plus, un **biais de tendance centrale**, qui consiste pour les enquêtés à éviter les réponses extrêmes, est également probable.

4.4. REFLEXIONS SUR L'USAGE DE LA CAARMS

4.4.1. Proposition de critères pour les passations de CAARMS

Comme le suggère notre étude, la CAARMS est un outil d'évaluation du risque de transition psychotique qui semble bien accepté par les patients et qui suscite l'intérêt des soignants. En contrepartie, l'évaluation étant très rigoureuse, ceci entraîne la nécessité d'une

organisation conséquente pour sa passation : pour chaque patient, après un premier entretien, la passation se déroule sur 2 à 3 heures. Le temps de cotation, d'analyse des réponses et de rédaction du compte-rendu nécessite en moyenne 2 heures de travail supplémentaires. Le tout est clôturé par l'entretien de restitution.

Au sein de structures pionnières dans l'évaluation et l'intervention précoces, la CAARMS est proposée de manière systématique : pour le programme *Traitement et Intervention dans la Phase précoce des troubles Psychotiques TIPP* à Lausanne (Conus et al., 2010) comme pour le dispositif *Outreach And Support In South London OASIS* à Londres (Fusar-Poli et al., 2013), ou encore le *Centre d'Evaluation pour les Jeunes Adultes et Adolescents C'JAAD* à Paris (Gut-Fayand, 2008), les résultats de la passation de la CAARMS sont un préalable à l'inclusion dans le dispositif.

Au sein du dispositif 15-25 de Montauban, proposer une évaluation systématique par la CAARMS ne va pas de soi. Il s'agit, pour rappel, d'un dispositif développé au sein d'une structure n'ayant pas de tradition de recherche, ni l'habitude de l'utilisation d'échelles standardisées. Selon les résultats de notre étude, une grosse majorité des soignants actifs au sein du dispositif (64 %) ne semble pas souhaiter d'évaluation systématique. De plus, le dispositif s'étant développé sans budget spécifique attribué pour ce dernier, les temps de présence des soignants ne permettent pas, pour le moment, d'envisager des passations systématiques.

De fait, à quels patients proposer cette évaluation ? Dans un contexte où plusieurs dispositifs d'évaluation et de prise en charge des patients UHR se développent en France, et souvent à moyens constants (comme c'est le cas par exemple à Nancy et à Caen), pouvoir distinguer les patients auxquels proposer l'évaluation permettrait un compromis entre, d'une part l'évaluation systématique permise dans des structures aux moyens conséquents et, d'autre part, la réalité de terrain de ces dispositifs ne permettant pas de le faire. Dans la mesure où il n'existe pas, dans la littérature, d'indication à la passation de la CAARMS, nous essayons *a minima* de proposer quelques critères estimant la pertinence d'une passation de CAARMS au sein d'un dispositif d'évaluation et de prise en charge des patients UHR.

Même si, comme le souligne l'un des soignants interrogés par notre étude, la CAARMS permet une évaluation large de la psychopathologie (« *l'exploration d'autres sphères de la symptomatologie psychiatrique que celle uniquement de la psychose* »), ses objectifs principaux restent d'une part d'évaluer la psychopathologie qui pourrait indiquer le

développement imminent d'un premier épisode psychotique et d'autre part de déterminer si un individu remplit les critères de « ultra haut risque » d'apparition d'un premier épisode (Yung et al., 2005). La **baisse de fonctionnement** étant un caractère obligatoire pour remplir ces critères, il nous semble peu pertinent de proposer une passation de CAARMS en l'absence de baisse de fonctionnement identifiée.

A l'inverse, en **présence d'éléments pouvant faire évoquer une symptomatologie psychotique** sans que celle-ci soit très nette, nous proposons une passation le plus couramment possible. En effet, la CAARMS permet de prendre la mesure d'un risque de transition psychotique et de renforcer l'attention autour du patient si celui-ci devait remplir les critères d'état mental à risque. Elle permet également une évaluation clinique très fine, et de constituer une base objective sur laquelle se pencher avec le patient afin de déterminer des axes de prise en charge. Enfin, comme le montre notre étude, elle constitue une véritable aide pour le patient pour formuler et identifier ses difficultés, sans représenter un risque de vécu négatif ou de baisse d'alliance thérapeutique.

En présence d'une **symptomatologie psychotique franche** et suffisamment identifiée par la clinique, bien que nous ne proposons pas de passation systématique, la question d'une évaluation par la CAARMS peut également se poser. Il ne s'agit pas, ici, d'évaluer un niveau de risque – dont le résultat est déjà connu – mais de permettre au patient, comme le montre notre étude, une meilleure identification de ses difficultés et une meilleure compréhension de celles-ci grâce à une mise en mots. Comme nous l'évoquions plus haut, il ne s'agit certainement pas d'utiliser la CAARMS comme substitut à des entretiens, mais de l'utiliser comme un outil complémentaire à ceux-ci, pouvant être facilitateur dans la relation et permettre au patient de s'exprimer plus facilement.

4.4.2. La CAARMS : au-delà d'une simple évaluation

Au delà de l'échelle d'évaluation d'un risque, la CAARMS peut être considérée comme un véritable outil d'aide dans la relation à ces jeunes patients, qui n'est pas toujours évidente à instaurer.

Elle peut, tout d'abord, servir d'outil tiers dans la relation soignant-soigné : c'est alors une évaluation objective pour le patient, sur laquelle le soignant peut se reposer pour amener ses propositions de prise en charge. Il s'agit de se désengager d'une position où le patient peut avoir le sentiment que le soignant décide seul de la prise en charge, dans une position paternaliste et de manière empirique.

Par ailleurs, comme nous l'avons vu, la CAARMS n'est pas qu'un appui d'évaluation clinique pour le soignant, mais permet aussi au patient de mettre en mots ses symptômes, de les identifier, de les comprendre, et de les faire comprendre au soignant. Dès lors, patient et soignant peuvent dialoguer dans une même intelligibilité de la symptomatologie, servant de point d'appui à une alliance thérapeutique de qualité.

Enfin, plus qu'une simple cotation, la CAARMS représente un outil clinique précieux, permettant la description d'une sémiologie très fine, souvent passée inaperçue lors des entretiens plus classiques. Loin d'être un outil de « standardisation » de l'appréciation clinique, elle permet une réflexion globale sur le patient, permise notamment au sein du dispositif 15-25 par l'organisation de temps d'échanges en équipe pluridisciplinaire. La longueur du temps de passation, son caractère éprouvant tant pour le patient que pour le soignant et les moyens à mettre en œuvre rendent l'évaluation laborieuse. De ce labeur, bien au-delà des contraintes en termes de temps et d'organisation, nous retiendrons surtout qu'il permet une véritable mise au travail autour de la clinique du patient. Employé de cette manière, l'usage de la CAARMS ne vient pas remplacer le sens clinique, ne vient pas standardiser ni couper court à toute réflexion psychopathologique mais, bien au contraire, vient les alimenter et les compléter, en plaçant la clinique au cœur des préoccupations des soignants.

5. CONCLUSION

Notre étude, menée conjointement auprès de patients et de soignants dans une situation d'introduction de la CAARMS au sein d'un dispositif d'évaluation et d'intervention précoces auprès de jeunes patients à haut risque de transition psychotique est, à notre connaissance, la toute première étude consacrée à ce sujet. Elle s'intègre dans un contexte où la prise en charge précoce de ces jeunes patients – d'une importance majeure – reste à développer dans l'ensemble de notre pays. Elle nous permet de mettre en lumière divers éléments que nous allons reprendre ici.

Chez les patients :

- le niveau d'alliance thérapeutique est majoré suite à la passation de la CAARMS ;
- malgré la présence d'émotions négatives, ils rapportent avoir un vécu globalement positif de la passation de la CAARMS ;
- celle-ci est considérée comme une aide pour s'exprimer plus facilement et plus précisément, pour mieux comprendre leurs difficultés et pour aborder des thèmes jamais abordés auparavant. Ils n'ont pas ressenti de caractère intrusif aux questions posées.

Chez les soignants :

- la CAARMS est considérée comme un outil d'évaluation utile « en théorie », mais ils ne semblent pas en faire une priorité dans l'organisation du dispositif 15-25 ;
- ceci s'explique davantage par les contraintes internes du dispositif, telles que le manque de disponibilité ou le faible nombre de soignants formés à la passation, plutôt que par les caractéristiques de la CAARMS en elle-même ;
- ils perçoivent la CAARMS comme une aide dans la détermination du niveau de risque de transition psychotique, dans l'exploration symptomatique, et pour le patient qui précise mieux ses difficultés ;
- ils ne semblent pas souhaiter une systématisation des évaluations par la CAARMS ;
- ils se font une idée du vécu des patients globalement moins bonne qu'il ne l'est réellement.

Ainsi la CAARMS, au-delà de ses objectifs principaux d'évaluation de la psychopathologie et de repérage des sujets à Ultra Haut Risque de transition psychotique,

semble avoir un réel impact positif dans l'intervention précoce auprès des jeunes patients concernés par une pathologie psychiatrique émergente. Cet impact positif intervient d'une part sur le patient lui-même, tant au niveau de l'identification et de la compréhension de ses symptômes qu'au niveau de leur expression, mais aussi sur la relation avec son thérapeute, puisque la passation de cette échelle apparaît être un élément favorisant l'alliance thérapeutique.

De notre expérience, la CAARMS s'avère par ailleurs être une aide précieuse dans la compréhension de toute la finesse de la symptomatologie présentée par les patients, et *in fine* une aide à l'orientation dans leur prise en charge.

Enfin, au-delà d'une simple échelle d'évaluation, la CAARMS apparaît comme un véritable outil clinique, ne réduisant pas l'observation du patient à une simple grille mais permettant au contraire un approfondissement de l'observation symptomatique et un enrichissement de la réflexion psychopathologique.

A la lumière des résultats de notre étude et de ces réflexions, la CAARMS nous semble être un outil particulièrement intéressant, dont nous soutenons l'utilisation au sein de toute structure qui pourrait proposer une prise en charge adaptée aux jeunes patients dépistés comme à Ultra Haut Risque de transition psychotique.

A l'heure actuelle, les positions concernant l'utilisation de la CAARMS au sein du jeune dispositif 15-25 sont en constante évolution, suivant les expériences des différentes situations cliniques rencontrées. Ce travail de thèse amène de nouveaux éléments permettant d'alimenter la réflexion sur ce thème, tant au niveau du dispositif 15-25 qu'à celui, plus large, de l'ensemble des professionnels concernés par le dépistage et l'intervention précoces des jeunes patients à risque de transition psychotique.

Vu permis
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Toulouse - F



Didier CARRIÉ

Vu le 03/08/17

Professeur Philippe BIRMES
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE
PSYCHOTHERAPIES ET ART THERAPIE
CHU TOULOUSE - 330, avenue de Grande-Bretagne
TSA 70034 - 31059 TOULOUSE CEDEX 9
N° FINESS : 31 002 507 7 - N° RPPS : 10002874120

6. BIBLIOGRAPHIE

- Ackerman, S. J. et Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33.
- Addington, J., Cornblatt, B. A., Cadenhead, K. S., Cannon, T. D., McGlashan, T. H., Perkins, D. O., ... Heinssen, R. (2011). At clinical high risk for psychosis: outcome for nonconverters. *The American Journal of Psychiatry*, 168(8), 800-805.
- Alexander, L. B. et Luborsky, L. (1986). The Penn Helping Alliance Scales. In L. S. Greenberg et W. M. Pinsof (éd.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (p. 325-366). New York, NY, US: Guilford Press.
- Ayalon, M. et Merom, H. (1985). The teacher interview. *Schizophrenia Bulletin*, 11(1), 117-120.
- Bechdolf, A., Schultze-Lutter, F. et Klosterkötter, J. (2002). Self-experienced vulnerability, prodromal symptoms and coping strategies preceding schizophrenic and depressive relapses. *European Psychiatry*, 17(7), 384-393.
- Benvegna, G. (2016). *Repérage précoce des sujets à haut risque de transition psychotique en institut thérapeutique, éducatif et pédagogique : enquête nationale et étude exploratoire* (thèse d'exercice). Université Toulouse III - Paul Sabatier.
- Birchwood, M. et Fiorillo, A. (2000). The Critical Period for Early Intervention. *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 4(2), 182-198.
- Bleuler, E. et Viallard, A. (1993). *Dementia Praecox ou Groupe des schizophrénies suivi de La conception d'Eugen Bleuler*. Paris; Clichy, France: Coédition GREC/EPÉL.
- Blondeau, C., Nicole, L. et Lalonde, P. (2006). Schizophrénie et réadaptation. Interventions spécifiques selon les phases de la maladie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 164(10), 869-876.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: new directions. In A. O. Horvath et L. S. Greenberg, *The working alliance, theory, research and practice* (p. 13-37). New York: John Wiley & Sons.
- Byrne, M., Hodges, A., Grant, E., Owens, D. C. et Johnstone, E. C. (1999). Neuropsychological assessment of young people at high genetic risk for developing

- schizophrenia compared with controls: preliminary findings of the Edinburgh High Risk Study (EHRS). *Psychological Medicine*, 29(5), 1161-1173.
- Cameron, D. E. (1938). Early schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 95(3), 567-582.
- Cannon, M., Caspi, A., Moffitt, T. E., Harrington, H., Taylor, A., Murray, R. M. et Poulton, R. (2002). Evidence for Early-Childhood, Pan-Developmental Impairment Specific to Schizophreniform Disorder: Results From a Longitudinal Birth Cohort. *Archives of General Psychiatry*, 59(5), 449-456.
- Cannon, T. D., Cadenhead, K., Cornblatt, B., Woods, S. W., Addington, J., Walker, E., ... Heinssen, R. (2008). Prediction of Psychosis in Youth at High Clinical Risk: A Multisite Longitudinal Study in North America. *Archives of General Psychiatry*, 65(1), 28-37.
- Carter, J. W., Parnas, J., Cannon, T. D., Schulsinger, F. et Mednick, S. A. (1999). MMPI variables predictive of schizophrenia in the Copenhagen High-Risk Project: a 25-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(6), 432-440.
- Chapman, J. (1966). The early symptoms of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 112(484), 225-251.
- Charpentier, A., Goudemand, M. et Thomas, P. (2009). L'alliance thérapeutique, un enjeu dans la schizophrénie. *L'Encéphale*, 35(1), 80-89.
- Conus, P., Polari, A. et Bonsack, C. (2010). Intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques : objectifs et organisation du programme TIPP (Traitement et intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques) à Lausanne. *L'information psychiatrique, Volume 86(2)*, 145-151.
- Corruble, E. et Hardy, P. (2003). Observance du traitement en psychiatrie. In *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS). Paris.
- Cottraux, J. (2017). *Les psychothérapies cognitives et comportementales* (6e édition). Elsevier Masson.
- Craig, T. K. J., Garety, P., Power, P., Rahaman, N., Colbert, S., Fornells-Ambrojo, M. et Dunn, G. (2004). The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 329(7474), 1067.

- Crumlish, N., Whitty, P., Clarke, M., Browne, S., Kamali, M., Gervin, M., ... O'Callaghan, E. (2009). Beyond the critical period: longitudinal study of 8-year outcome in first-episode non-affective psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, *194*(1), 18-24.
- Cullberg, J., Mattsson, M., Levander, S., Holmqvist, R., Tomsmark, L., Elingfors, C. et Wieselgren, I.-M. (2006). Treatment costs and clinical outcome for first episode schizophrenia patients: a 3-year follow-up of the Swedish "Parachute Project" and Two Comparison Groups. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *114*, 274-281.
- Cutting, J. et Shepherd, M. (1987). *The Clinical Roots of the Schizophrenia Concept: Translations of Seminal European Contributions on Schizophrenia*. CUP Archive.
- Daléry, J., d'Amato, T., Saoud, M. et Collectif. (2012). *Pathologies schizophréniques*. Paris: Médecine Sciences Publications.
- Davis, L. W. et 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.
- De Clercq, M., Dubois, V., Hoyois, P. et Andreoli, A. (1999). L'alliance thérapeutique, objectif de la première rencontre au service des urgences. *Revue Française et Francophone de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, *24*, 12-23.
- De Clercq, M., Goffinet, S., Brusselmans, M., Hoyois, P. et Andreoli, A. (1997). L'alliance thérapeutique comme prédicteur du devenir de l'intervention de crise au service des urgences. *Revue Française et Francophone de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, *4*, 126-131.
- Delahousse, J. (1997). Psychothérapies individuelles. In J. L. Senon, D. Sechter et D. Richard, *Thérapeutique psychiatrique* (Hermann & Cie éditeurs, p. 1243). Paris: Editions Hermann.
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A. et Gibbons, C. J. (2005). A Conceptual and Methodological Analysis of the Nonspecifics Argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *12*(2), 174-183.
- Despland, J. N., de Roten, Y., Despars, J., Stigler, M. et Perry, J. C. (2001). Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, *10*(3), 155-164.
- De Wit, S., Schothorst, P. F., Oranje, B., Ziermans, T. B., Durston, S. et Kahn, R. S. (2014). Adolescents at ultra-high risk for psychosis: long-term outcome of individuals who

- recover from their at-risk state. *European Neuropsychopharmacology*, 24(6), 865-873.
- Droulout, T., Liraud, F. et Verdoux, H. (2003). Influence de la conscience du trouble et de la perception subjective du traitement sur l'observance médicamenteuse dans les troubles psychotiques. *L'Encephale*, 29(5), 430-437.
- Erlenmeyer-Kimling, L. et Cornblatt, B. A. (1992). A summary of attentional findings in the New York high-risk project. *Journal of Psychiatric Research*, 26(4), 405-426.
- Erlenmeyer-Kimling, L., Rock, D., Roberts, S. ., Janal, M., Kestenbaum, C., Cornblatt, B., ... Gottesman, I. . (2000). Attention, Memory, and Motor Skills as Childhood Predictors of Schizophrenia-Related Psychoses: The New York High-Risk Project. *American Journal of Psychiatry*, 157(9), 1416-1422.
- Erlenmeyer-Kimling, L., Squires-Wheeler, E., Adamo, U. H., Bassett, A. S., Cornblatt, B. A., Kestenbaum, C. J., ... Gottesman, I. I. (1995). The New York High-Risk Project: Psychoses and Cluster A Personality Disorders in Offspring of Schizophrenic Parents at 23 Years of Follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 52(10), 857-865.
- Ey, H., Bernard, P. et Brisset, C. (2010). *Manuel de psychiatrie* (6e édition). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Fenton, W. S., Blyler, C. R. et Heinssen, R. K. (1997). Determinants of Medication Compliance in Schizophrenia: Empirical and Clinical Findings. *Schizophrenia Bulletin*, 23(4), 637-651.
- Fish, B., Marcus, J., Hans, S. L., Auerbach, J. G. et Perdue, S. (1992). Infants at Risk for Schizophrenia: Sequelae of a Genetic Neurointegrative Defect: A Review and Replication Analysis of Pandy smaturation in the Jerusalem Infant Development Study. *Archives of General Psychiatry*, 49(3), 221-235.
- Fowler, D., Garety, P. et Kuipers, E. (1995). *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Theory and Practice*. Chichester ; New York: Wiley-Blackwell.
- Frank, A. F. et Gunderson, J. G. (1990). The Role of the Therapeutic Alliance in the Treatment of Schizophrenia: Relationship to Course and Outcome. *Archives of General Psychiatry*, 47(3), 228-236.
- Freud, S. (2015). *Abrégé de psychanalyse*. Editions de l'Herne.
- Fusar-Poli, P., Bechdolf, A., Taylor, M. J., Bonoldi, I., Carpenter, W. T., Yung, A. R. et McGuire, P. (2012). At Risk for Schizophrenic or Affective Psychoses? A Meta-

- Analysis of DSM/ICD Diagnostic Outcomes in Individuals at High Clinical Risk. *Schizophrenia Bulletin*, 39(4), 923-932.
- Fusar-Poli, P., Bonoldi, I., Yung, A. R., Borgwardt, S., Kempton, M. J., Valmaggia, L., ... McGuire, P. (2012). Predicting Psychosis: Meta-analysis of Transition Outcomes in Individuals at High Clinical Risk. *Archives of General Psychiatry*, 69(3), 220-229.
- Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., Bechdolf, A., Addington, J., Riecher-Rössler, A., Schultze-Lutter, F., ... Yung, A. (2013). The Psychosis High-Risk State: A Comprehensive State-of-the-Art Review. *JAMA Psychiatry*, 70(1), 107-120.
- Fusar-Poli, P., Byrne, M., Badger, S., Valmaggia, L. R. et McGuire, P. K. (2013). Outreach and support in South London (OASIS), 2001–2011: Ten years of early diagnosis and treatment for young individuals at high clinical risk for psychosis. *European Psychiatry*, 28(5), 315-326.
- Fusar-Poli, P., Nelson, B., Valmaggia, L., Yung, A. R. et McGuire, P. K. (2014). Comorbid depressive and anxiety disorders in 509 individuals with an at-risk mental state: impact on psychopathology and transition to psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 40(1), 120-131.
- Garety, P. A., Craig, T. K. J., Dunn, G., Fornells-Ambrojo, M., Colbert, S., Rahaman, N., ... Power, P. (2006). Specialised care for early psychosis: symptoms, social functioning and patient satisfaction. *The British Journal of Psychiatry*, 188(1), 37-45.
- Garnezy, N. et Devine, V. (1984). Project Competence: The Minnesota studies of children vulnerable to psychopathology. In N. F. Watt, E. J. Anthony, L. C. Wynne et J. E. Rolf (éd.), *Children at risk for schizophrenia: A longitudinal perspective* (p. 289-303). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Garrabé, J. (1992). *Histoire de la schizophrénie*. Paris: Seghers.
- Goldsmith, L. P., Lewis, S. W., Dunn, G. et Bentall, R. P. (2015). Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis. *Psychological Medicine*, 45(11), 2365-2373.
- Grivois, H. et Grosso, L. (1998). *La schizophrénie débutante*. John Libbey Eurotext.
- Gross, G. (1989). The « basic » symptoms of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 155(Suppl 7), 21-25.

- Gross, G. et Huber, G. (1985). Psychopathology of Basic Stages of Schizophrenia in View of Formal Thought Disturbances. *Psychopathology*, 18(2-3), 115-125.
- Guloksuz, S., Van Nierop, M., Lieb, R., Van Winkel, R., Wittchen, H.-U. et Van Os, J. (2015). Evidence that the presence of psychosis in non-psychotic disorder is environment-dependent and mediated by severity of non-psychotic psychopathology. *Psychological Medicine*, 45(11), 2389-2401.
- Gut-Fayand, A. (2008). Une expérience à la française : le Centre d'Évaluation pour les jeunes adultes et les adolescents [A French experience: the Evaluation Center for young adults and adolescents]. *L'Encephale*, 34 Suppl 5, S175-178.
- Häfner, H., Maurer, K., Löffler, W., Heiden, W. an der, Munk-Jørgensen, P., Hambrecht, M. et Riecher-Rössler, A. (1998). The ABC schizophrenia study: a preliminary overview of the results. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(8), 380-386.
- Häfner, H., Riecher-Rössler, A., Hambrecht, M., Maurer, K., Meissner, S., Schmidtke, A., ... Van der Heiden, W. (1992). IRAOS: an instrument for the assessment of onset and early course of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 6(3), 209-223.
- Haute Autorité de Santé - ALD n°23 - Schizophrénies. (2007). Consulté 5 juillet 2017, à l'adresse https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_565630/fr/ald-n23-schizophrenies?xtmc=&xtr=22
- Hersoug, A. G., Høglend, P., Monsen, J. T. et Havik, O. E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(4), 205-216.
- Horvath, A., Del Re, A., Flückiger, C. et Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16.
- Horvath, A. O. (1994). Research on the alliance. In A. O. Horvath et L. S. Greenberg, *The working alliance, theory, research and practice*. New York: John Wiley & Sons.
- Horvath, A. O. et Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233.
- Horvath, A. et Symonds, D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.
- Huber, G. et Gross, G. (1989). The concept of basic symptoms in schizophrenic and schizoaffective psychoses. *Recenti Progressi in Medicina*, 80(12), 646-652.

- Hui, C., Morcillo, C., Russo, D. A., Stochl, J., Shelley, G. F., Painter, M., ... Perez, J. (2013). Psychiatric morbidity, functioning and quality of life in young people at clinical high risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, 148(1-3), 175-180.
- Insel, T. R. (2007). The arrival of preemptive psychiatry. *Early Intervention in Psychiatry*, 1(1), 5-6.
- Isohanni, M., Lauronen, E., Moilanen, K., Isohanni, I., Kemppainen, L., Koponen, H., ... Murray, G. K. (2005). Predictors of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 187(48), s4-s7.
- Jaafari, N. et Markova, I. (2011). Le concept de l'insight en psychiatrie. *Annales Médico Psychologiques, Revue Psychiatrique, Elsevier Masson*, 169(7), 409-415.
- Jackson, H. J. et McGorry, P. D. (2009). *The Recognition and Management of Early Psychosis: A Preventive Approach* (2^e éd.). Cambridge University Press.
- Joa, I., Gisselgård, J., Brønnick, K., McGlashan, T. et Johannessen, J. O. (2015). Primary prevention of psychosis through interventions in the symptomatic prodromal phase, a pragmatic Norwegian Ultra High Risk study. *BMC Psychiatry*, 15, 89.
- Johannessen, J. O., Larsen, T. K., Joa, I., Melle, I., Friis, S., Opjordsmoen, S., ... McGlashan, T. H. (2005). Pathways to care for first-episode psychosis in an early detection healthcare sector. *The British Journal of Psychiatry*, 187(48), s24-s28.
- Johnson, D. P., Penn, D. L., Bauer, D. J., Meyer, P. et Evans, E. (2008). Predictors of the therapeutic alliance in group therapy for individuals with treatment-resistant auditory hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(2), 171-183.
- Keshavan, M. S., Diwadkar, V. A., Montrose, D. M., Rajarethinam, R. et Sweeney, J. A. (2005). Premorbid indicators and risk for schizophrenia: A selective review and update. *Schizophrenia Research*, 79(1), 45-57.
- Keshavan, M. S., Haas, G., Miewald, J., Montrose, D. M., Reddy, R., Schooler, N. R. et Sweeney, J. A. (2003). Prolonged Untreated Illness Duration From Prodromal Onset Predicts Outcome in First Episode Psychoses. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), 757-769.
- Killackey, E. et Yung, A. R. (2007). Effectiveness of early intervention in psychosis. *Current Opinion in Psychiatry*, (20), 121-125.
- Kline, E., Thompson, E. et Bussel, K. (2014). Psychosis-like experiences and distress among adolescents using mental health services. *Schizophrenia Research*, 152(2-3), 498-502.

- Klosterkötter, J., Hellmich, M., Steinmeyer, E. M. et Schultze-Lutter, F. (2001). Diagnosing Schizophrenia in the Initial Prodromal Phase. *Archives of General Psychiatry*, 58(2), 158-164.
- Knapp, M., Andrew, A., McDaid, D., Iemmi, V., McCrone, P., Park, A.-L., ... Shepherd, G. (2014). Investing in recovery: making the business case for effective interventions for people with schizophrenia and psychosis [Monograph]. Consulté 8 juillet 2017, à l'adresse <http://www.rethink.org/>
- Krebs, M.-O. (2015). *Signes précoces de schizophrénie*. Paris: Dunod.
- Krebs, M.-O., Magaud, E., Willard, D., Elkhazen, C., Chauchot, F., Gut, A., ... Kazes, M. (2014). Evaluation des états mentaux à risque de transition psychotique : validation française de la CAARMS [Assessment of mental states at risk of psychotic transition: validation of the French version of the CAARMS]. *L'Encephale*, 40(6), 447-456.
- Krebs, M.-O. et Mouchet, S. (2007). Signes neurologiques mineurs et schizophrénie : revue des données actuelles. *Revue neurologique*, 163(12), 1157-1168.
- Lanteri-laura, G. (1997). *La Chronicité en psychiatrie*. Le Plessis-Robinson France: Les empêcheurs de penser en rond.
- Larrieu, P., Martinez, C. et Ganchou, C. (2016). Un dispositif d'évaluation et de soins dans la psychose émergente : le dispositif 15-25 à Montauban. *La Lettre du Psychiatre*, 12(6), 145-149.
- Lazignac, C., Damsa, C., Cailhol, L., Andreoli, A., Pichene, C. et Moro, M.-R. (2005). Facteurs sociodémographiques et construction de l'alliance thérapeutique aux urgences psychiatriques. *Annales Médico Psychologiques*, 163, 53-57.
- Leuret, F. (1840). *Du traitement moral de la folie*. Paris: Chez J.B Baillière.
- Linden, M., Godemann, F., Gaebel, W., Köpke, W., Müller, P., Müller-Spahn, F., ... Tegeler, J. (2001). A prospective study of factors influencing adherence to a continuous neuroleptic treatment program in schizophrenia patients during 2 years. *Schizophrenia Bulletin*, 27(4), 585-596.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliance in psychotherapy. In J.L. Glaghorn, *Successful psychotherapy* (p. 92-116). New York: Brunner Mazel.
- Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L. M., Frank, A. et Daley, D. (1996). The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II). *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5(3), 260-71.

- Luborsky, L., Singer, B. et Luborsky, L. (1975). Comparative Studies of Psychotherapies: Is It True That Everyone Has Won and All Must Have Prizes? *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995-1008.
- Marcus, J., Hans, S. L., Lewow, E., Wilkinson, L. et Burack, C. M. (1985). Neurological findings in high-risk children: Childhood assessment and 5-year followup. *Schizophrenia Bulletin*, 11(1), 85-100.
- Marder, S. R., Mebane, A., Chien, C., Winslade, W. J., Swann, E. et Van Putten, T. (1983). A comparison of patients who refuse and consent to neuroleptic treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 140(4), 470-472.
- Marion-Veyron, R., Mebdouhi, N., Baumann, P. S., Thonney, J., Crespi, S. et Conus, P. (2013). Les premiers épisodes psychotiques : de l'importance du case management. *L'évolution psychiatrique*, 78(1), 41-51.
- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P. et 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.
- Martin, B. et Franck, N. (2013). Facteurs subjectifs et rétablissement dans la schizophrénie. *L'évolution psychiatrique*, 78(1), 21-40.
- Martin, D. J., Garske, J. P. et Katherine, M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- Mcghie, A. et Chapman, J. (1961). Disorders of attention and perception in early schizophrenia. *The British Journal of Medical Psychology*, 34, 103-116.
- McGorry, P. D. et Killackey, E. J. (2002). Early intervention in psychosis: a new evidence based paradigm. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 11(4), 237-247.
- McGorry, P. D., Yung, A. R. et Phillips, L. J. (2003). The « Close-in » or Ultra High-Risk Model: A Safe and Effective Strategy for Research and Clinical Intervention in Prepsychotic Mental Disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), 771-790.
- McGorry, P., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S. et Jackson, H. (1996). EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 305-26.

- Melle, I., Larsen, T. K., Haahr, U., Friis, S., Johannesen, J. O., Opjordsmoen, S., ... McGlashan, T. (2008). Prevention of Negative Symptom Psychopathologies in First-Episode Schizophrenia: Two-Year Effects of Reducing the Duration of Untreated Psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 65(6), 634-640.
- Melle, I., Larsen, T. K., Haahr, U., Friis, S., Johannesen, J. O., Opjordsmoen, S., ... McGlashan, T. (2004). Reducing the Duration of Untreated First-Episode Psychosis: Effects on Clinical Presentation. *Archives of General Psychiatry*, 61(2), 143-150.
- Miller, T. J., McGlashan, T. H., Rosen, J. L., Cadenhead, K., Ventura, J., McFarlane, W., ... Woods, S. W. (2003). Prodromal Assessment With the Structured Interview for Prodromal Syndromes and the Scale of Prodromal Symptoms: Predictive Validity, Interrater Reliability, and Training to Reliability. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), 703-715.
- Miller, T. J., McGlashan, T. H., Woods, S. W., Stein, K., Driesen, N., Corcoran, C. M., ... Davidson, L. (1999). Symptom Assessment in Schizophrenic Prodromal States. *Psychiatric Quarterly*, 70(4), 273-287.
- Misdrahi, D., Llorca, P.-M., Lançon, C. et Bayle, F. (2002). L'observance dans la schizophrénie : facteurs prédictifs, voies de recherches, implications thérapeutiques. *L'Encéphale*, XXVIII(cahier 1), 266-72.
- Misdrahi, D., Verdoux, H., Lançon, C. et Bayle, F. (2009). The 4-Point ordinal Alliance Self-report: a self-report questionnaire for assessing therapeutic relationships in routine mental health. *Comprehensive Psychiatry*, 50(2), 181-185.
- Nelson, A., Gold, B.H., Hutchinson, R. A. et Benezra, E. (1975). Drug default among schizophrenic patients. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 32(12), 1237-1242.
- NICE. (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management-Clinical Guideline CG178. Consulté 9 juin 2016, à l'adresse <https://www.nice.org.uk/Guidance/CG178>
- Niemi, L. T., Suvisaari, J. M., Tuulio-Henriksson, A. et Lönnqvist, J. K. (2003). Childhood developmental abnormalities in schizophrenia: evidence from high-risk studies. *Schizophrenia Research*, 60(2-3), 239-258.

- Olfson, M., Mechanic, D., Hansell, S., Boyer, C. A., Walkup, J. et Weiden, P. J. (2000). Predicting Medication Noncompliance After Hospital Discharge Among Patients With Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 51(2), 216-222.
- Penttilä, M., Jääskeläinen, E., Hirvonen, N., Isohanni, M. et Miettunen, J. (2014). Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 205(2), 88-94.
- Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K. et Lieberman, J. A. (2005). Relationship Between Duration of Untreated Psychosis and Outcome in First-Episode Schizophrenia: A Critical Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1785-1804.
- Pinel, P. (1809). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie*. Richard.
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Lamarche, C., Hilscher, T. et Joyce, A. S. (2005). Level of Alliance, Pattern of Alliance, and Outcome in Short-term Group Therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 55(4), 527-550.
- Postel, J. (1998). *Genèse de la psychiatrie. Les premiers écrits de Philippe Pinel*. Institut Synthélabo.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. et Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *The American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Prodrome. (s.d). Dans *Dictionnaire de français Larousse*. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/prodrome/64120>.
- Register-Brown, K. et Hong, L. E. (2014). Reliability and validity of methods for measuring the duration of untreated psychosis: A quantitative review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 160(1), 20-26.
- Rieder, R. O. et Nichols, P. L. (1979). Offspring of Schizophrenics III: Hyperactivity and Neurological Soft Signs. *Archives of General Psychiatry*, 36(6), 665-674.
- Rodgers, R.-F., Cailhol, L., Bui, E., Klein, R., Schmitt, L. et Chabrol, H. (2010). L'alliance thérapeutique en psychothérapie : apports de la recherche empirique. *L'Encéphale*, 36(5), 433-438.
- Ruhrmann, S., Schultze-Lutter, F., Salokangas, R. K. R., Heinimaa, M., Linszen, D., Dingemans, P., ... Klosterkötter, J. (2010). Prediction of Psychosis in Adolescents and Young Adults at High Risk: Results From the Prospective European Prediction of Psychosis Study. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 241-251.

- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Heekeren, K., Theodoridou, A., Dvorsky, D., Metzler, S., ... Rössler, W. (2014). Well-being among persons at risk of psychosis: the role of self-labeling, shame, and stigma stress. *Psychiatric Services*, 65(4), 483-489.
- Salokangas, R. K. R., Ruhrmann, S., Von Reventlow, H. G., Heinimaa, M., Svirskis, T., From, T., ... EPOS group. (2012). Axis I diagnoses and transition to psychosis in clinical high-risk patients EPOS project: prospective follow-up of 245 clinical high-risk outpatients in four countries. *Schizophrenia Research*, 138(2-3), 192-197.
- Schmidt, S. J., Schultze-Lutter, F., Schimmelmann, B. G., Maric, N. P., Salokangas, R. K. R., Riecher-Rössler, A., ... Ruhrmann, S. (2015). EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 30(3), 388-404.
- Schultze-Lutter, F., Ruhrmann, S., Hoyer, C., Klosterkötter, J. et Leweke, F. M. (2007). The initial prodrome of schizophrenia: different duration, different underlying deficits? *Comprehensive Psychiatry*, 48(5), 479-488.
- Schulz, J., Sundin, J., Leask, S. et Done, D. J. (2014). Risk of Adult Schizophrenia and Its Relationship to Childhood IQ in the 1958 British Birth Cohort. *Schizophrenia Bulletin*, 40(1), 143-151.
- Sloane, R. B. (1975). *Psychotherapy versus Behavior Therapy*. Harvard University Press, Cambridge.
- Solomon, P., Draine, J. et Delaney, M. A. (1995). The working alliance and consumer case management. *Journal of Mental Health Administration*, 22(2), 126-134.
- Souaiby, L., Gaillard, R. et Krebs, M.-O. (2016). Durée de psychose non traitée : état des lieux et analyse critique [Duration of untreated psychosis: A state-of-the-art review and critical analysis]. *L'Encéphale*, 42(4), 361-366.
- Stowkowy, J., Perkins, D. O., Woods, S. W., Nyman, K. et Addington, J. (2015). Personal Beliefs about Experiences in those at Clinical High Risk for Psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(6), 669-675.
- Strupp, H. H. et Hadley, S. W. (1979). Specific vs Nonspecific Factors in Psychotherapy: A Controlled Study of Outcome. *Archives of General Psychiatry*, 36(10), 1125-1136.
- Sullivan, H. S. (1998). *La schizophrénie, un processus humain*. Ramonville Saint-Agne, France: Eres.

- Svensson, B. et 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.
- Tandon, R., Nasrallah, H. A. et Keshavan, M. S. (2009). Schizophrenia, « just the facts » 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophrenia Research*, 110(1-3), 1-23.
- Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Ohlenschlaeger, J., Christensen, T., Krarup, G., ... Nordentoft, M. (2005). Integrated treatment ameliorates negative symptoms in first episode psychosis--results from the Danish OPUS trial. *Schizophrenia Research*, 79(1), 95-105.
- Villamaux, M. (2000). L'alliance thérapeutique. In *Pour la recherche. Rev FFP*. Consulté à l'adresse <http://www.psydoc-france.fr/Recherche/PLR/PLR25/PLR25.html>
- Weiler, M., Fleisher, M. et McArthur-Campbell, D. (2000). Insight and symptom change in schizophrenia and other disorders. *Schizophrenia Research*, 45(1-2), 29-36.
- Yung, A. R. et McGorry, P. D. (1996). The Prodromal Phase of First-episode Psychosis: Past and Current Conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 353-370.
- Yung, A. R. et McGorry, P. D. (2007). Prediction of psychosis: setting the stage. *The British Journal of Psychiatry*, 191(51), s1-s8.
- Yung, A. R., McGorry, P. D., McFarlane, C. A., Jackson, H. J., Patton, G. C. et Rakkar, A. (1996). Monitoring and Care of Young People at Incipient Risk of Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 283-303.
- Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P. et McGorry, P. D. (2004). Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. *Schizophrenia Research*, 67(2-3), 131-142.
- Yung, A. R., Yuen, H. P., McGorry, P. D., Phillips, L. J., Kelly, D., ... Buckby, J. (2005). Mapping the Onset of Psychosis: The Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(11-12), 964-971.

7. ANNEXES



ÉVALUATION DÉTAILLÉE DES ÉTATS MENTAUX À RISQUE

COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF AT RISK MENTAL STATES

CAARMS version Française

Traduction française : M.O. Krebs, D. Willard, C. Elkhazen, M. Kazès
M.J. Marois, P. Conus

Version originale : A. Yung, L. Phillips, M.B. Simmons, J. Ward, K. Thompson, P. French,
P. McGorry
The PACE Clinic
DEPARTMENT OF PSYCHIATRY;
UNIVERSITY OF MELBOURNE,
MELBOURNE, AUSTRALIA.

L'UTILISATION DE CE DOCUMENT DOIT FAIRE RÉFÉRENCE À L'ARTICLE DE VALIDATION FRANÇAISE :
Krebs, M. O., Magaud, E., Willard, D., Elkhazen, C., Chauchot, F., Gut, A., Morvan, Y., Bourdel, M.C.,
Kazes, M. (2014). Évaluation des états mentaux à risque de transition psychotique: validation de la
version française de la CAARMS. *L'Encéphale*, 40(6), 447-456.

© 2006 Yung, Phillips, Simmons, Ward, Thompson, French, McGorry

NOM DU SUJET :

DOSSIER N° :

DATE :

ÉVALUATEUR :

INDEX

	page
1. SYMPTÔMES POSITIFS	4
1.1 TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE	4
1.2 IDÉES NON-BIZARRES	6
1.3 ANOMALIES DE LA PERCEPTION	8
1.4 DISCOURS DÉSORGANISÉ	10
2. CHANGEMENT COGNITIF : ATTENTION / CONCENTRATION	12
2.1 CHANGEMENTS COGNITIFS SUBJECTIFS	12
2.2 CHANGEMENTS COGNITIFS OBJECTIFS	14
3. PERTURBATION ÉMOTIONNELLE	15
3.1 PERTURBATION ÉMOTIONNELLE SUBJECTIVE	15
3.2 ÉMOUSSEMENT DE L'AFECT OBSERVÉ	17
3.3 AFFECT INAPPROPRIÉ OBSERVÉ	18
4. SYMPTÔMES NÉGATIFS	19
4.1 ALOGIE	19
4.2 AVOLITION / APATHIE	20
4.3 ANHÉDONIE	21
5. MODIFICATION DU COMPORTEMENT	22
5.1 ISOLEMENT SOCIAL	22
5.2 ALTÉRATION DU COMPORTEMENT	23
5.3 COMPORTEMENTS DÉSORGANISÉS, BIZARRES, STIGMATISANT	24
5.4 COMPORTEMENT AGRESSIF / DANGEREUX	25
6. CHANGEMENTS PHYSIQUES / MOTEURS	26
6.1 PLAINTES SUBJECTIVES D'ALTÉRATION DU FONCTIONNEMENT MOTEUR	26
6.2 CHANGEMENTS DANS LE FONCTIONNEMENT MOTEUR OBSERVÉ	27
6.3 PLAINTES SUBJECTIVES D'ALTÉRATION DES SENSATIONS CORPORELLES	28
6.4 PLAINTES SUBJECTIVES D'ALTÉRATION DES FONCTIONS VÉGÉTATIVES	29
7. PSYCHOPATHOLOGIE GÉNÉRALE	30
7.1 MANIE	30
7.2 DÉPRESSION	32
7.3 INTENTION SUICIDAIRE ET AUTOMUTILATION	34
7.4 LABILITÉ DE L'HUMEUR	35
7.5 ANXIÉTÉ	36
7.6 TROUBLES OBSESSIONNELS ET COMPULSIFS (TOC)	37
7.7 SYMPTÔMES DISSOCIATIFS	38
7.8 DIMINUTION DE LA TOLÉRANCE AU STRESS HABITUEL	39
8. CRITERES D'INCLUSION	40
9. SEUIL DE PSYCHOSE	41
10. EXCLUSION DE L'ETUDE	41

1 : SYMPTÔMES POSITIFS

1.1 TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE

Humeur Délirante et Perplexité ("Idées Non Cristallisées")

- Avez-vous déjà eu le sentiment que quelque chose d'étrange que vous ne pouvez pas expliquer se produit ? Comment est-ce ? _____
- Êtes-vous troublé par quelque chose ? Votre environnement familier vous paraît-il étrange ? _____
- Avez-vous l'impression d'avoir changé d'une quelconque façon ? _____
- Avez-vous l'impression que les autres, ou le monde en général, avaient changé d'une quelconque façon ? _____

Idées de Référence

- Idées de référence : Avez-vous déjà eu le sentiment que les choses qui se passaient autour de vous avaient une signification spéciale, ou que les gens tentaient de vous transmettre des messages ? Pouvez-vous m'en parler ? Comment cela a-t-il commencé ? _____

Idées Bizarres "Idées Cristallisées"

- Pensées, sentiments et pulsions imposées : Avez-vous eu l'impression que quelqu'un, ou quelque chose, à l'extérieur de vous contrôlait vos pensées, vos sentiments, vos actions ou vos pulsions ? Avez-vous déjà eu des sentiments ou des impulsions qui ne semblaient pas venir de vous ? _____
- Passivité somatique : Vous arrive-t-il d'avoir des sensations étranges dans votre corps ? Savez-vous ce qui les cause ? Pourraient-elles être provoquées par d'autres personnes ou par des forces en dehors de vous ? _____
- Pensées insérées : Avez-vous ressenti que des idées ou des pensées qui ne sont pas les vôtres ont été implantées dans votre tête ? Comment savez-vous que ce ne sont pas les vôtres ? D'où proviennent-elles ? _____
- Vol de la pensée : Avez-vous déjà eu l'impression que des idées ou des pensées ont été retirées de votre tête ? Comment cela se produit-il ? _____
- Émission de la pensée : Vos pensées sont-elles diffusées permettant à d'autres personnes de savoir ce que vous pensez ? _____
- Lecture de la pensée : D'autres personnes peuvent-elles lire dans vos pensées ? _____

TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE - ÉCHELLE DE COTATION GLOBALE

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Psychotique et sévère
Absence de trouble du contenu de la pensée.	Légère élaboration des croyances conventionnelles partagées par une partie de la population.	Vague impression que quelque chose dans le monde est différent, ou pas tout à fait normal, l'impression que les choses ont changé mais incapable d'être clairement énoncées. Le sujet n'est pas préoccupé / inquiet par cette expérience.	Un sentiment de perplexité. Une plus forte impression d'incertitude à propos des pensées qu'en 2	Idées de référence que certains événements, objets ou personnes ont une signification particulière et inhabituelle. Sentiment que l'expérience peut provenir de l'extérieur de soi. Croyance non entretenue avec conviction, le sujet est capable de douter. Ne provoque pas de modification du comportement	Pensées peu communes avec un contenu complètement original et hautement improbable Le sujet peut douter (non entretenues avec une conviction délirante), ou auxquelles le sujet ne croit pas tout le temps. Pouvant entraîner quelques changements mineurs du comportement	Pensées peu communes avec un contenu complètement original et hautement improbable entretenues avec une conviction délirante (absence de doute). Pouvant avoir un impact marqué sur le comportement.

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

Intensité de la Perturbation (En Fonction des Symptômes)

0								100
Pas du tout perturbé								Extrêmement perturbé

1.2 IDÉES NON-BIZARRES

Idées Non-Bizarres ("Idées Cristallisées")

- Méfiance, Idées de Persécution : Est-ce que quelqu'un vous embête ou essaye de vous faire du mal ? Avez-vous eu l'impression que des gens parlent de vous, rient de vous, ou vous observent ? Comment cela se passe-t-il ? Comment le savez-vous ?

- Idées de Grandeur : Avez-vous le sentiment d'être quelqu'un de particulièrement important dans un certain domaine, d'avoir le pouvoir de faire des choses que les autres ne peuvent pas faire ?

- Idées Somatiques : Avez-vous déjà eu l'impression que quelque chose de bizarre que vous ne pouvez pas expliquer se passe dans votre corps ? Que se passe-t-il ? Avez-vous l'impression que votre corps a changé d'une quelconque façon ou qu'il y a un problème avec son aspect ?

- Idées de Culpabilité : Avez-vous le sentiment que vous méritez d'être puni pour quelque chose de mal que vous avez fait ?

- Idées Nihilistes : Avez-vous déjà eu l'impression que vous, ou une partie de vous, n'existait pas ou était morte ? Avez-vous déjà eu le sentiment que le monde n'existait pas ?

- Idées de Jalousie : Êtes-vous une personne jalouse ? Vous préoccupez-vous des relations que votre conjoint / petit ami a avec d'autres personnes ?

- Idées Religieuses : Êtes-vous très croyant ? Avez-vous eu des expériences religieuses ?

- Idées Érotomaniaques : Est-ce que quelqu'un est amoureux de vous ? Qui ? Comment le savez-vous ? Est-ce que vous partagez ces sentiments ?

IDÉES NON BIZARRES - ÉCHELLE DE COTATION GLOBALE

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Psychotique et sévère
Pas d'idées non-bizarres	Changements subtils qui pourraient être basés sur la réalité. Par exemple, très gêné	Gêne augmentée. Par ex. : pense que les autres l'observent ou parlent de lui. Ou un sentiment accru de sa propre importance. Le sujet est capable de s'interroger quant à ses expériences.	Des pensées étranges ou inhabituelles mais dont le contenu n'est pas entièrement impossible - il peut exister une certaine logique. Plus de logique qu'en 4. Contenu des pensées non surprenantes, par ex. : jalousie, légère paranoïa.	Croyances clairement particulières, qui, même si elles étaient "possibles", se sont développées sans raison logique. Moins d'arguments logiques qu'en 3. Par ex. : idées que d'autres veulent du mal au sujet, qui peuvent être facilement repoussées. Pensées d'avoir des pouvoirs spéciaux, qui peuvent être facilement repoussées.	Pensées inhabituelles à propos desquelles il existe un certain doute (non entretenues avec une conviction délirante), ou auxquelles le sujet ne croit pas tout le temps. Pouvant entraîner quelques changements mineurs du comportement	Pensées inhabituelles à contenu surprenant et fortement improbable, entretenues avec une conviction délirante (absence de doute). Pouvant avoir un impact marqué sur le comportement.

Date de début : Date de fin :

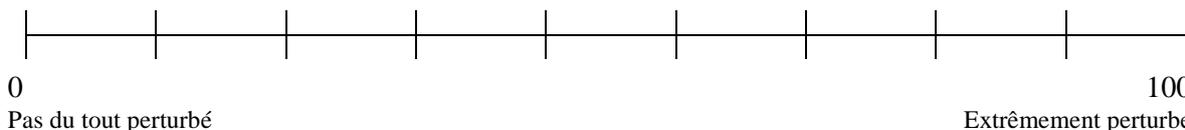
Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

Intensité de la Perturbation (En Fonction des Symptômes)



1.3 ANOMALIES DE LA PERCEPTION

Changements Visuels

- Distorsions, illusions : Y a-t-il un changement dans la façon dont vous percevez les choses ? Est-ce que les choses vous paraissent parfois différentes, ou anormales ? Y a-t-il une altération des couleurs, de la clarté des objets (les choses semblent plus claires, ou de couleur plus terne) ? Y a-t-il une altération de la taille ou de la forme des objets ? Est-ce que les choses semblent bouger ?
- Hallucinations : Avez-vous des visions, ou voyez-vous des choses qui ne sont peut-être pas vraiment là ? Vous arrive-t-il de voir des choses que les autres ne peuvent pas voir ou ne semblent pas voir ? Que voyez-vous ? Au moment où vous voyez ces choses, vous semblent-elles réelles ? Réalisez-vous qu'elles ne sont pas réelles sur le moment, ou seulement un peu plus tard ?

Changements Auditifs

- Distorsions, illusions : Y a-t-il des changements dans la façon dont vous entendez les choses ? Est-ce que ce que vous entendez vous apparaît parfois différent, ou anormal ? Est-ce que votre ouïe vous semble plus fine, ou plus sensible ? Est-ce que votre ouïe vous semble sourde, ou moins sensible ?
- Hallucinations : Entendez-vous parfois des choses qui ne sont pas vraiment là ? Entendez-vous parfois des choses que les autres personnes ne semblent pas entendre (comme des sons ou des voix) ? Qu'est-ce que vous entendez ? Au moment où vous entendez ces choses, à quel point semblent-elles réelles ? Réalisez-vous qu'elles ne sont pas réelles sur le moment, ou seulement plus tard ?

Changements Olfactifs

- Distorsions, illusions : Est-ce que votre sens de l'olfaction vous semble différent, plus ou moins intense qu'à l'habitude ?
- Hallucinations : Vous arrive-t-il de sentir des choses que personne d'autre ne sent ? A ce moment, est-ce que ces odeurs semblent réelles ? Réalisez-vous qu'elles ne sont pas réelles tout de suite, ou seulement plus tard ?

Changements Gustatifs

- Distorsions, illusions : Est-ce que votre sens gustatif vous semble différent, plus ou moins intense que d'habitude ?
- Hallucinations : Vous arrive-t-il d'avoir des goûts bizarres dans la bouche ? Au moment où vous goûtez ces choses, à quel point vous paraissent-elles réelles ? Vous rendez-vous compte qu'elles ne sont pas réelles sur le moment, ou seulement plus tard ?

Changements Tactiles

- Distorsions, illusions, hallucinations : Vous arrive-t-il d'avoir des sensations étranges sur, ou juste sous votre peau ? Au moment où vous éprouvez ces sensations, à quel point vous apparaissent-elles réelles ? Réalisez-vous qu'elles ne sont pas réelles sur le moment, ou seulement plus tard ?

Changements Somatiques

NOTE : Questions également utilisées pour coter les Sensations Corporelles Altérées, p.26

- Distorsions, illusions : Vous arrive-t-il d'éprouver des sensations étranges dans votre corps (par ex. : sentir que des parties de votre corps ont changé d'une quelconque façon, ou que les choses fonctionnent différemment) ? Est-ce que vous pensez qu'il y a un problème avec une partie de votre corps ou avec votre corps tout entier, par ex. qu'il vous paraît tout à fait différent des autres, ou seulement différent d'une certaine façon ? A quel point cela vous paraît-il réel ?
- Hallucinations : Avez-vous remarqué un quelconque changement dans vos sensations corporelles, tel qu'une augmentation ou une réduction de l'intensité sensorielle ? Ou des sensations corporelles inhabituelles, telles que des sensations de tractions, de douleurs, de brûlures, d'engourdissements, des vibrations ?

ANOMALIES DE LA PERCEPTION - ÉCHELLE DE COTATION GLOBALE

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Psychotique mais non sévère	6 Psychotique et sévère
Aucune expérience anormale de la perception.		Perceptions intensifiées ou atténuées, distorsions, illusions (par ex. : lumières / ombres). Pas particulièrement angoissant Expérience hypnagogique / hypnopompique.	Expériences plus perturbantes : distorsions / illusions plus intenses / frappantes, murmures indistincts, ombres fugitives, etc. Sujet incertain de la nature de ses expériences. Capable de les chasser. Non angoissant (Aucune détresse psychologique) Déréalisation / dépersonnalisation	Expériences plus claires qu'en 3 telles que : être appelé par son nom, entendre le téléphone sonner, etc., mais pouvant être fugace. Capable de donner une explication plausible à l'expérience. Peut être associé à une légère détresse.	Hallucinations véritables, par ex. : entendre des voix ou des conversations, sentir quelque chose toucher son corps. Moyennant un certain effort, le sujet est capable de critiquer son expérience. Pouvant être effrayantes ou associées à une certaine détresse.	Hallucinations véritables, que le sujet croit réelles sur le moment, ainsi qu'après les avoir expérimentées. Pouvant être très angoissantes.

Date de début : Date de fin :

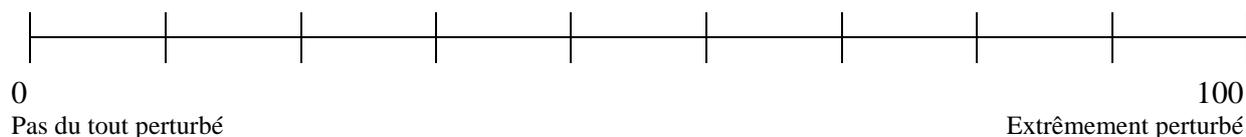
Fréquence et Duré

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

Intensité de la Perturbation (En Fonction des Symptômes)



1.4 DISCOURS DESORGANISÉ

NOTE : Questions également utilisées pour coter l'Alogie, p.16

Changement subjectif

- Avez-vous remarqué avoir eu des difficultés avec votre discours, ou votre capacité à communiquer avec les autres ? _____

- Avez-vous de la difficulté à trouver le mot juste au bon moment ? _____

- Vous arrive t-il d'utiliser des mots qui ne sont pas tout à fait corrects ou qui sont complètement inappropriés ? _____

- Quand vous parlez, vous êtes-vous déjà retrouvé à prendre la "tangente" (une direction qui vous éloigne du sujet de votre discussion) et ne jamais arriver au but ? Est-ce est un changement récent ? _____

- Êtes-vous conscient que vous parlez de choses inappropriées, ou que vous perdez le fil de la discussion ? _____

- D'autres personnes semblent-elles avoir parfois de la difficulté à comprendre ce que vous voulez dire, ou avez vous des difficultés à faire passer votre message ? _____

- Répétez-vous les mots d'autres personnes ? _____

- Devez-vous parfois utiliser des gestes ou des mimiques pour communiquer parce que vous avez de la difficulté à faire passer votre message ? A quel point ? _____

- Est-ce cela vous oblige à rester silencieux et à ne rien dire du tout. _____

Cotation Objective du Discours Désorganisé

- Est-il parfois difficile de suivre le cours du discours du sujet parce qu'il utilise des mots incorrects, inappropriés, ou que son discours est trop circonstancié ou tangent ? _____

- Le sujet est-il vague, trop abstrait ou au contraire trop concret ? Est-ce que les réponses pourraient être plus courtes ? _____

- Est-ce qu'il s'éloigne souvent du sujet et se perd dans son discours ? Est-ce qu'il semble avoir de la difficulté à trouver les mots justes ? _____

- Est-ce qu'il répète des mots que vous avez utilisés ou utilise-t-il des mots étranges (ou des néologismes) pendant une conversation ordinaire ? _____

DISCOURS DESORGANISÉ - ÉCHELLE DE COTATION GLOBALE

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Psychotique
Discours logique normal, sans désorganisation, pas de problème à communiquer ou à être compris.		Légères difficultés subjectives, par ex. : des problèmes pour faire passer un message. Non perceptible par d'autres.	Discours vague avec des mots inappropriés ou trop circonstanciés. Sentiment de ne pas être compris.	Preuve claire de légères déconnexions du discours et des schémas de pensée. Liens entre les idées plutôt tangentiels. Sentiment croissant de frustration pendant les conversations.	Circonstantialité marquée ou discours tangentiel mais la structure de l'entretien l'améliore. Peut avoir besoin de recourir aux gestes ou aux mimiques pour communiquer	Manque de cohérence, discours inintelligible, difficultés significatives à suivre une ligne de pensée. Associations vagues dans les propos

Date de début : Date de fin :

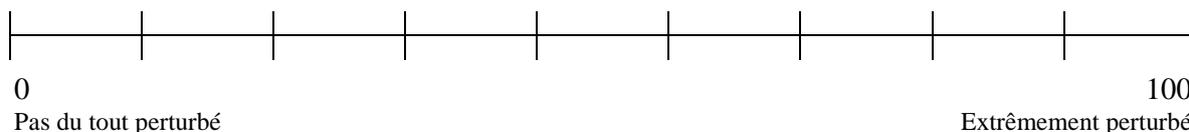
Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

Intensité de la Perturbation (En Fonction des Symptômes)



2 : CHANGEMENT COGNITIF - ATTENTION / CONCENTRATION

2.1 EXPÉRIENCE SUBJECTIVE (SYMPTÔME DE BASE DE HUBER)

Trouble de l'Attention et de Concentration

- Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer (difficulté à écouter les autres, à regarder la télévision, à lire) ?
- Est-ce que penser ou vous concentrer sur des choses vous demande un effort ?

Troubles de l'Attention Sélective :

- Avez-vous eu des difficultés à faire attention à une seule chose ?
- Êtes-vous facilement distrait par d'autres choses ?
- Vous êtes-vous senti dépassé, ou confus par toutes les choses qui se passaient autour de vous ?

Troubles Formels de la Pensée

NOTE : Voir aussi l'Alogie, p.16

- Est-ce que vos pensées semblent parfois s'arrêter, se bloquer, ou disparaître (par ex. : avez-vous des "trances", ou des "blancs")? Pouvez-vous décrire ceci de façon plus approfondie ?
- Parfois, est-ce que vos pensées s'accélèrent, deviennent confuses ou s'emmêlent ?
- Est-ce que d'autres choses semblent s'arrêter en même temps que vos pensées, par ex. : l'attention, l'ouïe, la vue, la mémoire, le discours ou le mouvement ?
- Vous arrive-t-il parfois de perdre le sens de votre identité personnelle ? Selon vous, qu'est-ce qui aurait pu provoquer ce phénomène ?

Difficultés de Compréhension

- Avez-vous de la difficulté à suivre ce que les autres disent ?
- Vous arrive-t-il de demander que des phrases soient répétées, surtout les phrases longues ?
- Vous arrive-t-il parfois de ne pas comprendre le langage figuré Est-ce nouveau pour vous, ou cela a-t-il toujours été ainsi ?
- Vous arrive-t-il parfois d'avoir de la difficulté à percevoir la tonalité émotionnelle des conversations (par ex. : ne pas reconnaître le sarcasme, ou l'ironie) ?
- Est-ce parfois difficile de comprendre des formes non verbales de communication, par ex. : des gestes ? A quel point est-ce difficile ?

Problèmes de Mémoire

NOTE : Voir aussi les symptômes dissociatifs, p.34

- Avez-vous eu des problèmes de mémoire ?
- Avez-vous déjà eu l'impression d'avoir des grands trous dans votre mémoire ?
- Ces trous sont-ils présents tout le temps ou de manière intermittente ? Avez-vous remarqué si vos problèmes de mémoire surviennent en période de stress ?

EXPÉRIENCE SUBJECTIVE DE CHANGEMENT COGNITIF - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Aucune difficulté subjective d'attention ou de concentration.	Le sujet est conscient de quelques changements, mais qui peuvent être attribués à des facteurs extérieurs. Le sujet a de la difficulté à identifier les changements	Problèmes légers mais définis, par ex. : quelques difficultés à se concentrer pour lire, ou regarder la TV. Se concentrer nécessite plus d'effort. OU Mémoire légèrement altérée mais de façon temporaire	Sentiment subjectif d'être brouillé, confus, avec accélération, ou ralentissement de la pensée, difficulté à comprendre les conversations. Épisodes occasionnels de blocage de la pensée. OU Problèmes de mémoire plus évidents mais n'interférant pas avec le fonctionnement quotidien.	Sentiment subjectif d'être incapable de penser correctement, d'être confus, incapable de comprendre les autres. Épisodes plus réguliers de blocage de la pensée OU Difficultés de mémoire gênant la conversation, les objets sont souvent égarés.	Inattention marquée, sensation d'être confus et dépassé par moments, distrait par d'autres éléments de l'environnement Fréquents épisodes de blocage de la pensée. OU Difficultés de mémoire notées par les autres, angoissant.	Le sujet rapporte une difficulté extrême à se concentrer sur l'entretien. Entretien arrêté à cause de l'impossibilité du sujet à se concentrer ou à cause d'un sévère blocage de la pensée. OU Sévères problèmes de mémoire.

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

2.2 CHANGEMENTS COGNITIFS OBSERVÉS

Inattention Observée Durant l'Entretien

- Le sujet paraît inattentif - regarde ailleurs durant l'entretien, ne saisit pas le sujet d'une discussion, change rapidement son centre d'attention.
- L'attention peut être attirée par le bruit de la salle voisine, des objets dans la pièce, les vêtements de l'investigateur, etc.

Inattention Observée Durant le "Mini Mental State" (MMS)

- Le sujet peut présenter une performance médiocre à des tests simples du fonctionnement intellectuel malgré un niveau éducatif et des capacités intellectuelles corrects
- Ceci est évalué en demandant au sujet d'épeler le mot «monde» à l'envers ainsi que de compter de 7 en 7 ou de 3 en 3 pour une série de 5 soustractions.
- **EDNOM**
- **100, 93, 86, 79, 72**
- **100, 97, 94, 91, 88.**

CHANGEMENTS COGNITIFS OBSERVÉS - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Aucune anomalie observée.	Quelques marques d'inattention - pouvant être expliquées par d'autres événements	Légers problèmes de concentration. Observation objective d'un changement de l'attention entre 1 et 3 fois durant l'entretien. Ne comprend pas parfaitement ce que les autres disent ou la tonalité émotionnelle des conversations.	Problèmes de concentration modérés durant l'entretien. Entraîne une légère perturbation du cours de l'entretien.	Attention et concentration médiocres affectant significativement la possibilité de réaliser des tâches. Distractibilité clairement observée qui perturbe le cours de l'entretien.	Sévères difficultés d'attention et de concentration. Extrêmement difficile de mener l'entretien, ou de maintenir un sujet car le sujet s'intéresse à des stimuli sans importance.	Incapacité totale à se concentrer. Impossibilité de mener l'entretien car le sujet s'intéresse à des stimuli sans importance.

3 : PERTURBATION ÉMOTIONNELLE

3.1 EXPÉRIENCE SUBJECTIVE DE PERTURBATION ÉMOTIONNELLE (SYMPTÔME DE BASE DE HUBER)

Fonctionnement Émotionnel Altéré

NOTE : Voir aussi l'Anhédonie, p.18 ; Dépression, p.29.

- Avez-vous remarqué un quelconque changement dans vos sentiments, ou émotions, par ex. : l'impression de ne pas avoir de sentiment, l'impression que vos émotions sont "vides", ou que vos émotions ne sont pas authentiques ?
- Y a-t-il eu un quelconque changement dans la façon dont vous vivez vos émotions ?
- Êtes-vous toujours capable d'apprécier des choses, ou d'avoir du plaisir ?
- Avez-vous l'impression que lorsque quelque chose de triste vous arrive, vous n'êtes plus capable de ressentir de la tristesse? Ou lorsque quelque chose d'heureux arrive, vous n'êtes plus capable de vous sentir heureux ?

Modification de l'Affect

Expressions du visage

- Avez-vous remarqué un quelconque changement dans votre expression faciale ?
- Des gens ont-ils fait des commentaires sur vos mimiques en disant qu'elles ne sont pas expressives ou qu'il est difficile de savoir ce que vous pensez ?

Contact visuel

- Y a-t-il eu un changement dans vos interactions avec les autres, par ex. : trouvez-vous difficile de regarder les gens lorsque vous leur parlez ?
- A-t-on déjà fait des commentaires à ce sujet ?

Discours

- Avez-vous remarqué un changement dans la façon dont vous parlez, par ex. : que votre voix devenait monotone ?
- Est-ce que des gens vous ont dit que vous aviez un ton monotone ?
- Est-ce qu'on semble vous trouver ennuyeux ?

Affect inapproprié

- Vous êtes-vous déjà senti différent intérieurement de ce que les autres voient de vous ?
- Comme si votre apparence n'était pas en accord avec vos émotions ? Vous arrive-t-il de sourire ou de rire lorsque vous parlez de quelque chose qui est triste ou pas drôle du tout ?

EXPÉRIENCE SUBJECTIVE DE PERTURBATION ÉMOTIONNELLE - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Aucun changement subjectif des sentiments ou des émotions.		Le sujet rapporte des problèmes légers et sporadiques, mais bien présents, par ex. : incapable d'apprécier les choses autant qu'auparavant. Ressent des impressions d'émoûssement des réponses émotionnelles. L'affect est inapproprié mais pas de façon prolongée.	Problèmes subjectivement évalués comme plus fréquents ou continus. Parfois l'impression que les réponses émotionnelles sont émoûssées. Sentiment plus envahissant du caractère inapproprié de l'affect mais sur lequel le sujet conserve un certain contrôle.	Le sujet décrit un changement marqué des émotions, par ex. : incapable d'exprimer ou de ressentir les sentiments comme avant. Impression de distance quand il est avec d'autres. Affect inapproprié plus difficile à cacher aux autres.	Le sujet décrit l'impression de ne pas avoir de sentiments ou que ses émotions lui semblent vides ou sans sincérité. Incapacité totale à ressentir de la tristesse. Sévère sentiment de distance avec les autres. Affect inapproprié interfère sur ses relations avec les autres.	Le sujet rapporte un émoûssement émotionnel constant, OU Un affect constamment inapproprié.

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

3.2 ÉMOUSSEMENT DE L'AFFECT OBSERVÉ

NOTE : Inclure l'information d'un proche et l'impression de l'évaluateur

- Noter les éléments objectifs de l'émoussement affectif. Par exemple : _____
diminution de l'expression du visage, réduction de la tonalité émotionnelle _____
du discours, réduction des gestes et des mouvements expressifs. _____
- L'évaluateur peut également percevoir une diminution de la capacité à _____
accrocher le sujet. _____

ÉMOUSSEMENT DE L'AFFECT OBSERVÉ - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère, non psychotique	6 Extrême / Psychotique
Pas d'affect anormal observé par l'évaluateur ou par les autres.		Léger degré de diminution de l'affect pouvant être observé.	Diminution observable du champ émotionnel. Évite ou n'arrive pas à montrer ses sentiments. Expression émotionnelle réduite. L'évaluateur ressent une "distance" ou une mauvaise relation.	Degré plus marqué d'émoussement ou de blocage. Nette diminution du sens de la relation observée par l'évaluateur. Peut être décrit ou commenté par des proches.	Manifestations affectives réduites au minimum.	Émoussement affectif flagrant. Aucune expression émotionnelle spontanée observée durant l'entretien. Clairement rapporté par les proches

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

3.3 AFFECT INAPPROPRIÉ OBSERVÉ

NOTE : Inclure à la fois l'information fournie par les proches et les impressions de l'évaluateur

- Coter également l'affect inapproprié franc (affect clairement discordant du contenu du discours ou de l'idée, par ex. : ricane en parlant de quelque chose de triste).

AFFECT INAPPROPRIÉ OBSERVÉ - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Aucune anomalie observée par l'évaluateur ou par les autres.		Léger affect inapproprié pendant l'entretien ou occasionnellement rapporté par les autres. Le sujet semble capable de contrôle.	Expression d'émotions inappropriées plus intense. Ne domine pas l'entretien. Le sujet semble capable d'un certain contrôle.	Plus souvent rapporté par les autres – perturbant l'entretien.	Affect inapproprié fréquemment rapporté. Interfère avec les relations sociales et le cours de l'entretien.	Affect inapproprié tout au long de l'entretien. Impact majeur sur la possibilité de conduire l'entretien. Rapporté par les autres comme ayant lieu la plupart du temps.

Date de début : **Date de fin :**
(Ne pas coter si l'information provient uniquement de l'évaluateur)

Fréquence et Durée
(Ne pas coter si l'information provient uniquement de l'évaluateur)

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

4 : SYMPTÔMES NÉGATIFS

4.1 ALOGIE

NOTE : Se rapporter également au Changement Cognitif, p.9 ; Discours Désorganisé, p.7.

- Avez-vous remarqué des problèmes pour entamer des conversations, c'est-à-dire, vous est-il difficile de trouver les mots, avez-vous un blocage de la pensée ? _____
- Est-ce que les réponses du sujet aux questions sont vagues ou transmettent peu d'information. Le sujet met-il du temps pour répondre aux questions, mais, quand on l'y incite, il montre qu'il a entendu la question ? _____

ALOGIE - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Aucun changement observé ou rapporté du discours.	Le sujet n'est pas certain de changements récents. Les changements peuvent être attribuables à des facteurs externes mais le sujet n'en est pas sur.	Très légers changements dans la capacité à parler spontanément. Le sujet signale qu'il se sent <i>bloqué</i> dans sa pensée. Difficulté à trouver les mots pour exprimer ses pensées. Non rapporté par les autres.	Difficulté à s'exprimer avec les mots, à trouver les mots, ou périodes plus régulières de blocage de la pensée. Observable par les autres mais ne constitue pas une difficulté constante. Le sujet répond aux incitations.	Pauvreté du discours ou blocage de la pensée plus marqué. N'interfère pas significativement avec le fonctionnement à l'école ou au travail.	Incapable de s'exprimer de façon appropriée ou important blocage de la pensée. Peut présenter des périodes de mutisme dues à ses difficultés à trouver les mots et à s'exprimer mais de façon peu fréquente.	Pauvreté du discours ou blocage de la pensée marquée. Retarde sérieusement le cours de l'entretien. Le sujet peut être mutique par moments. Interfère significativement avec le fonctionnement social, professionnel et/ou éducatif.

Date de début : **Date de fin :**
(Ne pas coter si l'information provient uniquement de l'évaluateur)

Fréquence et Durée
(Ne pas coter si l'information provient uniquement de l'évaluateur)

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

4.2 AVOLITION / APATHIE (Symptômes de Base de Huber)

Expérience Subjective

- Avez-vous eu l'impression de manquer d'énergie, mentalement et physiquement ? Êtes-vous fatigué ou manquez-vous de motivation ? Êtes-vous prêt à démarrer dès que vous vous levez, au "saut du lit" ? Manque de volonté ? Manque de force physique ? _____
- Jusqu'à quel point est-ce que ceci interfère avec vos activités telles qu'aller à l'école / au travail ou d'autres tâches du quotidien ? Comment passez-vous journées ? _____

Avolition / Apathie Observées

NOTE : Voir aussi Comportements Désorganisés / Bizarres / Stigmatisant p.20

- Est-ce que le sujet présente des difficultés à maintenir ses engagements sociaux, éducatifs, ou occupationnels à leur niveau habituel ? _____
- Est-ce que le sujet semble prendre soin de lui / d'elle suffisamment (propreté / hygiène / soins personnels) _____

AVOLITION / APATHIE - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Aucun changement observé ou rapporté en ce qui concerne l'énergie.	Sujet incertain à propos de changements récents. Les changements peuvent être attribuables à des facteurs externes, mais ce n'est pas certain.	Se sent fatigué, tout est un effort. Peut ne pas débiter autant d'activités qu'auparavant. Encore capable de remplir les tâches quotidiennes. N'interfère pas avec le travail scolaire ou la présence au travail.	Impression d'une baisse de l'énergie ou de la volonté. Absentéisme au travail / école ou difficultés pour effectuer les tâches habituelles aussi bien que d'habitude. Pas tous les jours et non rapporté par les autres.	Réduction plus marquée de l'énergie ou de la motivation. Quelques interférences avec le fonctionnement normal, par ex. : les tâches prennent plus de temps à être exécutées, le sujet ne se donne pas la peine de faire certaines choses. Peut manquer l'école ou le travail quelques fois par semaine ou arrive en retard fréquemment. Peut ne plus être capable de s'occuper de son hygiène personnelle comme d'habitude.	Réduction quotidienne de l'énergie, de la volonté, de la force physique, ou de la motivation. Interfère avec le fonctionnement normal, par ex.: absent de l'école ou du travail la plupart des jours. Passe une partie importante de son temps couché. Net impact sur l'hygiène personnelle.	Incapacité extrême et continue, par ex.: incapable d'effectuer les tâches normales, confiné à la maison, aucune volonté ou envie. Absolument incapable de fréquenter l'école ou le travail du fait du manque de motivation. Impact marqué sur l'hygiène personnelle

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

4.3 ANHÉDONIE

NOTE : Se rapporter également à la Dépression, p.29.

- Êtes-vous capable d'apprécier les activités sociales / le travail / les études autant que d'habitude ? _____
- Avez-vous remarqué une diminution de votre intérêt pour ce que vous appréciez d'habitude ? _____
- Est-ce que cela a interféré avec votre capacité à accomplir vos activités, par ex. : aller à l'école / au travail / participer à des événements ? _____

ANHÉDONIE - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Aucun changement observé ou rapporté concernant l'affect, le discours, le niveau d'activité ou l'attention.	Quelques légères diminutions de l'intérêt pour des événements mais pouvant être attribuées à des causes externes (par ex. : n'aime pas une matière à l'école).	Quelques légères diminutions de l'intérêt ou du plaisir à participer à des activités. N'interfère pas avec la capacité à accomplir ces activités.	Réduction modérée de l'intérêt ou du plaisir à participer à des activités telles que l'école ou le travail. Pouvant affecter la performance à l'école ou au travail.	Quelques expériences régulières de plaisir ou d'humour mais diminuées en durée et en qualité. Pouvant avoir un impact sur la présence à l'école ou au travail. Les autres sont préoccupés par le retrait et l'isolement du sujet.	A rarement le sentiment d'amusement / d'intérêt procuré par les tâches. Capable d'apprécier certaines choses par moment mais seulement pendant un court moment. Rare fréquentation de l'école ou du travail. Très remarqué par les autres.	Absolument aucun plaisir ou intérêt pour des activités. Manque d'intérêt marqué. Isolé et replié sur lui-même

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

5 : CHANGEMENT COMPORTEMENTAL

Prendre en compte de la même façon le récit subjectif et l'information fournie par le proche

5.1 ISOLEMENT SOCIAL

- Êtes-vous récemment resté à la maison plus que d'habitude ? Est-ce par choix ? _____
Vous êtes-vous senti mal à l'aise avec les autres dernièrement ? _____
- Avez-vous récemment souhaité être seul plus que d'habitude ? Y avait-il une raison ? _____
- Est-ce que les autres l'ont remarqué ? _____
- Avez-vous manqué des événements sociaux importants, l'école ou le travail à cause de cela ? _____

Questions pour les proches :

- Êtes-ce que le sujet est resté à la maison, parfois seul dans sa chambre, plus souvent que par le passé ? Si c'est le cas, en connaissez vous la raison ? _____
- A-t-il manqué des événements sociaux / du travail / de l'école à cause de cela ? Est-ce qu'il semble actuellement vouloir passer son temps seul (plus que d'habitude) ? _____

ISOLEMENT SOCIAL - COTATION DE LA SÉVÈREté

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Aucun changement du niveau d'activité sociale.		Le sujet sent qu'il ne souhaite pas remplir toutes ses fonctions sociales. Voudrait être seul mais capable de se motiver.	S'isole par moments mais pas de façon marquée. Capable de remplir les principales fonctions impliquant des interactions avec les autres. Peut manquer quelques activités sociales	Intolérance à être avec d'autres pour de longues périodes de temps. Retrait social commenté par les autres. Peut manquer l'école ou le travail 2-3 jours par semaine parce qu'il veut être seul.	Manque la plupart des jours d'école ou de travail, en passant seul la majeure partie de la journée.	Isolé des autres pendant des périodes prolongées (c'est-à-dire des jours).

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

5.2 ALTÉRATION DU COMPORTEMENT

NOTE : Voir aussi Dépression, p.29.

- Avez-vous été capable récemment d'aller à l'école / au travail comme d'habitude ?
- Est-ce que votre performance scolaire ou professionnelle a décliné récemment ?
- Avez-vous eu moins d'intérêt pour votre travail ou l'école récemment ? Est-ce que d'autres personnes ont fait des commentaires à ce sujet ? Y a-t-il une raison pour cela ? (Poser la question de façon appropriée, par ex. la modifier pour les personnes en recherche d'emploi, etc.)

Questions pour les proches :

- Avez-vous remarqué un changement dans l'assiduité à l'école ou au travail récemment ?
- Est-ce que le sujet semble capable d'accomplir des tâches habituelles aussi bien qu'auparavant ?

ALTÉRATION DU COMPORTEMENT - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Aucun changement récent de comportement.		Le sujet rapporte une légère altération de sa performance aux activités habituelles. Non remarqué par les proches.	Tâches habituelles réalisées avec moins de soin qu'à l'habitude. Manque occasionnellement une journée de travail ou d'école. Noté comme léger par les proches	Passe environ la moitié du temps requis à la réalisation des tâches quotidiennes habituelles. Baisse de la qualité lors de la réalisation des tâches. Remarqué par les autres.	Altération marquée du fonctionnement. Passe environ la moitié de la journée à des activités sans but.	Le sujet n'assume plus aucune fonction.

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

5.3 COMPORTEMENTS DÉSORGANISÉS, BIZARRES, STIGMATISANT

NOTE : Voir aussi Avolition, p.16 ; TOC, p.33 ; Isolement Social, p.18.

- Y a-t-il récemment quelque chose dans votre style de vie que les autres pourraient qualifier d'inhabituel ou de bizarre ? (Tenter d'évaluer avec sensibilité des comportements particuliers tels qu'amasser, se parler, faire des mouvements bizarres, etc.) _____
- Avez-vous été capable de prendre soin de vous aussi bien qu'à l'habitude (se laver, manger, etc.) ? Est-ce que cela a été remarqué par d'autres ? _____

Questions pour les proches :

- Avez-vous remarqué que le sujet se comporte d'une manière bizarre récemment ? _____
- Avez-vous senti qu'il y a quelque chose d'étrange à propos de son comportement ? Est-ce que cela a été commenté par d'autres ? _____
- Avez-vous remarqué qu'il amassait des choses, se parlait, se mouvait d'une façon bizarre, etc. ? _____

COMPORTEMENTS DÉSORGANISÉS, BIZARRES, STIGMATISANT - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Aucun changement du comportement noté par le sujet, les proches ou pendant l'entretien.		Une certaine diminution des soins personnels ou un isolement social mais pas de façon marquée. Le sujet est capable de se motiver pour rectifier ce changement. Comportement légèrement étrange qui normalement n'attirerait pas l'attention des autres ou qui est réalisé en privé.	Peut nécessiter d'être poussé par les autres pour maintenir des engagements sociaux, ses occupations ou ses soins personnels. Capable d'être incité. Comportement bizarre occasionnel qui est repéré par les autres (par ex. : rigoler tout seul).	Comportement légèrement excentrique - facilement repéré par les autres, par ex. : se parler, amasser. Pas permanent.	Comportement clairement bizarre qui attire l'attention des autres. Occasionnant parfois des interventions de la part des autres.	Ne prend pas soin de lui / d'elle. Les comportements excentriques dominent le tableau clinique. Peut donner lieu à des interventions de la part des autres. Les comportements bizarres peuvent avoir un impact négatif sur la santé physique. Isolement social extrême.

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

5.4 COMPORTEMENT AGRESSIF / DANGEREUX

- Vous êtes-vous senti fâché ou irritable récemment ? Y a-t-il une raison à cela ? Vous êtes-vous senti plus irrité que d'habitude par des petites choses ? Avez-vous récemment été impliqué dans plus de disputes avec les autres que d'habitude ? Avez-vous récemment pris davantage de risques (par ex. : en conduisant) que d'habitude ? Est-ce que les autres vous font remarquer que votre comportement devient risqué ou dangereux ? Avez-vous eu l'envie de frapper des personnes ou des objets récemment (plus que d'habitude) ?
- Avez-vous été si en colère contre quelqu'un que vous avez eu envie de le blesser ou de détruire ses biens ? Avez-vous mis vos pensées en acte ?

Questions pour les proches :

- Est-ce que le sujet a agi de manière agressive ou dangereuse récemment ? Y a-t-il eu de récents épisodes d'explosion de colère ou de confrontation physique ? Est-ce la façon dont le sujet se comporte normalement ? Est-ce que les autres vous remarquent une augmentation de l'intensité de sa colère, ou de son irritabilité ? Récemment, vous êtes-vous senti en sécurité avec le sujet (par ex. : en conduisant ou à d'autres moments) ?

COMPORTEMENT AGRESSIF / DANGEREUX - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Aucun comportement agressif ou dangereux rapporté par le sujet ou par les autres.		Légère irritabilité mais non associée à une montée du comportement agressif. Peut être attribuée à des événements par le sujet.	Augmentation plus marquée de l'irritabilité / colère envers soi ou les autres. Peut être exprimé verbalement ou physiquement mais de manière contenue (par ex. : coup de poing dans l'oreiller, etc.). Peut être noté seulement par le sujet.	Augmentation marquée de l'irritabilité envers les autres exprimée par une augmentation de la propension aux confrontations verbales avec menaces d'agression physique. Noté par les autres et le sujet.	Comportement agressif entraînant des dommages aux biens ou causant des blessures aux autres. Le sujet rapporte un certain niveau de contrôle sur sa colère.	Dangerosité, colère associées à un très haut niveau de destruction, pouvant donner lieu à d'importants préjudices physiques ou matériels. Domine le tableau clinique. Peut attirer l'attention de la police etc.

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

6 : CHANGEMENT PHYSIQUES / MOTEURS

6.1 PLAINTES SUBJECTIVES D'ALTÉRATION DU FONCTIONNEMENT MOTEUR (SYMPTÔME DE BASE DE HUBER)

Mouvements Désorganisés :

- Avez-vous remarqué des changements dans la façon dont vous bougez, par ex. :
maladresse, manque de coordination, difficulté à organiser vos activités ou vos
mouvements, perte des mouvements spontanés ? _____
- Avez-vous remarqué si votre capacité à faire certains mouvements est perturbée par
autre chose ? _____
- Est-ce que cela vous demande plus d'effort ou d'énergie pour faire certains
mouvements ? _____

Maniérismes, Attitude :

- Avez-vous développé de nouveaux mouvements ou de nouvelles attitudes (par ex. :
des tics, une façon particulière de faire les choses, imiter les autres ou prendre
certaines poses) ? Pouvez-vous l'expliquer ? _____

CHANGEMENT MOTEUR SUBJECTIF - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Aucun mouvement anormal ou difficulté somatique rapportée par le sujet.		Légers changements seulement. Se sent plus maladroit, manque davantage de coordination que d'habitude, se sent légèrement ralenti. Grimace occasionnellement, allure légèrement inhabituelle.	Mêmes expériences que celles notées en 2 mais, le sujet a l'impression que le changement est plus perceptible. Rapporte pouvoir contrôler ces changements	Changements tels que perte de coordination. Mouvements perturbés par certaines choses. Allure différente, nouvelles attitudes, tics, maniérisme. Perte de certaines habiletés antérieures.	Mêmes expériences que celles notées en 4 mais plus angoissantes. Peut inclure des épisodes de mutisme, des attitudes bizarres, peut copier les mouvements des autres (échomimie).	Mouvements idiosyncrasiques ou clairement déformés, qui dominent le tableau clinique. Maniérisme flagrant, attitudes bizarres. Muet ou quasi muet avec seulement de très occasionnels mouvements spontanés

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

6.2 ALTÉRATION DU FONCTIONNEMENT MOTEUR OBSERVÉ OU RAPPORTÉ PAR LES PROCHES

Mouvements Désorganisés :

- Avez-vous remarqué des changements dans la façon dont le sujet bouge, par ex. : maladresse, manque de coordination, difficulté à organiser vos activités ou vos mouvements, perte des mouvements spontanés ?
- Avez-vous remarqué si sa capacité à faire certains mouvements est perturbée par autre chose ?
- Est-ce que cela lui demande plus d'effort ou d'énergie pour faire certains mouvements ?

Maniérismes, Attitude :

- A-t-il développé de nouveaux mouvements ou de nouvelles attitudes (par ex. : des tics, une façon particulière de faire les choses, imiter les autres ou prendre certaines poses) ? Peut-on l'expliquer ?

CHANGEMENT MOTEUR SUBJECTIF - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Aucun mouvement anormal ou difficulté somatique rapportée par les proches.		Les proches rapportent de légers changements tels que plus maladroit, manque davantage de coordination qu'à l'habitude ou allure légèrement inhabituelle.	Mêmes expériences que celles notées en 2 mais plus marquées. Le sujet semble avoir un certain contrôle.	Les proches rapportent que le sujet a des difficultés à faire des tâches habituelles, par ex. : conduire. Le sujet a aussi développé de nouveaux mouvements, par ex. : démarche, nouvelles attitudes, maniérismes. Une échomimie peut aussi être rapportée	Épisodes de mutisme et des attitudes bizarres sont rapportés. Non continu -. le sujet est capable de s'arrêter avec de l'aide et en faisant des efforts.	Mouvements idiosyncrasiques ou clairement déformés, qui dominent le tableau clinique. Maniérisme flagrant, attitudes bizarres. Muet ou quasi muet avec seulement de très occasionnels mouvements spontanés

6.3 PLAINTES SUBJECTIVES D'ALTÉRATION DES SENSATIONS CORPORELLES (SYMPTÔME DE BASE DE HUBER)

NOTE : Se rapporter également aux Anomalies de la Perception, p.4.

- Les sujets disent qu'il y a quelque chose qui ne va pas avec leurs sensations corporelles.
- Ceci inclut les sensations désagréables mais qualitativement normales, par ex. : sensations de traction, de douleur, de démangeaison ou de brûlure,
- d'engourdissement, ou des sensations qualitativement anormales, inhabituelles, ou bizarres pouvant être décrites comme des sensations de "bruissement" dans les yeux, des vibrations ou des sensations de reptation.
- Vous arrive t-il d'éprouver des sensations étranges dans votre corps (par ex. : sentir que des parties de votre corps ont changé d'une quelconque façon, ou qu'elles fonctionnent différemment) ?
- Est-ce que vous pensez/sentez qu'il y a un problème avec une partie de votre corps ou avec votre corps tout entier, c'est-à-dire qu'il vous paraît différent des autres, ou qu'il est différent d'une certaine façon ? A quel point cela vous apparaît-il réel ?

PLAINTES SUBJECTIVES D'ALTÉRATION DES SENSATIONS CORPORELLES - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Le sujet n'a remarqué aucun changement dans ses sensations corporelles.		Le sujet remarque occasionnellement de légères différences dans ses sensations corporelles. Non continuuel, capable de les ignorer.	Changements plus intenses dans les sensations corporelles rapportées. Moins capable de les ignorer.	Sensations corporelles bizarres occasionnelles. Le sujet est incertain de cette expérience.	Le sujet rapporte plus de sensations bizarres ou inhabituelles. Très perturbant.	Le sujet rapporte des sensations corporelles extrêmement bizarres et inhabituelles. Peut être angoissant

Date de début : **Date de fin :**

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

6.4 PLAINTES SUBJECTIVES D'ALTÉRATION DES SENSATIONS VEGETATIVES (SYMPTÔME DE BASE DE HUBER)

Les sujets peuvent se plaindre que quelque chose ne va pas avec un, ou plusieurs éléments de leur système végétatif tel que :

- Sensation que le cœur bat trop vite ou trop lentement, de respirer trop rapidement, ou trop profondément,
- Nausées,
- Sensibilité accrue aux conditions météo
- Devoir uriner plus souvent, constipation,
- Sommeil perturbé, etc.

PLAINTES SUBJECTIVES D'ALTÉRATION DES SENSATIONS VEGETATIVES - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Rien n'est rapporté.		Le sujet rapporte des changements occasionnels de son système végétatif, par ex. : des sensations fugaces de panique. Pas de réel impact sur ses activités.	Perception de changements plus persistants, par ex : sommeil perturbé pendant quelques nuits. Légère interférence avec ses activités habituelles.	De nombreux changements peuvent être expérimentés simultanément. Interférence modérée avec les activités habituelles	Les perturbations du système végétatif sont angoissantes. Entraîne plus de bouleversements des activités habituelles	Le sujet rapporte des perturbations intenses et permanentes du système végétatif Très angoissant.

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidien-ment pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

7 : PSYCHOPATHOLOGIE GÉNÉRALE

7.1 MANIE

NOTE : Se rapporter également au Comportement Agressif / Dangereux p.22.

- Décrieriez-vous votre humeur comme "élevée", ou "très élevée" récemment ? _____
- Vous êtes-vous senti(e) excessivement joyeux(se) et avec plus d'énergie que d'habitude ? Pendant combien de temps cette sensation a t-elle duré ? _____
- Avez-vous ressenti une perte de contrôle à ces moments ? _____
- Est-ce que cette sensation est survenue en réponse à la consommation d'une substance, ou après un événement, par ex. : fin des examens, nouveau / nouvelle petit(e) ami(e) etc. ? _____
- Avez-vous été capable de rester éveillé(e) plus longtemps que d'habitude en poursuivant vos activités ? _____
- Dormez-vous moins que d'habitude ? _____
- Avez-vous constaté que vous dépensez plus d'argent que d'habitude ou que vous vous comportez différemment que d'habitude (par ex. : plus grand désir sexuel, prise de risque, comportement téméraire, etc.) ? _____
- Avez-vous constaté, ou, est-ce que d'autres vous ont dit que vous parliez plus rapidement que d'habitude ? _____
- Les gens font-ils des commentaires sur votre humeur ou votre énergie, disant que vous semblez plus énergique que d'habitude ou excité ? _____
- Vous êtes-vous récemment senti(e) plus irritable que d'habitude ? Y a t-il une raison pour cela ? _____
- Vous êtes-vous senti(e) plus en forme récemment ? _____
- Avez-vous eu l'impression d'être génial(e) dans certains domaines ou d'avoir des pouvoirs spéciaux ou des compétences particulières ? _____

MANIE - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<p>Aucune élévation de l'humeur observée ou rapportée.</p> <p>Aucun changement dans l'opinion de soi-même ou dans l'énergie.</p>		<p>Joyeux sans trop de raison.</p> <p>Innombrables sentiments de bien-être qui persistent ou légère labilité de l'humeur</p> <p>Fait preuve d'une assurance importante (sans raison valable) mais encore dans des limites normales.</p> <p>OU</p> <p>Légère irritabilité</p>	<p>Rapporte d'excessifs sentiments de bien-être, ou de joie sans raison sous-jacente.</p> <p>Quelques fois inapproprié aux circonstances.</p> <p>Niveau d'excitation plus marqué.</p> <p>Sentiment d'importance de soi plus prononcé.</p> <p>Idées surestimées non délirantes</p> <p>OU</p> <p>Modérément irritable.</p>	<p>Sentiments d'optimisme, de joie ou d'élévation de l'humeur plus persistants.</p> <p>Humeur capable d'être changée seulement avec difficulté.</p> <p>Sujet conscient de la nature inappropriée de ses sentiments.</p> <p>Le comportement peut refléter l'élévation de l'humeur.</p> <p>Véritables idées de grandeur ou certitude en des pouvoirs spéciaux mais pas tout le temps.</p> <p>Irritabilité plus marquée flagrante ou rapportée par les autres.</p>	<p>Humeur élevée et inappropriée la plupart du temps.</p> <p>Quelques certitudes délirantes à propos de ses propres pouvoirs / habiletés.</p> <p>Très distractible / associations relâchées.</p> <p>Entretien difficile.</p>	<p>Le sujet rapporte se sentir exalté, euphorique, augmentation marquée de l'énergie, agitation.</p> <p>Le comportement peut être destructeur : dépenses, activités sexuelles excessives, etc.</p> <p>Croyances délirantes de grandeur, de pouvoir.</p> <p>Facilement distractible, entretien très difficile.</p> <p>Le sujet est manifestement irritable.</p>

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

7.2 DÉPRESSION

NOTE : Se rapporter également à Avolition, p.17, Anhédonie p.18, Comportement p.20, Suicide p.31.

- Comment décririez-vous votre humeur ces derniers jours ?

- Vous êtes-vous senti triste ou à plat ? Est-ce que vous vous sentez souvent ainsi ?

- Sur une échelle de 0 à 10, à combien serait votre humeur moyenne ? Votre humeur la plus basse ?

- Avez-vous été capable d'apprécier des activités ou de vous sentir bien avec vous-même ?

- Comment vous sentez-vous par rapport au futur (évaluer impuissance / désespoir) ?

- Est-ce que votre intérêt pour les activités / événements a été plus faible que d'habitude ?

- Avez-vous été capable de mener à bien des tâches que vous aviez entreprises (évaluer la motivation) ?

- Comment est votre sommeil récemment (évaluer le changement du cycle de sommeil, l'insomnie) ?

- Comment est votre appétit récemment? Avez-vous perdu du poids ?

- Est-ce que des événements ayant eu lieu récemment pourraient être responsables de ces sentiments (décès / problèmes relationnels / emploi / école) ?

DÉPRESSION - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
<p>Aucune humeur dépressive rapportée.</p> <p>Aucun signe physique de dépression.</p>		<p>Quelques sentiments de tristesse.</p> <p>Ne domine pas le tableau clinique.</p> <p>Capable de se distraire de ses pensées dépressives.</p> <p>Les thèmes dépressifs ne sont pas abordés spontanément.</p>	<p>Baisse de l'humeur plus apparente et plus soutenue.</p> <p>Plus difficile de changer d'humeur.</p> <p>La baisse de l'humeur peut avoir de l'impact sur le niveau de motivation, mais n'interfère pas avec le fonctionnement.</p> <p>Peut verser quelques larmes ou montrer de la tristesse lors de l'entretien.</p>	<p>Signes forts en faveur d'une baisse de l'humeur.</p> <p>Baisse de la capacité à réagir aux événements agréables.</p> <p>Accès de larmes plus réguliers.</p>	<p>Dépression sévère - incapable de changer d'humeur</p> <p>Aucune évidence d'une composante délirante.</p> <p>Idées de suicide mais pas de passage à l'acte.</p> <p>Changements biologiques compatibles avec une baisse de l'humeur (troubles du sommeil, de l'appétit).</p> <p>Très peu d'énergie.</p>	<p>Se sent abject, misérable.</p> <p>Composante délirante de l'humeur, par ex., nihiliste.</p> <p>Intentions suicidaires plus marquées et comportements associés</p>

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

7.3 INTENTION SUICIDAIRE ET AUTOMUTILATION

- Avez-vous eu récemment l'intention de vous faire du mal ou de vous tuer ? Combien de fois avez-vous eu ces pensées ? _____
- Avez-vous pensé à ce que vous feriez pour cela ? _____
- Êtes-vous déjà passé à l'acte ? Que s'est-il passé ? Avez-vous mis certaines de ces idées en acte ? _____
- Pensez-vous réellement que vous risquiez de mourir ? _____

INTENTION SUICIDAIRE - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Non présent.		Pensées occasionnelles d'être fatigué de vivre. Pensées occasionnelles d'automutilation. Aucune idée ou plan de suicide.	Sentiment que ce serait mieux d'être mort. Idées suicidaires avec plan vague. Capable d'être distrait de ses pensées avec un certain effort. OU Actes mineurs d'automutilations (légères égratignures, etc.)	Idées suicidaires plus fréquentes avec plan associé. Peut envisager une tentative avec un plan défini. OU Tentatives impulsives utilisant une méthode non - létale ou en sachant pouvoir être sauvé.	Expression claire d'une volonté de mourir (de se tuer). OU Tentative potentiellement sérieuse ou mortelle mais il existait une possibilité d'être sauvé.	Plan et tentative spécifiquement définis. OU Tentative sérieuse qui aurait pu être fatale.

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

7.4 SAUTES D'HUMEUR / LABILITÉ DE L'HUMEUR

- Avez-vous eu des sautes d'humeur récemment ? _____
- Avez-vous senti que votre humeur variait de haut en bas sans raison apparente ? _____
- Vous sentez-vous joyeux un moment puis triste (ou irritable) la minute suivante, sans pouvoir l'expliquer ? _____
- A quelle fréquence cela se produit-il ? _____
- Est-ce que cela survient en réponse à une prise de drogue ou à certains événements ? Est-ce que les autres ont fait des commentaires à ce sujet ? _____
- Combien de fois est-ce arrivé ? _____

SAUTES D'HUMEUR - COTATION DE LA SÉVÈREté

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Pas de sautes d'humeur rapportées ou constatées.		Le sujet rapporte ressentir des changements d'humeur plus facilement que d'habitude. Changements plus marqués en réponse à des événements externes. Non remarqué / rapporté par les autres.	Le sujet rapporte des changements d'humeur plus extrêmes. Sentiment que l'humeur est quelquefois hors contrôle.	Expériences de sautes d'humeur plus envahissantes. Notées par les autres. Pénibles. Interfèrent avec les activités normales.	Sautes d'humeur expérimentées presque tous les jours. Interférence significative avec les activités normales.	Le sujet rapporte que l'humeur change constamment et est complètement hors contrôle. Incapable de maintenir un niveau d'activité normal.

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

7.6 TOC

- Avez-vous eu des pensées intrusives ou angoissantes qui tournent dans votre tête ou qui reviennent sans cesse dans votre esprit et que vous ne pouvez pas arrêter ? _____
- Avez-vous certains comportements répétitifs que vous vous sentez obligé de faire ? _____
- Est-ce qu'il y a des choses que vous faites pour éviter aux "mauvaises choses" d'arriver (rituels, superstitions, etc.) ? _____
- Est-ce que vous devez faire les choses d'une certaine façon, sinon vous vous sentez extrêmement anxieux ? _____
- Est-ce que vous vérifiez des choses de façon répétitive, comme fermer la lumière, vérifier les appareils électriques ou à gaz, vérifier que la porte soit bien fermée, etc. ? _____

TOC - COTATION DE LA SÉVÈREté

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Aucune pensée obsessionnelle ou rumination. Aucun comportement compulsif.		Quelques ruminations ou compulsions rapportées mais n'interférant pas avec les activités normales. Peu de temps passé Capable d'en être distrait.	Quelques comportements compulsifs en réponse aux pensées obsessionnelles mais le sujet est capable de les contrôler. OU Les compulsions ne gênent pas les autres activités.	Pensées obsessionnelles qui déconcentrent le sujet. Interfèrent avec la capacité à accomplir le travail / les études OU Les compulsions ne sont pas restreintes à la maison ou à l'environnement privé.	Pensées ou compulsions obsessionnelles très pénibles. OU Compulsions presque constamment remarquées par les autres.	Pensées obsessionnelles de nature quasi-délirante. OU Compulsions qui interfèrent avec les autres activités ou menacent la santé physique (c'est -à-dire amasser des ordures, nettoyage excessif du corps).

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

7.8 DIMINUTION DE LA TOLÉRANCE AU STRESS HABITUEL (SYMPTÔME DE BASE DE HUBER)

- Avez-vous remarqué un changement dans la façon dont vous gérez le stress quotidien ? _____
- Vous êtes-vous senti moins capable de gérer ou de moins bien tolérer le stress quotidien qu'auparavant ? _____
- Lorsque vous êtes soumis aux stress du quotidien, êtes-vous devenu plus irritable, inquiet, tendu, nerveux ou anxieux ? _____
- Avez-vous trouvé que des stress ordinaires augmentent les autres difficultés que vous ressentez ? _____

DIMINUTION DE LA TOLÉRANCE AU STRESS - COTATION DE LA SÉVÉRITÉ

0 Jamais, Absent	1 Douteux	2 Léger	3 Moyen	4 Modérément sévère	5 Sévère	6 Extrême
Aucune baisse subjective de la tolérance au stress normal.		Rares ou légers sentiments de ne pas gérer aussi bien qu'auparavant.	Se sent légèrement stressé face aux situations qui seraient normalement gérées facilement. Légère anxiété face au stress quotidien mais encore capable de le gérer.	Sentiments plus marqués de grande anxiété ou de tension face au stress quotidien mais capable d'assumer les tâches quotidiennes. Se sent incapable de gérer des situations plus stressantes. Peut se sentir anxieux sans raison mais peu fréquemment.	Sentiments de grande anxiété ou de tension face au stress quotidien. Quelquefois anxieux sans aucune raison.	Extrême incapacité, même pour des événements banaux ou des préoccupations mineures aboutissant au sentiment d'être dépassé et paniqué. Très anxieux tout le temps, même sans raison apparente. Incapable de s'adapter à des situations nouvelles.

Date de début : Date de fin :

Fréquence et Durée

0	1	2	3	4	5	6
Absent	Moins d'une fois par mois	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	Une fois par mois jusqu'à 2 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU 3 à 6 fois par semaine pendant moins d'une heure à chaque occasion	3 à 6 fois par semaine pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Quotidiennement - pendant moins d'une heure à chaque occasion	Quotidiennement pendant plus d'une heure à chaque occasion OU Plusieurs fois par jour	Continuellement

Profil des symptômes

0	1	2
Sans relation avec une consommation de substance	En relation avec une consommation de substance et aussi à d'autres moments	Observés uniquement lors d'une consommation de substance

8 : CRITÈRES D'INCLUSION

CHECKLIST DES CRITÈRES D'INCLUSION

GROUPE 1 : GROUPE DE VULNÉRABILITÉ

Ce critère identifie des jeunes sujets à risque de psychose à cause de l'association d'un facteur de risque "trait" et d'une détérioration significative de l'état mental ou du fonctionnement.

	OUI	NON
<ul style="list-style-type: none"> Histoire familiale de psychose chez des parents du premier degré OU Personnalité Schizotypique du sujet 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS		
<ul style="list-style-type: none"> Chute de plus de 30 % du score de la SOFAS par rapport au niveau pré morbide, avérée pendant un mois qui s'est produite durant les 12 derniers mois OU un score de la SOFAS inférieur ou égal à 50 pendant au moins les 12 derniers mois 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRITÈRE POUR LE GROUPE 1 - Groupe de Vulnérabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GROUPE 2 : GROUPE PSYCHOSE ATTÉNUÉE

Ce critère identifie des jeunes sujets à risque de psychose à cause d'un syndrome psychotique infraliminaire. C'est à dire qu'ils présentent des symptômes qui n'atteignent pas le seuil fixé pour la psychose à cause d'une intensité inférieure au seuil (les symptômes ne sont pas assez sévères) ou ils présentent des symptômes psychotiques mais avec une fréquence inférieure au seuil (les symptômes ne se manifestent pas assez souvent).

	OUI	NON
2a) Intensité infraliminaire		
<ul style="list-style-type: none"> Score de la sévérité de 3-5 pour les TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE, 3-5 pour les IDÉES NON-BIZARRES, 3-4 pour les ANOMALIES DE LA PERCEPTION ou 4-5 pour le DISCOURS DÉSORGANISÉ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS		
<ul style="list-style-type: none"> Score de la fréquence de 3-6 pour les TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE, les IDÉES NON-BIZARRES, les ANOMALIES DE LA PERCEPTION ou le DISCOURS DÉSORGANISÉ pendant au moins 1 semaine OU Score de la fréquence de 2 pour les TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE, les IDÉES NON-BIZARRES, les ANOMALIES DE LA PERCEPTION ou le DISCOURS DÉSORGANISÉ pendant plus de 2 occasions (éprouvées au moins 4 fois en tout). 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b) Fréquence infraliminaire		
<ul style="list-style-type: none"> Score de la sévérité de 6 pour les TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE, 6 pour les IDÉES NON-BIZARRES, 5-6 pour les ANOMALIES DE LA PERCEPTION ou 6 pour le DISCOURS DÉSORGANISÉ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS		
<ul style="list-style-type: none"> Score de la fréquence de 3 pour les TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE, les IDÉES NON-BIZARRES, les ANOMALIES DE LA PERCEPTION ou le DISCOURS DÉSORGANISÉ 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS (pour les 2 catégories)		
<ul style="list-style-type: none"> Symptômes présents pendant l'année précédente 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS (pour les 2 catégories)		
<ul style="list-style-type: none"> Chute de plus de 30 % du score de la SOFAS par rapport au niveau pré morbide, avérée pendant un mois qui s'est produite durant les 12 derniers mois OU un score de la SOFAS inférieur ou égal à 50 pendant au moins les 12 derniers mois 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRITÈRE POUR LE GROUPE 2 - Groupe de Psychose Atténuée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GROUPE 3 : GROUPE BLIPS

(Brief, Limited or Intermittent Psychotic Symptoms / Symptômes Psychotiques Brefs, Limités ou Intermittents)

Ce critère identifie des jeunes sujets à risque de psychose à cause d'une histoire récente de symptômes psychotiques francs qui ont disparu spontanément (sans médicaments antipsychotiques) en moins d'une semaine.

	OUI	NON
<ul style="list-style-type: none">Score de la sévérité de 6 pour les TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE, 6 pour les IDÉES NON-BIZARRES, 5-6 pour les ANOMALIES DE LA PERCEPTION ou 6 pour le DISCOURS DÉSORGANISÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS		
<ul style="list-style-type: none">Score de la fréquence de 4-6 pour les TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE, les IDÉES NON-BIZARRES, les ANOMALIES DE LA PERCEPTION ou le DISCOURS DÉSORGANISÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS		
<ul style="list-style-type: none">Chaque épisode symptomatique est présent pendant moins d'une semaine et les symptômes disparaissent spontanément à chaque fois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS		
<ul style="list-style-type: none">Symptômes présents pendant l'année précédente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS		
<ul style="list-style-type: none">Chute de plus de 30 % du score de la SOFAS par rapport au niveau prémorbide, avérée pendant un mois qui s'est produite durant les 12 derniers mois OU un score de la SOFAS inférieur ou égal à 50 pendant au moins les 12 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRITÈRE POUR LE GROUPE 3 - Groupe BLIPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 : SEUIL DE PSYCHOSE / SEUIL DE TRAITEMENT ANTIPSYCHOTIQUE

	OUI	NON
<ul style="list-style-type: none">Score de la sévérité de 6 pour les TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE, 6 pour les IDÉES NON-BIZARRES, 5-6 pour les ANOMALIES DE LA PERCEPTION ou 6 pour le DISCOURS DÉSORGANISÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS		
<ul style="list-style-type: none">Score de la fréquence de 4-6 pour les TROUBLES DU CONTENU DE LA PENSÉE, les IDÉES NON-BIZARRES, les ANOMALIES DE LA PERCEPTION ou le DISCOURS DÉSORGANISÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PLUS		
<ul style="list-style-type: none">Les symptômes sont présents pendant plus d'une semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CRITÈRE POUR LE SEUIL DE PSYCHOSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 : SEUIL DE RETRAIT DE L'ÉTUDE (LEVÉE DE L'AVEUGLE)

	OUI	NON
<ul style="list-style-type: none">Score de la sévérité de 5 ou plus pour les COMPORTEMENT AGRESSIF / DANGEREUX ou INTENTION SUICIDAIRE ET AUTOMUTILATION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none">NOTE : Ceci doit être considéré indépendamment du degré de psychose		
CRITÈRE DE RETRAIT DE L'ÉTUDE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe 2 : Echelle du fonctionnement social et professionnel (SOFAS)

ECHELLE D'ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT SOCIAL ET PROFESSIONNEL (SOFAS)

Évaluer le fonctionnement social et professionnel sur un continuum allant d'un fonctionnement excellent à un fonctionnement altéré de façon massive. Inclure les altérations du fonctionnement dues à des causes physiques au même titre que celles dues à des causes psychiques. Pour être prise en compte, l'altération doit être la cause directe de problèmes de santé mentale et physique. Ne pas tenir compte des conséquences d'un manque d'occasions ou d'autres facteurs limitants d'ordre environnemental.

NOTE (NB : Utiliser des notes intermédiaires lorsque cela est justifié, par exemple 45, 68, 72)

100	Niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités
91	
90	Fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, professionnellement et socialement efficace
81	
80	Légère altération du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p.ex., conflit interpersonnel occasionnel, retard temporaire dans le travail scolaire).
71	
70	Quelques difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.
61	
60	Difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p.ex., peu d'amis, conflits avec les camarades de classe ou les collègues de travail).
51	
50	Altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p.ex., absence d'amis, incapacité à garder un emploi).
41	
40	Altération majeure du fonctionnement dans plusieurs domaines comme le travail, l'école ou les relations familiales (p.ex., un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille, et est incapable de travailler ; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provoquant à la maison et échoue à l'école).
31	
30	Incapacité à fonctionner dans presque tous les domaines (p.ex., reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis).
21	
20	Incapacité intermittente à maintenir une hygiène corporelle minimum. Incapable de fonctionner de façon autonome.
11	
10	Incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimum. Incapable de fonctionner sans se faire du mal ou faire du mal à autrui ou en l'absence d'une assistance par des tiers importante (p.ex., nursing et surveillance).
1	
0	Information inadéquate

Score ACTUEL: |_|_|_|

Annexe 3 : Questionnaire d'alliance thérapeutique : le 4 Point ordinal Alliance Scale

Actuellement	Oui c'est bien vrai	C'est plutôt vrai	C'est plutôt faux	Non c'est tout à fait faux
Je crois que mon médecin m'aide				
Je suis à l'aise dans la relation avec mon médecin				
Je comprends mieux les symptômes de ma maladie				
Je me sens mieux depuis que ce médecin me soigne				
Je sens que je peux compter sur mon médecin				
Je sens que je comprends bien mon médecin				
Je sens que mon médecin me comprend bien				
Je trouve que mon médecin explique clairement les choses				
Je sens que mon médecin désire que j'arrive à m'en sortir				
Je sens que nous travaillons ensemble, mon médecin et moi : nous faisons équipe				
Je crois que nous comprenons mes difficultés de la même manière				

Echelle visuelle analogique :

Faites un trait à l'endroit où vous situez le niveau de l'alliance thérapeutique que vous formez avec votre médecin.

Pas du tout d'alliance

Alliance totale



Annexe 4 : Questionnaire d'évaluation du vécu de la passation de l'échelle CAARMS

1. Pendant la passation de l'échelle, vous avez probablement ressenti plusieurs sentiments, positifs ou négatifs. Pourriez-vous décrire avec vos propres mots vos sentiments au moment de la passation de l'échelle ?

S'il vous est difficile de décrire vos sentiments avec vos propres mots, voici une liste de termes décrivant des sentiments. Parmi ceux-ci, cochez ceux qui pourraient décrire les sentiments que vous avez ressentis pendant la passation de l'échelle (y compris de manière passagère ou de façon peu intense).

- | | | | | |
|---|---------------------------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> de mauvaise humeur | <input type="checkbox"/> à l'aise | <input type="checkbox"/> traumatisé | <input type="checkbox"/> surpris | <input type="checkbox"/> amusé |
| <input type="checkbox"/> rabaissé | <input type="checkbox"/> angoissé | <input type="checkbox"/> tranquille | <input type="checkbox"/> harcelé | <input type="checkbox"/> mal à l'aise |
| <input type="checkbox"/> de bonne humeur | <input type="checkbox"/> choqué | <input type="checkbox"/> calme | <input type="checkbox"/> indifférent | <input type="checkbox"/> concentré |
| <input type="checkbox"/> triste | <input type="checkbox"/> content | <input type="checkbox"/> manipulé | <input type="checkbox"/> méfiant | <input type="checkbox"/> curieux |
| <input type="checkbox"/> déçu | <input type="checkbox"/> détendu | <input type="checkbox"/> dégoûté | <input type="checkbox"/> ému | <input type="checkbox"/> démotivé |
| <input type="checkbox"/> encouragé | <input type="checkbox"/> déprimé | <input type="checkbox"/> plein d'énergie | <input type="checkbox"/> déstabilisé | <input type="checkbox"/> touché |
| <input type="checkbox"/> écoeuré | <input type="checkbox"/> rassuré | <input type="checkbox"/> insatisfait | <input type="checkbox"/> optimiste | <input type="checkbox"/> dévalorisé |
| <input type="checkbox"/> embrouillé | <input type="checkbox"/> impressionné | <input type="checkbox"/> honteux | <input type="checkbox"/> excité | <input type="checkbox"/> inquiet |
| <input type="checkbox"/> soulagé | <input type="checkbox"/> impatient | <input type="checkbox"/> intéressé | <input type="checkbox"/> jugé | <input type="checkbox"/> gêné |
| <input type="checkbox"/> satisfait | <input type="checkbox"/> paniqué | <input type="checkbox"/> joyeux | <input type="checkbox"/> vexé | <input type="checkbox"/> libre |
| <input type="checkbox"/> perdu | <input type="checkbox"/> malheureux | <input type="checkbox"/> exubérant | <input type="checkbox"/> énervé | <input type="checkbox"/> fier |

2. De manière globale, vous avez vécu la passation de l'échelle de façon :

- Positive ou plutôt positive
- Négative ou plutôt négative
- Ni positive, ni négative (indifférent)

3. De manière globale, la durée de l'évaluation vous a semblé :

- Trop longue
- Trop courte
- Satisfaisante

4. Durant la passation de l'échelle :

- Aucune question ne vous a gêné
- Une ou plusieurs questions vous ont gêné
- Toutes les questions vous ont gêné

Si aucune question ne vous a gêné, merci de passer directement à la question 6.

5. Durant la passation de l'échelle, certaines questions vous ont gêné car :

- Elles vous ont inquiété/angoissé
- Elles vous semblaient inadaptées à votre situation
- Elles vous paraissaient intrusives (trop intimes)
- Elles étaient difficiles à comprendre
- Il était difficile d'y répondre
- Autres (merci de préciser) : _____

6. Le fait que la passation de l'échelle soit réalisée par quelqu'un qui n'intervienne pas dans votre prise en charge :

- Vous a convenu ou plutôt convenu
- Vous a dérangé ou plutôt dérangé
- Ne vous a ni convenu ni dérangé (ça vous a été indifférent)

7. Vous auriez préféré faire cette évaluation avec votre soignant référent (médecin, infirmier ou psychologue) :

- C'est vrai ou plutôt vrai
- C'est faux ou plutôt faux
- Ca vous est indifférent

8. Vous avez compris pourquoi cette échelle vous a été proposée :

- Oui
- Non
- Partiellement

9. Vous vous êtes senti écouté :

- Oui c'est vrai
- Non c'est faux
- Partiellement

10. Vous vous êtes senti compris :

- Oui c'est vrai
- Non c'est faux
- Partiellement

11. Vous avez pu vous exprimer sur vos symptômes :

- Oui c'est vrai
- Non c'est faux
- Partiellement

12. La passation de l'échelle a été une aide pour vous exprimer plus précisément qu'au cours d'un entretien ouvert :

- Oui c'est vrai
- Non je ne me suis pas exprimé plus précisément qu'en entretien ouvert
- Non je me suis exprimé moins précisément qu'en entretien ouvert

13. Avec une telle échelle :

- Il a été plus facile de vous exprimer sur vos symptômes qu'avec un entretien habituel
- Il a été plus difficile de vous exprimer sur vos symptômes qu'avec un entretien habituel
- Il n'a pas été ni plus facile ni plus difficile de vous exprimer sur vos symptômes qu'avec un entretien habituel

14. Concernant le temps dont vous avez disposé pour vous exprimer :

- Vous avez disposé de suffisamment de temps pour vous exprimer tout au long ou pour la majorité de la passation de l'échelle
- Vous avez manqué de temps pour vous exprimer tout au long ou pour la majorité de la passation de l'échelle

15. La passation de l'échelle a été l'occasion d'aborder des thèmes sur lesquels vous ne vous étiez pas encore exprimé :

- Oui c'est vrai ou plutôt vrai
- Non c'est faux ou plutôt faux

16. Par rapport à avant la passation de l'échelle, parler de vos difficultés avec votre médecin, psychologue ou infirmier référent vous paraît :

- Plus facile qu'avant la passation de l'échelle
- Plus difficile qu'avant la passation de l'échelle
- Ni plus facile ni plus difficile qu'avant la passation de l'échelle

17. La passation de l'échelle vous a aidé à mieux identifier vos difficultés :

- Oui c'est vrai ou plutôt vrai
- Non c'est faux ou plutôt faux
- Ca m'est indifférent

18. Globalement, avez-vous été satisfait par la passation de cette échelle ?

- Oui, totalement satisfait
- Plutôt satisfait
- Plutôt insatisfait
- Non, totalement insatisfait

Annexe 5 : Questionnaire de recueil de l'opinion des soignants sur l'échelle d'évaluation CAARMS

La réponse aux questions marquées d'une * est obligatoire

Partie 1 : avis des soignants sur l'utilisation de la CAARMS au sein du dispositif 15-25

- **Utilité perçue de la CAARMS et faisabilité de passations régulières**

Q1 : A votre avis, en considérant des conditions de travail théoriques optimales (temps, personnel, organisation...), quelle serait l'utilité de la CAARMS au sein du dispositif 15-25 ? * *(Une seule réponse possible)*

	1	2	3	4	5	
totalemment inutile	<input type="radio"/>	indispensable				

Q2 : En pratique, dans votre contexte de travail actuel, quelle est à votre avis l'utilité de la CAARMS au sein du dispositif 15-25 ? * *(Une seule réponse possible)*

	1	2	3	4	5	
totalemment inutile	<input type="radio"/>	indispensable				

Q3 : Selon vous, à l'heure actuelle, quel est le degré de faisabilité de passations régulières de CAARMS au sein du dispositif 15-25 ? * *(Une seule réponse possible)*

	1	2	3	4	5	
totalemment inutile	<input type="radio"/>	indispensable				

- **Obstacles et avantages à des passations régulières de la CAARMS**

Q4 : A votre avis, quels sont les obstacles principaux à des évaluations régulières par la CAARMS au sein du dispositif 15- 25 ?

➤ **Manque de disponibilité des soignants** * (*Une seule réponse possible*)

- 1 : pas du tout d'accord
- 2 : pas d'accord
- 3 : ni en désaccord ni en accord
- 4 : d'accord
- 5 : tout à fait d'accord

➤ **Temps à consacrer à la passation trop long** * (*Une seule réponse possible*)

- 1 : pas du tout d'accord
- 2 : pas d'accord
- 3 : ni en désaccord ni en accord
- 4 : d'accord
- 5 : tout à fait d'accord

➤ **Faible nombre de soignants formés pour la passation** * (*Une seule réponse possible*)

- 1 : pas du tout d'accord
- 2 : pas d'accord
- 3 : ni en désaccord ni en accord
- 4 : d'accord
- 5 : tout à fait d'accord

➤ **Eloignement par rapport à mes référentiels de travail : manque d'intérêt à utiliser une échelle standardisée** * (*Une seule réponse possible*)

- 1 : pas du tout d'accord
- 2 : pas d'accord
- 3 : ni en désaccord ni en accord
- 4 : d'accord
- 5 : tout à fait d'accord

➤ **Conception de l'échelle en entretien semi-structuré *** (*Une seule réponse possible*)

- 1 : pas du tout d'accord
- 2 : pas d'accord
- 3 : ni en désaccord ni en accord
- 4 : d'accord
- 5 : tout à fait d'accord

➤ **Manque d'apport de la CAARMS par rapport à une évaluation clinique classique***
(*Une seule réponse possible*)

- 1 : pas du tout d'accord
- 2 : pas d'accord
- 3 : ni en désaccord ni en accord
- 4 : d'accord
- 5 : tout à fait d'accord

➤ **Risque d'un vécu négatif du patient *** (*Une seule réponse possible*)

- 1 : pas du tout d'accord
- 2 : pas d'accord
- 3 : ni en désaccord ni en accord
- 4 : d'accord
- 5 : tout à fait d'accord

➤ **Risque de baisse de l'alliance thérapeutique *** (*Une seule réponse possible*)

- 1 : pas du tout d'accord
- 2 : pas d'accord
- 3 : ni en désaccord ni en accord
- 4 : d'accord
- 5 : tout à fait d'accord

Pensez-vous à d'autres obstacles à des évaluations régulières par la CAARMS au sein du dispositif 15-25 ?

Q5 : Parmi les éléments suivants lesquels considérez-vous comme des avantages liés à l'évaluation par la CAARMS ?

- **Aide pour le clinicien par une évaluation clinique objective** * (*Une seule réponse possible*)

- 1 : pas du tout d'accord
 2 : pas d'accord
 3 : ni en désaccord ni en accord
 4 : d'accord
 5 : tout à fait d'accord

- **Aide pour le patient qui précise mieux ses difficultés** * (*Une seule réponse possible*)

- 1 : pas du tout d'accord
 2 : pas d'accord
 3 : ni en désaccord ni en accord
 4 : d'accord
 5 : tout à fait d'accord

- **Exhaustivité de l'exploration de la symptomatologie psychotique** * (*Une seule réponse possible*)

- 1 : pas du tout d'accord
 2 : pas d'accord
 3 : ni en désaccord ni en accord
 4 : d'accord
 5 : tout à fait d'accord

- **Détermination du niveau de risque d'une transition psychotique** * (*Une seule réponse possible*)

- 1 : pas du tout d'accord
 2 : pas d'accord
 3 : ni en désaccord ni en accord
 4 : d'accord
 5 : tout à fait d'accord

- **Faire une première évaluation objective qui sera répétée dans le temps pour suivre l'évolution** * (*Une seule réponse possible*)

- 1 : pas du tout d'accord
 2 : pas d'accord
 3 : ni en désaccord ni en accord
 4 : d'accord
 5 : tout à fait d'accord

- **Amélioration de l'alliance thérapeutique** * (*Une seule réponse possible*)

- 1 : pas du tout d'accord
 2 : pas d'accord
 3 : ni en désaccord ni en accord
 4 : d'accord
 5 : tout à fait d'accord

- **Occasion de discuter avec le patient de ses symptômes** * (*Une seule réponse possible*)

- 1 : pas du tout d'accord
 2 : pas d'accord
 3 : ni en désaccord ni en accord
 4 : d'accord
 5 : tout à fait d'accord

- **Aide à la détermination du type de prise en charge du patient** * (*Une seule réponse possible*)

- 1 : pas du tout d'accord
 2 : pas d'accord
 3 : ni en désaccord ni en accord
 4 : d'accord
 5 : tout à fait d'accord

Pensez-vous à d'autres avantages à des évaluations par la CAARMS ?

- **Indications et objectifs à des passations de CAARMS régulières**

Q6 : A votre avis, au sein du dispositif 15-25, pour quels patients l'évaluation par la CAARMS pourrait-elle être pertinente ?

- **Aux patients présentant une symptomatologie laissant suspecter des critères UHR (Ultra Haut Risque de transition psychotique) * (Une seule réponse possible)**

- 1 : pas du tout d'accord
- 2 : pas d'accord
- 3 : ni en désaccord ni en accord
- 4 : d'accord
- 5 : tout à fait d'accord

- **Aux patients diagnostiqués comme ayant franchi le seuil de la psychose (sur des critères d'observation cliniques) * (Une seule réponse possible)**

- 1 : pas du tout d'accord
- 2 : pas d'accord
- 3 : ni en désaccord ni en accord
- 4 : d'accord
- 5 : tout à fait d'accord

- **A tous les patients pour lesquels le dispositif a été sollicité * (Une seule réponse possible)**

- 1 : pas du tout d'accord
- 2 : pas d'accord
- 3 : ni en désaccord ni en accord
- 4 : d'accord
- 5 : tout à fait d'accord

- **Pour aucun patient * (Une seule réponse possible).**

- 1 : pas du tout d'accord
- 2 : pas d'accord
- 3 : ni en désaccord ni en accord
- 4 : d'accord
- 5 : tout à fait d'accord

Q7 : Quels pourraient être à votre avis les objectifs pertinents à des évaluations par la CAARMS ?

- **Evaluer la psychopathologie possiblement annonciatrice d'un premier épisode psychotique.** * *(Une seule réponse possible)*

- 1 : pas du tout d'accord
 2 : pas d'accord
 3 : ni en désaccord ni en accord
 4 : d'accord
 5 : tout à fait d'accord

- **Déterminer si un individu remplit les critères d'état mental à risque d'apparition d'un premier épisode (critères UHR).** * *(Une seule réponse possible)*

- 1 : pas du tout d'accord
 2 : pas d'accord
 3 : ni en désaccord ni en accord
 4 : d'accord
 5 : tout à fait d'accord

- **Exclure ou confirmer les critères d'une psychose aiguë** * *(Une seule réponse possible)*

- 1 : pas du tout d'accord
 2 : pas d'accord
 3 : ni en désaccord ni en accord
 4 : d'accord
 5 : tout à fait d'accord

- **Explorer l'évolution au cours du temps** * *(Une seule réponse possible)*

- 1 : pas du tout d'accord
 2 : pas d'accord
 3 : ni en désaccord ni en accord
 4 : d'accord
 5 : tout à fait d'accord

Autres objectifs proposés

Partie 2 : avis des soignants sur le vécu des patients lors de la passation de la CAARMS

Q8 : De manière générale chez les patients du dispositif 15-25 à qui une évaluation par la CAARMS est proposée, quelle idée vous faites-vous de l'impact de cette dernière sur les éléments suivants ?

➤ **Alliance thérapeutique *** (*Une seule réponse possible*)

	1	2	3	4	5	
très négatif	<input type="radio"/>	très positif				

➤ **Emotions ressenties par les patients *** (*Une seule réponse possible*)

	1	2	3	4	5	
très négatif	<input type="radio"/>	très positif				

➤ **Vécu global de la passation *** (*Une seule réponse possible*)

	1	2	3	4	5	
très négatif	<input type="radio"/>	très positif				

➤ **Vécu de la durée de passation *** (*Une seule réponse possible*)

	1	2	3	4	5	
très négatif	<input type="radio"/>	très positif				

➤ **Sentiment d'être écouté** * (Une seule réponse possible)

	1	2	3	4	5	
très négatif	<input type="radio"/>	très positif				

➤ **Sentiment d'être compris** * (Une seule réponse possible)

	1	2	3	4	5	
très négatif	<input type="radio"/>	très positif				

➤ **Sentiment de pouvoir s'exprimer plus facilement sur ses symptômes** * (Une seule réponse possible)

	1	2	3	4	5	
très négatif	<input type="radio"/>	très positif				

➤ **Sentiment de pouvoir s'exprimer plus précisément** * (Une seule réponse possible)

	1	2	3	4	5	
très négatif	<input type="radio"/>	très positif				

➤ **Sentiment de pouvoir aborder des thèmes non encore abordés** * (Une seule réponse possible)

	1	2	3	4	5	
très négatif	<input type="radio"/>	très positif				

➤ **Sentiment de bien identifier ses difficultés** * (Une seule réponse possible)

	1	2	3	4	5	
très négatif	<input type="radio"/>	très positif				

➤ **A votre avis, les patients pourraient-ils ressentir un sentiment de gêne face à certaines questions ? *** (*Une seule réponse possible*)

oui

non

Si oui, quelles pourraient en être les raisons ? (*Plusieurs réponses possibles*)

certaines questions pourraient provoquer un sentiment d'angoisse

certaines questions pourraient leur paraître inadaptées à leur situation

certaines questions pourraient être vécues comme intrusives

certaines questions pourraient être difficiles à comprendre

il pourrait être difficile de répondre à certaines questions

le type en lui-même de l'évaluation par entretien semi-structuré pourrait les gêner

Autre : _____

Pensez-vous à d'autres points négatifs que pourraient ressentir les patients ?

Pensez-vous à d'autres points positifs que pourraient ressentir les patients ?

Notice d'information

Dans le but d'améliorer l'évaluation et la prise en charge des jeunes patients âgés de 15 à 25 ans, nous réalisons une étude sur le ressenti des patients à la passation de l'échelle d'évaluation CAARMS.

Pour cette raison, nous vous soumettons deux questionnaires :

- l'un vous propose d'évaluer la qualité de l'alliance thérapeutique formée avec votre médecin ; il vous sera soumis juste avant la passation de la CAARMS puis dans les sept jours de celle-ci ;
- l'autre vous propose d'évaluer votre ressenti de cette passation ; il vous sera soumis dans les 7 jours de la passation de la CAARMS.

Nous réalisons cette étude indépendamment du suivi avec votre psychiatre. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment.

Les données issues de ces questionnaires resteront anonymes.

Signature du patient

Annexe 7 : Non opposition pour la participation au protocole de recherche

Nom :

Prénom :

Date :

Non opposition pour la participation au protocole de recherche

Dans le but d'améliorer l'évaluation et la prise en charge des jeunes patients âgés de 15 à 25 ans, nous réalisons une étude sur l'impact de la passation de l'échelle d'évaluation CAARMS sur les patients.

Pour cette raison, nous vous soumettons deux questionnaires :

- l'un vous propose d'évaluer la qualité de l'alliance thérapeutique formée avec votre médecin ; il vous sera soumis juste avant la passation de la CAARMS puis dans les sept jours de celle-ci ;
- l'autre vous propose d'évaluer votre ressenti de cette passation ; il vous sera soumis dans les 7 jours de la passation de la CAARMS.

Nous réalisons cette étude indépendamment du suivi avec votre psychiatre. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment.

Les données issues de ces questionnaires resteront anonymes.

Signature du patient

**USE OF THE COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF AT-RISK
MENTAL STATES (CAARMS) ON ULTRA HIGH RISK OF
PSYCHOSIS TRANSITION PATIENTS :
IMPACT ON THERAPEUTIC ALLIANCE**

ABSTRACT :

The main objective of this study has been to evaluate the impact on therapeutic alliance of the use of the *Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States* (CAARMS). This has been achieved by the measure of scores evolution of *4 Point ordinal Alliance Scale* (4PAS) taken before and after CAARMS. Using questionnaires, we also studied patients' experience of assessment and caregivers' opinion on this evaluation scale.

Our results showed a significant improvement in average patients 4PAS scores between before and after CAARMS assessment (+4 points ; $p < 0,001$). Besides, they showed the patients' experience of assessment was globally positive, the tool being seen as an help to express themselves and to identify their troubles. On the caregivers' side, CAARMS has been seen as a useful evaluation scale, that could represent an help for the patient as well as for the clinician, but a few concerns about the regular use of this tool have been raised.

Our study has given the opportunity to consider more globally the CAARMS use. It appears that more than a simple evaluation scale, CAARMS turns out to be a precise clinic instrument and enables to stimulate psychopathological reflection about patients.

KEYWORDS : *Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States* (CAARMS) ; alliance thérapeutique ; Ultra Haut Risque de transition psychotique ; détection précoce ; évaluation ; schizophrénie

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Thesis maintening : Toulouse, the 25th of September 2017

Thesis research supervisors: Dr Chantal MARTINEZ and Dr Axel BOURCIER

**EVALUATION DES SUJETS A ULTRA HAUT RISQUE DE
TRANSITION PSYCHOTIQUE PAR LA *COMPREHENSIVE
ASSESSMENT OF AT-RISK MENTAL STATES (CAARMS)* :
IMPACT SUR L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE**

RESUME EN FRANÇAIS :

Notre travail a pour objectif principal d'étudier, chez les patients, l'impact de la passation de l'échelle d'évaluation *Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States* (CAARMS) sur l'alliance thérapeutique en mesurant la variation des scores obtenus au *4 Point ordinal Alliance Scale* (4PAS) entre avant et après passation de la CAARMS. Nous étudions également à l'aide de questionnaires leur vécu de la passation, ainsi que l'opinion des soignants sur cette échelle d'évaluation.

Nos résultats montrent, chez les patients, une augmentation significative des scores moyens du 4PAS entre avant et après passation de la CAARMS (+4 points ; $p < 0,001$). Ils montrent par ailleurs un vécu globalement positif de la passation, qui représente une aide pour s'exprimer et pour mieux identifier les difficultés. Chez les soignants, la CAARMS est considérée comme une échelle d'évaluation utile, pouvant représenter une aide pour le patient comme pour le clinicien, mais certaines appréhensions à utiliser cet outil de manière régulière sont relevées.

Notre étude est l'occasion d'une considération globale sur l'utilisation de la CAARMS qui, au-delà d'une simple échelle d'évaluation se révèle être un outil clinique précis et permet d'alimenter la réflexion psychopathologique sur les patients.

TITRE EN ANGLAIS : Use of the Comprehensive Assessment of At-risk Mental States (CAARMS) on ultra high risk of psychosis transition patients : impact on therapeutic alliance

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : *Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States* (CAARMS) ; alliance thérapeutique ; Ultra Haut Risque de transition psychotique ; détection précoce ; évaluation ; schizophrénie

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directrice de thèse : Docteur Chantal MARTINEZ

Co-directeur de thèse : Docteur Axel BOURCIER