



HAL
open science

La métacognition dans le processus de rétablissement : étude de cas d'un patient atteint de schizophrénie

Anaïs Dhont

► **To cite this version:**

Anaïs Dhont. La métacognition dans le processus de rétablissement : étude de cas d'un patient atteint de schizophrénie. Psychologie. 2013. dumas-00881487

HAL Id: dumas-00881487

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00881487v1>

Submitted on 14 Nov 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Anaïs Dhondt



Master 2
Spécialité Psychologie Clinique
Option Neuropsychologie

UE 8 – Mémoire de recherche

La métacognition dans le processus de rétablissement
Etude de cas d'un patient atteint de schizophrénie

Directrice de recherche : Mme Catherine Semal

Référent de stage : M. Florian Cady

Année universitaire 2012-2013

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier...

... M. RL, pour avoir accepté de participer toujours dans la bonne humeur à ce travail,

... les différents professionnels rencontrés sur mon lieu de stage, grâce auxquels j'ai beaucoup appris,

... Mme Catherine Semal, pour sa disponibilité et ses conseils dans l'encadrement de ce mémoire,

... les intervenants du Master 2, pour leurs enseignements et le partage de leurs expériences dans la pratique de la Psychologie clinique et de la Neuropsychologie,

... et plus particulièrement M. Florian Cady, pour m'avoir fait découvrir dans les meilleures conditions le monde de la psychiatrie, pour la qualité de ses enseignements en neuropsychologie comme en psychopathologie et de son encadrement tout au long de mon stage, ainsi que pour son soutien.

RESUME

Objectif : Le but du présent travail de recherche est de mettre en évidence l'idée que la prise en charge des troubles de la métacognition pourrait favoriser le rétablissement et la réhabilitation des personnes souffrant de schizophrénie.

Méthode : Nous présentons le cas de M. RL, un patient pris en charge au CER de Limoges, pour tenter d'illustrer notre réflexion. Une première mesure du processus de rétablissement et des connaissances métacognitives est effectuée (évaluation à t1). Puis, le bilan neuropsychologique nous permet d'évaluer l'ensemble du fonctionnement cognitif du patient, et de commencer le travail métacognitif, que nous poursuivons au moyen de deux programmes de prise en charge des connaissances métacognitives. Le programme d'entraînement aux habiletés métacognitives (EMC) est proposé lors d'entretiens en individuel et le programme Insight en interventions de groupe. Enfin, une seconde mesure du rétablissement et de la métacognition est réalisée (évaluation à t2), dans un but de comparaison pré- et post-intervention.

Résultats : Des évolutions sont observées pour les mesures de la métacognition et du rétablissement entre les évaluations à t1 et t2, bien que les résultats ne soient pas statistiquement interprétables.

Discussion : Malgré le choix de la méthodologie, pouvant être critiqué, ainsi que les contraintes institutionnelles et de temps, ayant restreint la qualité de notre démarche, le présent travail de recherche met en évidence l'importance de prendre en compte le concept de rétablissement et d'intégrer la métacognition dans la pratique clinique du psychologue clinicien auprès des personnes souffrant de schizophrénie.

Mots-clés : rétablissement, métacognition, schizophrénie, connaissance(s), réhabilitation.

Key words : recovery, metacognition, schizophrenia, knowledge, rehabilitation.

SOMMAIRE

Introduction	6
1. La schizophrénie	7
1.1 Définition et présentation générale de la schizophrénie	7
1.2 Le handicap psychique dans la schizophrénie	9
a. Définition du handicap : le modèle de la CIF	9
Figure 1. Schéma conceptuel du modèle de la CIF (2001).	10
b. La cognition comme prédicteur du handicap psychique	10
1.3 Psychopathologie cognitive de la schizophrénie.....	11
a. Historique et définition du concept.....	11
b. Les troubles cognitifs dans la schizophrénie	12
2. La métacognition dans la schizophrénie.....	13
2.1 Historique et définition du concept de métacognition	13
2.2 Les troubles métacognitifs dans la schizophrénie.....	15
a. L'insight	16
b. Les biais cognitifs.....	16
c. La théorie de l'esprit.....	17
d. La métamémoire.....	18
e. La mémoire de la source	19
2.3 Perspectives de prise en charge dans la schizophrénie	20
a. Etat des lieux des troubles métacognitifs dans la schizophrénie.....	20
b. L'évaluation des troubles métacognitifs	21
Figure 2. Les techniques d'évaluation de la métacognition (à partir de Mariné & Huet, 1998).	21
c. La prise en charge des troubles métacognitifs	22
3. Le processus de rétablissement	24
3.1 Historique et définition conceptuelle du rétablissement.....	24
a. Contexte historique et émergence du concept	24
b. Les différents points de vue.....	26
3.2 Liens avec d'autres concepts de psychiatrie	29
3.3 Le rétablissement des personnes atteintes de schizophrénie.....	31
a. Le processus de rétablissement.....	32
b. Les dimensions de l'expérience du rétablissement.....	33
c. La STORI, un outil pour la mesure du rétablissement.....	36
4. La métacognition dans le processus de rétablissement	38

Méthodologie : Etude de cas	41
1. Présentation du patient : M. RL	41
1.1 Histoire du sujet.....	41
1.2 Histoire des troubles	41
2. Présentation du protocole et des outils	43
2.1 Les mesures du rétablissement et de la métacognition	43
2.2 L'évaluation neuropsychologique.....	44
Tableau 1. Epreuves cognitives sélectionnées pour l'évaluation neuropsychologique.	44
2.3 Les programmes de prise en charge de la métacognition	45
a. Le programme EMC.....	46
b. Le programme Insight.....	46
3. Présentation des résultats	47
3.1 Evaluation pré-intervention.....	47
3.2 Evaluation neuropsychologique	48
Tableau 2. Résultats (scores bruts et standardisés) de l'évaluation neuropsychologique	48
3.3 Observations au cours des PEC.....	50
3.4 Evaluation post-intervention.....	51
3.5 Discussion des résultats.....	52
a. Analyse descriptive de la comparaison pré- et post-intervention.....	52
Tableau 3. Comparaison des scores à t1 et t2 pour le MCQ-30 (Wells & Cartwright-Hatton, 2004).....	52
Tableau 4. Comparaison des scores à t1 et t2 pour l'Insight Scale (Birchwood et al., 1994).....	52
Tableau 5. Comparaison des scores à t1 et t2 pour la tâche expérimentale en fonction du type de situation.....	53
Tableau 6. Comparaison des scores à t1 et t2 pour la tâche expérimentale, en fonction du contexte.....	53
Tableau 7. Comparaison des scores à t1 et t2 pour la STORI (Andresen et al., 2006).	54
b. Discussion des résultats	54
Discussion	56
Bibliographie	62
Annexes	68

INTRODUCTION

Le présent travail de recherche a été mené au sein du Centre d'Evaluation et de Réhabilitation (CER), appartenant à la filière de réhabilitation du Centre Hospitalier Esquirol de Limoges (87). Le CER est une unité de soin qui reçoit des patients présentant des troubles psychiatriques – des personnes atteintes de schizophrénie ou de troubles de l'humeur pour la plupart. L'objectif de la réinsertion sociale et/ou professionnelle des patients passe par l'évaluation de leurs compétences (cognitives, sociales, professionnelles et fonctionnelles), conjointement à un programme de réhabilitation adapté, s'effectuant simultanément de manière individuelle d'une part et en ateliers de groupes d'autre part. Le but de la réhabilitation psychiatrique est l'accompagnement des patients dans leur processus de rétablissement vers une vie satisfaisante et significative. Le rôle du psychologue clinicien spécialisé en neuropsychologie dans le cadre de la réhabilitation concerne, entre autres, l'évaluation du fonctionnement cognitif global du patient et la prise en charge de ses éventuelles difficultés, notamment par le biais de la remédiation cognitive. Bien que de nombreuses dimensions du fonctionnement cognitif soient questionnées – telles que la mémoire, l'attention, la vitesse de traitement, les fonctions exécutives ou encore la cognition sociale –, un aspect de la cognition semble toutefois peu investigué par les intervenants : la métacognition (*i.e.*, la cognition sur sa propre cognition), bien que son rôle ait été mis en évidence dans différents troubles et symptômes observés dans la schizophrénie.

Notre étude va plus spécifiquement s'intéresser au rôle de la métacognition dans le processus de rétablissement chez les personnes atteintes de schizophrénie. Dans un premier temps, nous proposerons une description de la pathologie, de ses conséquences en terme de handicap psychique, et des troubles cognitifs généralement associés. Ensuite, nous présenterons le concept de métacognition, en nous intéressant aux troubles métacognitifs dans la schizophrénie, ainsi qu'aux possibilités d'évaluation et de prise en charge. Puis, nous aborderons la notion de rétablissement, à travers l'historique de ce concept et ses caractéristiques en tant que processus chez les personnes souffrant schizophrénie. Enfin, après avoir établi les objectifs de notre travail en faisant le lien entre ces deux concepts, nous proposerons d'illustrer notre réflexion à travers l'étude de cas d'un patient atteint de schizophrénie. Une discussion

sur les limites et avantages de notre recherche permettra de conclure notre réflexion, en identifiant les implications pour la pratique clinique.

1. La schizophrénie

1.1 Définition et présentation générale de la schizophrénie

La schizophrénie est un trouble neurodéveloppemental appartenant à la classe des psychoses, ces pathologies mentales sévères dans lesquelles le patient n'est plus tout à fait en contact avec la réalité (Frith, 1996). D'abord désignée sous le terme de « dementia praecox » par Kraepelin, qui dans la 6^{ème} édition de son *Traité de Psychiatrie* distingue déjà les trois formes, restées classiques, hétérophrénique, catatonique et paranoïde ; c'est Bleuler qui en 1911 introduit le néologisme de schizophrénie – du grec *schizein*, fendre, et *phrèn*, l'esprit – pour mettre en évidence ce qui constitue selon lui le symptôme fondamental de ces psychoses, la « Spaltung » ou dissociation des facultés mentales (Laplanche & Pontalis, 2007). Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM IV-TR (APA, 2003) est une classification internationale reconnue qui présente les critères diagnostiques de la schizophrénie, ce trouble mental décrit partout dans le monde, dont la prévalence est estimée entre 0,5 et 1,5 % chez l'adulte, et l'incidence entre 0,5 et 5 nouveaux cas sur 10 000 par an.

Critères diagnostiques de la Schizophrénie selon le DSM IV-TR

A. Symptômes caractéristiques : Deux (ou plus) des manifestations suivantes sont présentes, chacune pendant une partie significative du temps pendant une période d'1 mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement) :

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

B. Dysfonctionnement social / des activités : Pendant une partie significative du temps depuis la survenue de la perturbation, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation (ou, en cas de survenue dans l'enfance ou l'adolescence, incapacité à atteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire, ou dans d'autres activités auquel on aurait pu s'attendre).

- C. *Durée*** : Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins 1 mois de symptômes qui répondent au Critère A (symptômes de la phase active) et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs, ou par deux ou plus des symptômes figurant dans le Critère A présents sous une forme atténuée (croyances bizarres, perceptions inhabituelles).
- D. *Exclusion d'un Trouble schizo-affectif et d'un Trouble de l'humeur*** : Un trouble schizo-affectif et un Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés soit (1) parce qu'aucun épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active ; soit (2) parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, leur durée totale a été brève par rapport à la durée des périodes actives et résiduelles.
- E. *Exclusion d'une affection médicale générale / due à une substance*** : La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection générale médicale.
- F. *Relation avec un Trouble envahissant du développement*** : En cas d'antécédent de Trouble autistique ou d'un autre Trouble envahissant du développement, le diagnostic additionnel de Schizophrénie n'est fait que si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées sont également présentes pendant au moins un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement).

La schizophrénie débute typiquement entre la fin de la deuxième décennie de la vie et la moitié de la quatrième, l'âge de début se situant généralement entre 18 et 25 ans chez les hommes, et plutôt vers 25 ou 35 ans chez les femmes. L'incidence serait légèrement supérieure chez les hommes (APA, 2003). Concernant l'apparition de la maladie, le début peut être brusque ou insidieux, bien que la majorité des sujets présente une certaine forme de phase prodromique se manifestant par le développement lent et graduel de signes et symptômes variés, tels que le retrait social, la perte d'intérêt, la détérioration de la présentation, des comportements inhabituels ou encore des accès de colère. L'évolution de la maladie, quant à elle, est très variable d'un sujet à l'autre ; alors que certains sujets présentent des phases de rémission ou, plus rarement, une rémission « complète », d'autres restent malades de façon chronique. Et là encore, parmi les patients qui restent malades, certains présentent une évolution relativement stable, alors qu'on observe chez d'autres une aggravation progressive associée à une incapacité sévère (APA, 2003).

1.2 Le handicap psychique dans la schizophrénie

a. Définition du handicap : le modèle de la CIF

Selon la loi française du 11 février 2005 (article 114), constitue un handicap « toute limitation d'activité ou restriction de la participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive, d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ». Cette loi permet la reconnaissance du handicap psychique en France, un concept déjà amorcé internationalement par la CIF (*Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé*, 2001), une classification de l'OMS, qui envisage le handicap non pas comme un attribut de l'individu, mais plutôt comme une interaction dynamique entre l'état de santé (maladie, traumatisme, trouble) et les facteurs contextuels (personnels et environnementaux). La Figure 1 présente un schéma conceptuel du modèle de la CIF. Il s'agit d'une approche biopsychosociale, dans laquelle les problèmes de fonctionnement humain relèvent de l'un des trois domaines fonctionnels suivants : 1/ les déficiences, qui désignent des altérations des structures anatomiques ou des fonctions organiques, tels que les symptômes ou les troubles cognitifs – les déficiences sont souvent considérées comme symptomatiques ou caractéristiques d'un problème de santé – ; 2/ les limitations d'activités, qui désignent les difficultés qu'une personne peut rencontrer dans une activité, telle que les tâches de la vie quotidienne ou les compétences sociales et professionnelles (ce dont le sujet est capable) ; et 3/ les restrictions de la participation, qui désignent les problèmes qu'un individu peut rencontrer pour participer à une situation de la vie courante (ce que le sujet fait réellement) – c'est le niveau le plus proche de ce qu'on entend par handicap psychique. Les domaines d'activités et de participation peuvent concerner l'apprentissage et l'application des connaissances, les tâches et les exigences générales, la mobilité, l'entretien personnel, la vie domestique, les relations et interactions avec autrui, les grands domaines de la vie, et la vie communautaire, sociale et civique. Les facteurs contextuels qui interagissent avec l'état de santé pour constituer la situation de handicap sont de deux ordres : 1/ les facteurs personnels (facteurs psychologiques tels que la motivation et l'estime de soi, la personnalité, les mécanismes d'adaptation), qui peuvent avoir une influence sur l'intensité de la participation à la vie en société ; et 2/ les facteurs environnementaux, qui renvoient aux différents aspects du monde extérieur formant le contexte de vie de

tout individu, quel que soit son niveau fonctionnel (environnement physique, social et attitudinal) ; ils peuvent faciliter ou entraver la réalisation d'activités ou la participation sociale (OMS, 2012).

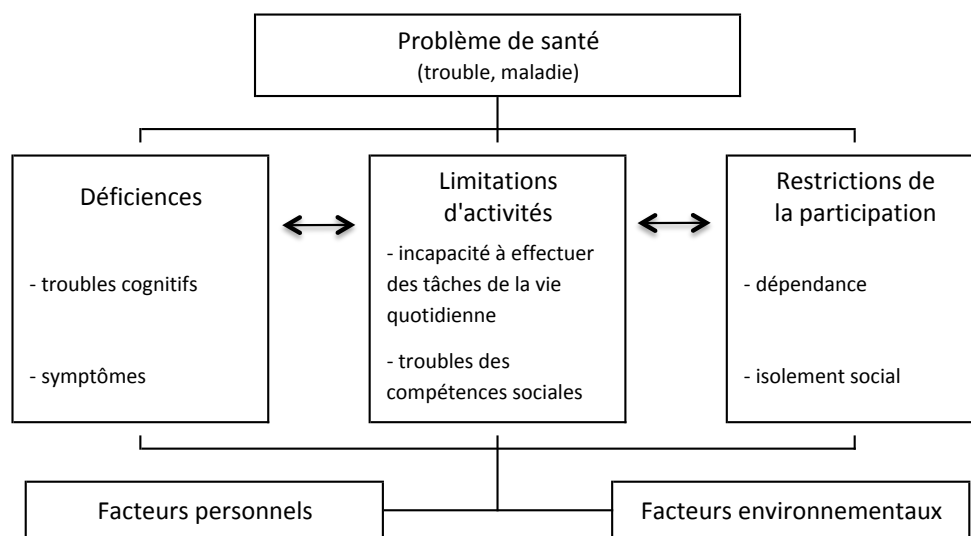


Figure 1. Schéma conceptuel du modèle de la CIF (2001).

b. La cognition comme prédicteur du handicap psychique

Afin d'orienter le travail clinique dans la prise en charge du handicap psychique, il apparaît nécessaire d'identifier les facteurs et les variables susceptibles d'en prédire la nature et la sévérité. Le retentissement fonctionnel est le terme retenu pour définir le handicap psychique, et désigne dans le cadre de la schizophrénie les difficultés occasionnées par la maladie dans la vie quotidienne, dans diverses dimensions telles que l'indépendance, les relations interpersonnelles, le fonctionnement au travail et les loisirs (Prouteau et Verdoux, 2011). Le retentissement fonctionnel est le plus souvent abordé au travers du fonctionnement dans la communauté et du fonctionnement professionnel. La cognition – et notamment l'attention, les capacités verbales, la mémoire, la mémoire de travail, le fonctionnement exécutif et la vitesse de traitement – constitue le meilleur prédicteur, avant même les symptômes, du fonctionnement dans la communauté (compétences sociales, autonomie, activités de la vie quotidienne). Il en va de même pour le fonctionnement professionnel, où les capacités cognitives – et plus précisément les fonctions exécutives telles que la flexibilité et la mémoire de travail, mais également les capacités visuo-constructives et la mémoire – influencent le domaine du travail, qui a son tour aura un effet positif sur le niveau de performance cognitive, dans une conception dynamique (Prouteau et Verdoux, 2011).

D'autres facteurs que la cognition « basique », ou neurocognition, pourraient compléter les modèles de prédiction du retentissement fonctionnel, tels que la cognition sociale ou les facteurs subjectifs. La cognition sociale désigne l'ensemble des processus cognitifs impliqués dans les interactions sociales, et notamment la capacité à construire et utiliser des représentations sur ses relations interpersonnelles (Merceron et al., 2011). La cognition sociale constitue un prédicteur majeur du handicap psychique, de par ses répercussions dans tous les domaines de fonctionnement, mais joue également un rôle de médiateur dans les liens indirects entre neurocognition et retentissement fonctionnel (Prouteau & Verdoux, 2011). Les facteurs subjectifs renvoient à la représentation plus ou moins consciente qu'un sujet a de lui-même, c'est-à-dire à la perception de soi en tant que personne, avec ses attributs, ses qualités, ses valeurs, et par extension dans le cadre de la schizophrénie, la perception de soi en tant que personne malade, avec la connotation négative que cela suppose (Prouteau, 2012). Parmi ces facteurs subjectifs, la stigmatisation internalisée (appropriation des croyances stigmatisantes et des stéréotypes liés à la maladie, entraînant l'érosion de l'identité au profit d'une identité-maladie), la motivation intrinsèque (réfère aux comportements engagés pour eux-mêmes ou pour le plaisir et la satisfaction qu'ils procurent, elle prédit l'amélioration du fonctionnement cognitif) et la métacognition (connaissances sur ses processus cognitifs et leurs produits) ont été identifiées comme des prédicteurs du handicap psychique dans la schizophrénie (Prouteau, 2012).

1.3 Psychopathologie cognitive de la schizophrénie

a. Historique et définition du concept

Besche-Richard (2000) décrit l'émergence du concept de psychopathologie cognitive, en retraçant sa situation théorique depuis l'approche comportementaliste. Le béhaviorisme est une théorie de l'observable qui choisit de ne pas s'intéresser aux attitudes propositionnelles (pensées, savoirs, croyances) qui interviennent dans la façon de se comporter et de percevoir, en refusant de considérer ce qui se passe dans la « boîte noire » entre le stimulus et la réponse. En raison de son caractère réductionniste, l'approche béhavioriste a laissé place au début des années 1960 à la psychologie cognitive, qui va s'intéresser à ce qui se passe à l'intérieur de la « boîte noire », en supposant l'existence d'un ensemble de processus mentaux entre le stimulus et la réponse. Les procédures de traitement de l'information sont dé-

crites en termes fonctionnels, ce qui permettra d'en penser les dysfonctionnements dans les pathologies mentales. L'approche cognitive de la psychopathologie s'appuie sur les acquis théoriques et méthodologiques de la psychopathologie cognitive. Selon Widlöcher, la psychopathologie cognitive désigne l'étude des opérations qui assurent le traitement de l'information et les processus de prise de décision, dans les troubles mentaux, observables en clinique psychiatrique. Elle repose sur le principe que les troubles psychiatriques pourraient être en partie expliqués par des altérations de ces opérations (Houdé, 2003). Besche-Richard (2000) distingue deux courants dans la psychopathologie cognitive : le premier s'intéresse aux contenus de la pensée (notamment dans la dépression), alors que le second a pour objectif l'analyse des processus cognitifs et de leurs dysfonctionnements en psychopathologie. En ce sens, ce second courant, qui va intéresser notre travail de réflexion, se rapproche de la neuropsychologie, qui dans sa perspective clinique désigne selon Siéroff l'étude des fonctions mentales supérieures et de leurs relations avec le cerveau, afin de comprendre le déficit d'un patient dans sa globalité (Houdé, 2003). La neuropsychologie apporte beaucoup à la psychiatrie, puisqu'elle a permis de placer la cognition, et par extension les troubles cognitifs, comme niveau d'analyse intermédiaire entre le niveau clinique – les symptômes de la maladie – et le niveau cérébral – le fonctionnement neurobiologique. Dans cette démarche intégrative des troubles psychiatriques, la schizophrénie peut être considérée comme une pathologie de la cognition, dont les perturbations cognitives renvoient à des difficultés pour les patients dans leur vie quotidienne (Danion, 2010).

b. Les troubles cognitifs dans la schizophrénie

Pour Siéroff, le diagnostic du trouble ou de la maladie est très long à établir et est fondamental pour la prise en charge des patients, qui ne se résume pas à la simple réhabilitation fonctionnelle spécifique. Les troubles cognitifs dans la schizophrénie sont en rapport avec le degré de difficulté éprouvé par les patients dans leur fonctionnement quotidien, il s'agit donc de comprendre le patient dans sa vie de tous les jours, d'évaluer ses fonctions indemnes, pour une réinsertion dans le monde social et professionnel (Houdé, 2003).

Des troubles neuropsychologiques sont régulièrement identifiés dans la schizophrénie et concernent les différentes sphères du fonctionnement cognitif, notamment la mémoire, la mémoire de travail, l'attention, les fonctions exécutives et la vitesse de traitement. Ces

troubles cognitifs apparaissent généralement avant la survenue de la maladie et restent plutôt stables dans le temps, toutefois leur présence et leur intensité varie grandement d'un individu à l'autre (Prouteau, 2011). Plus précisément, le ralentissement cognitif (diminution de la vitesse de traitement) est extrêmement fréquent chez les patients et peut constituer un facteur aggravant pour les autres fonctions cognitives. En ce qui concerne le profil attentionnel, la distractibilité est régulièrement constatée dans la schizophrénie et peut trouver son origine dans les troubles du cours de la pensée (trouble de l'attention sélective et/ou soutenue) ou dans la présence de symptômes positifs résiduels (telles que les hallucinations auditives). Le fonctionnement mnésique varie grandement d'un individu à l'autre, toutefois son intégrité apparaît comme déterminante pour le fonctionnement quotidien du patient, l'orientation thérapeutique et la réponse au traitement. Des difficultés spécifiques en mémoire de travail semblent opérer chez les patients atteints de schizophrénie, malgré la conservation d'une bonne mémoire à court terme. S'agissant des fonctions exécutives, des troubles sont largement rapportés dans la littérature internationale et concerneraient davantage les processus contrôlés, tels que l'inhibition ou la résistance à l'interférence, que les processus automatiques (Prouteau, 2011). Des troubles de la cognition sociale peuvent également être constatés dans la schizophrénie – la reconnaissance des émotions, l'alexithymie, la conscience émotionnelle, la théorie de l'esprit –, de même qu'un affaiblissement des capacités d'empathie, en lien avec la maladie (Merceron et al., 2011). Enfin, des troubles métacognitifs ont été rapportés chez des patients atteints de schizophrénie, et concernent notamment l'insight, les biais cognitifs, la théorie de l'esprit, la métamémoire et la mémoire de la source (Vianin & Favrod, 2011). Une description de ces troubles métacognitifs est proposée dans le chapitre 2.

2. La métacognition dans la schizophrénie

2.1 Historique et définition du concept de métacognition

Flavell est considéré comme le pionnier dans le domaine de la métacognition. Il en propose en 1976 une définition générale, certes beaucoup trop large et ayant donné lieu à de nombreuses confusions, mais qui présente toutefois le mérite d'être une première définition, posant les bases du concept de métacognition :

« La métacognition se rapporte à la connaissance qu'on a de ses propres processus cognitifs, de leurs produits et de tout ce qui y touche [...]. La métacognition se rapporte entre autres choses, à

l'évaluation active, à la régulation et l'organisation de ces processus en fonction des objectifs cognitifs ou des données sur lesquelles ils portent habituellement pour servir un but ou un objectif concret » (1976, *in* Noël, 1997).

Noël (1997) propose à son tour une définition générale de la métacognition, dans le but de pallier au manque de clarté dans les différentes acceptions du concept :

« La métacognition est un processus mental dont l'objet est soit une activité cognitive, soit un ensemble d'activités cognitives que le sujet vient d'effectuer ou est en train d'effectuer, soit un produit mental de ces activités cognitives. La métacognition peut aboutir à un jugement (habituellement non exprimé) sur la qualité des activités mentales en question ou de leur produit et éventuellement à une décision de modifier l'activité cognitive, son produit ou même la situation qui l'a suscitée » (p. 19).

Ainsi, elle distingue trois étapes dans la métacognition : 1/ le processus mental, qui renvoie à la conscience du sujet des activités cognitives qu'il effectue ou de leur produit, 2/ le jugement sur l'activité cognitive ou le produit mental de cette activité, exprimé ou non, et 3/ la décision de modifier ou non ces activités cognitives ou leur produit en fonction des résultats du jugement métacognitif. La métacognition peut aussi bien se limiter à la première ou à la seconde étape, que se poursuivre jusqu'à l'étape de décision métacognitive, en fonction de ce que le sujet décidera ou sera capable de faire (Noël, 1997).

Dans une autre définition, la métacognition renvoie au regard qu'une personne porte sur sa démarche mentale dans un but d'action, afin de planifier, ajuster, vérifier et évaluer son processus d'apprentissage (Doudin et al., 2001). Trois dimensions ou composantes mèneraient au développement d'habiletés métacognitives : 1/ les connaissances métacognitives, qui renvoient aux connaissances et croyances que l'individu possède sur ses ressources cognitives, fondées sur les constructions personnelles de son expérience – déjà Flavell (1976, *in* Vianin & Favrod, 2011) distinguait plusieurs types de connaissances métacognitives, selon qu'elles se rapportaient aux personnes, aux tâches à accomplir ou aux stratégies à déployer – ; 2/ la gestion de l'activité mentale, qui réfère aux activités mobilisées par l'individu pour contrôler et gérer ces ressources cognitives – elle s'effectue au travers des activités de planification, de contrôle et de régulation – ; et enfin 3/ la prise de conscience de ses processus mentaux, qui enrichit les connaissances métacognitives et influence la gestion de l'activité mentale lors de la réalisation d'une tâche ultérieure, et qui permet une meilleure verbalisation des processus mentaux (Doudin et al., 2001 ; Pallascio et al., 2004).

Il nous semble également important de présenter la distinction entre les connaissances métacognitives, procédurales et conditionnelles, soulignées par Vianin et Favrod (2011). Les connaissances métacognitives renvoient aux connaissances que le patient possède sur ses capacités cognitives et ses difficultés ; il s'agit de connaissances déclaratives, le thérapeute peut aider le patient à acquérir ces informations, notamment avec la thérapie de psychoéducation dans le cadre de la schizophrénie. Les connaissances procédurales concernent la manière d'effectuer une tâche ; leur apprentissage se fait « sur le terrain » et nécessite un réajustement en fonction de la spécificité de la situation. Les connaissances procédurales deviennent des connaissances métacognitives lorsque le patient est capable, par exemple, d'explicitier les différentes étapes des stratégies de résolution de problèmes ; c'est d'ailleurs le rôle du thérapeute de favoriser le passage des connaissances procédurales vers les connaissances métacognitives (déclaratives). De la même manière, les connaissances métacognitives deviennent procédurales lorsque le patient les met en œuvre dans une tâche effective. Enfin, les connaissances conditionnelles sont en lien avec les notions de transfert et de généralisation, elles permettent l'action sur le long terme. En ce sens, si la personne connaît ses difficultés (connaissances métacognitives), qu'elle sait de quelle manière y remédier (connaissances procédurales), mais qu'elle se retrouve incapable d'identifier le moment ou la situation pour lesquels il s'agit d'utiliser ces compétences (connaissances conditionnelles), alors ces connaissances ne lui seront d'aucune utilité dans la vie quotidienne.

Actuellement, la métacognition désigne à la fois les connaissances et les processus impliqués dans l'évaluation, la surveillance et le contrôle de la cognition (Wells, 2000, *in* Larøi et al., 2009). On distingue ainsi, d'une part, les connaissances métacognitives – les connaissances sur son propre fonctionnement cognitif et celui d'autrui – et, d'autre part, la régulation métacognitive – les processus qui coordonnent la cognition, avec les processus *bottom-up* de surveillance (*monitoring*) et les processus *top-down* de contrôle (*control*) (Prouteau, 2012).

2.2 Les troubles métacognitifs dans la schizophrénie

Les concepts que nous développons dans ce paragraphe se rapportent à de véritables fonctions métacognitives en ce qu'ils concernent des réflexions et des connaissances sur la cognition, la mémoire et les intentions attribuées à autrui (Vianin et Favrod, 2011).

a. L'insight

La notion d'insight fait référence à la conscience que la personne a de son trouble ou de sa maladie. La majorité des sujets présentant une schizophrénie n'ont que peu d'insight concernant le fait qu'ils ont une maladie psychotique, ce manque d'insight constituant une manifestation de la maladie plutôt qu'une stratégie pour y faire face. Ce symptôme prédisposerait notamment le sujet à une non observance du traitement et il a été montré qu'il est prédictif d'une plus grande fréquence de rechutes, d'un nombre plus élevé d'hospitalisations non volontaires, d'un fonctionnement psychosocial plus médiocre, et d'une évolution moins favorable de la maladie (APA, 2003). Une méta-analyse de 35 études a montré que les troubles d'insight résulteraient d'un déficit neuropsychologique chez les personnes souffrant de psychose, et plus particulièrement des corrélations significatives entre les mesures d'insight et les différentes performances cognitives altérées dans la schizophrénie (Aleman et al., 2006). Les auteurs précisent qu'un certain niveau de fonctionnement mnésique est nécessaire pour des capacités d'insight préservées. Des analyses menées chez des patients schizophrènes ont montré que la symptomatologie globale (positive, négative et générale), un fonctionnement prémorbide pauvre, et une altération de l'ensemble du fonctionnement cognitif – causée par un dysfonctionnement généralisé des réseaux neuronaux, impliquant les structures corticales associatives (mémoire, apprentissage, fonctions exécutives) – sont associés à un faible niveau d'insight, dès le début de la schizophrénie (Keshavan et al., 2004). Toutefois, les auteurs font l'hypothèse que les troubles de l'insight peuvent s'améliorer au cours de l'évolution de la maladie, à la suite du premier épisode psychotique.

b. Les biais cognitifs

Un biais cognitif désigne une erreur de jugement ou de comportement face à une situation, et résulte généralement d'une faiblesse dans le traitement des informations disponibles. Dans la schizophrénie, on distingue deux types de biais cognitifs – le saut aux conclusions et le biais d'attribution – chez les personnes souffrant d'idées délirantes (Vianin & Favrod, 2011). Le saut aux conclusions est un biais spécifique de recueil d'informations, qui se traduit, chez les personnes atteintes de schizophrénie avec idées délirantes, par une prise de décision sur la base de preuves limitées, aboutissant à une conclusion ferme et définitive (Favrod et al., 2009). Ce biais – correspondant à la description des processus à l'œuvre au cours

d'un épisode psychotique – apparaît comme un facteur stable dans le temps, constaté dans des situations neutres et persistant durant les phases de rémission, chez les patients présentant une pensée délirante (Peters & Garety, 2006). Les individus souffrant de psychose ne sont pas conscients de leur précipitation dans le raisonnement et ont tendance à s'évaluer eux-mêmes comme étant indécis et difficilement capables de produire des décisions rapides, et comme déstabilisés face à l'ambiguïté (Freeman et al., 2006). Ce type de biais serait davantage un précurseur plutôt qu'une conséquence de la psychose (Vianin & Favrod, 2011). Un processus d'attribution désigne le fait pour une personne d'inférer des causes à des événements importants pour elle. L'idéation paranoïaque (ou délire de persécution) – constaté dans certaines formes de schizophrénie – pourrait résulter d'un biais d'attribution, se traduisant par la croyance excessive que le cours de la vie est influencé par des autres puissants. Des études ont montré que les personnes ayant des idées de persécution infèrent des attributions stables et globales, de la même façon que les personnes souffrant de dépression, mais avec la tendance excessive inverse à attribuer les événements positifs à des causes internes – soi-même – et les événements négatifs à des causes externes – à autrui – dans le sens d'une exagération du biais égocentrique observable en population normale (pour revue, voir Bentall et al., 2001). Ce biais d'attribution semble s'accroître dans les situations ambiguës, toutefois des études complémentaires sont nécessaires pour bien comprendre les biais d'attribution dans les délires de persécution, en contrôlant des variables telles que les idées de grandeur et la dépression (Favrod et al., 2009).

c. La théorie de l'esprit

La théorie de l'esprit, ou mentalisation, est une activité métacognitive complexe essentielle au fonctionnement social, qui désigne la capacité à attribuer des états mentaux (pensées, croyances, intentions) à autrui, et à adapter son comportement en conséquence. Elle correspond à la création de méta-représentations, permettant aux activités de guider et de réguler l'apprentissage et le fonctionnement cognitif lors des interactions sociales (Merceron et al., 2011). Cet aspect de la métacognition fait également partie de la cognition sociale, un domaine cognitif qui comme nous l'avons vu précédemment est prédictif du handicap psychique. Concernant les troubles de la théorie de l'esprit dans la schizophrénie, la question fait encore débat. Par exemple, Frith (1996) soutient que plusieurs symptômes positifs de la maladie, et notamment les idées délirantes de référence et de persécution, peuvent être expliqués

par un déficit de mentalisation : les difficultés à inférer des états mentaux d'autrui favoriseraient la formation de représentations erronées – fausses croyances – concernant ses propres intentions ou celles d'autrui. Selon cette hypothèse, les capacités de théorie de l'esprit seraient préservées avant l'apparition de la maladie – inférer des états mentaux d'autrui était une routine avant le dysfonctionnement de mentalisation lié aux manifestations psychotiques de la première décompensation (Frith, 1996) –, et redeviendraient comparables à celles de sujets sains chez les patients en rémission (Vianin & Favrod, 2011). A l'inverse, une méta-analyse de 29 études, portant sur les déficits de théorie de l'esprit dans la schizophrénie, soutient l'idée que les troubles de mentalisation pourraient représenter un « marqueur de trait », et non un « marqueur d'état » comme le suppose l'hypothèse de Frith. En effet, des preuves considérables ont été avancées pour faire du déficit de mentalisation un facteur de vulnérabilité pour la schizophrénie, et des troubles importants sont observés même lorsque les patients sont en phase de rémission et ne présentent plus de symptômes (Sprong et al., 2007).

d. La métamémoire

La métamémoire concerne les connaissances et les croyances de chacun sur sa propre mémoire, ainsi que les états de conscience qui accompagnent ces connaissances ; c'est l'une des composantes des connaissances métacognitives. On distingue les connaissances métamnésiques – qui désignent les connaissances du sujet concernant les facteurs qui influencent la mémoire – de la conscience métamnésique – qui correspond à la capacité d'évaluer la pertinence avec laquelle l'information est traitée en fonction des objectifs et contraintes de la tâche. Cette conscience implique des jugements rétrospectifs, c'est-à-dire en relation avec les performances mnésiques réalisées antérieurement, ou prospectifs, en relation avec les tâches à venir (Flavell, 1971, *in* Vianin & Favrod, 2011). Le degré de confiance et le sentiment de savoir illustrent respectivement ces capacités de jugement rétrospectif et prospectif. Le degré de confiance d'une personne sur la précision de sa réponse renseigne sur les capacités de métamémoire rétrospective. Dans la schizophrénie, les patients présentent généralement des difficultés à attacher des étiquettes de valeur fiables à leurs réponses erronées, ce qui conduit à la tendance observée d'un excès de confiance en leurs réponses, même lorsque celles-ci sont incorrectes. Les idées délirantes notamment trouveraient leur origine dans cette tendance à s'appuyer sur ses erreurs de jugements de métamémoire (Moritz et al., 2005). Toutefois, des résultats contradictoires ont parfois été constatés. Ainsi, Bacon et Izaute (2009) consta-

tent chez leurs patients schizophrènes une remarquable cohérence entre les jugements subjectifs (métacognitifs) et les mesures objectives de leurs performances mnésiques ; elles parlent d' « exactitude métacognitive ». Le sentiment de savoir fait référence à l'impression qu'une information que l'on n'arrive pas à restituer est néanmoins disponible en mémoire. Pour un patient schizophrène, ce sentiment de savoir peut être jugé comme preuve suffisante qu'un événement a eu lieu (Moritz et al., 2005). La comparaison entre la mesure subjective du sentiment de savoir et les performances mnésiques de reconnaissance permettent de mesurer les capacités de métamémoire prospective. Les résultats expérimentaux indiquent que le sentiment de savoir est plus faible chez les patients schizophrènes que chez les sujets contrôles, bien que la capacité de jugement métamnésique prospective semble préservée (Bacon & Izaute, 2009).

e. La mémoire de la source

La mémoire de la source est la fonction métacognitive qui permet de se rappeler de l'origine d'une information mémorisée. Dans la schizophrénie, on distingue deux types de difficultés de mémoire de la source : les confusions entre sources internes et externes de l'information, et les confusions qui touchent deux sources internes de l'information (Vianin & Favrod, 2011). La confusion entre production interne et information externe, également appelée « self monitoring », permet de différencier les patients schizophrènes hallucinés des patients qui ne présentent pas d'hallucinations (i.e., attribution erronée d'une information générée en interne à une source externe, Aleman et al., 2003). Les patients hallucinés ont des difficultés à faire la différence entre un événement imaginé – généré en interne – et un événement réel – présenté en externe –, et cette tendance à reconnaître les mots auto-produits comme provenant d'une source externe semble corrélée positivement avec la sévérité des hallucinations (Aleman et al., 2003), bien que le lien de causalité entre un déficit de « self monitoring » et la présence d'hallucinations ne soit pas évident pour les auteurs. La confusion entre deux sources internes dans la schizophrénie est observée chez des patients qui considèrent avoir prononcé à voix haute des mots qu'ils avaient en réalité produits en lecture silencieuse, ce trouble du contrôle du discours interne étant plus sévère lorsque les personnes présentent des hallucinations verbales (Franck et al., 2000). Les troubles de la pensée et la désorganisation cognitive semblent interagir avec les hallucinations et compliquer le traitement

de l'information, facilitant la confusion entre les sources, et alimentant à son tour les troubles du cours de la pensée, dans une sorte de cercle vicieux (Vianin & Favrod, 2011).

2.3 Perspectives de prise en charge dans la schizophrénie

a. Etat des lieux des troubles métacognitifs dans la schizophrénie

La métacognition peut être associée à la cognition « basique » – qui réfère à des capacités cognitives plus générales telles que la mémoire, l'attention, la flexibilité –, mais elle s'en distingue en ce qu'elle renvoie à la fois à la compréhension implicite et explicite de connaissances à propos de ses propres états mentaux et de ceux d'autrui, à des fins de résolution de problèmes (Brüne et al., 2011 ; Lysaker et al., 2011). Comme nous l'avons souligné dans le chapitre précédent, la métacognition est l'un des facteurs subjectifs identifiés comme prédicteurs du handicap psychique dans la schizophrénie (Prouteau, 2012). En effet, les troubles métacognitifs constituent le second meilleur prédicteur – après la durée de la maladie – d'un faible niveau de fonctionnement social dans la communauté, et prédisent une grande part de la variance des troubles des compétences sociales, par rapport aux performances cognitives et à la symptomatologie positive et négative. Plus précisément, l'impact de la symptomatologie et de la neurocognition sur le fonctionnement social serait médié par les capacités métacognitives (Brüne et al., 2011).

De manière générale, les troubles métacognitifs dans la schizophrénie sont un élément stable dans le temps, indépendamment de leur prise en charge spécifique. Ils constituent pour certains d'entre eux un marqueur de trait et peuvent donc être interprétés en termes de facteur de vulnérabilité ou comme élément précurseur, plutôt qu'une conséquence de la maladie (Lysaker et al., 2011 ; Sprong et al., 2007 ; Vianin & Favrod, 2011).

Les personnes atteintes de schizophrénie font l'expérience d'un large éventail de troubles métacognitifs (Lysaker et al., 2011) comme nous l'avons vu dans le paragraphe précédent. En plus de leur impact sur le fonctionnement social, ces troubles de la métacognition pourraient être en partie responsables de certains des symptômes positifs observables chez les patients schizophrènes, tels que les hallucinations (Aleman et al., 2003 ; Franck et al., 2000) ou les idées délirantes (Bentall et al., 2001 ; Freeman et al., 2006 ; Frith, 1996 ; Moritz et al.,

2005 ; Sprong et al., 2007). Au travers de la notion d'insight, nous avons également vu que les patients souffrant de schizophrénie n'ont que peu de conscience de leur trouble (Aleman et al., 2006 ; APA, 2003 ; Keshavan et al., 2004).

b. L'évaluation des troubles métacognitifs

Comme nous l'avons vu précédemment, le terme de métacognition concerne à la fois les connaissances métacognitives et les processus de régulation cognitive. De la même façon, parmi les techniques d'évaluation de la métacognition, nous pouvons distinguer les mesures indépendantes des mesures dépendantes de l'exécution de tâches (Mariné & Huet, 1998). La Figure 2, élaborée à partir des travaux de Mariné et Huet (1998), résume ces techniques sous forme de schéma.

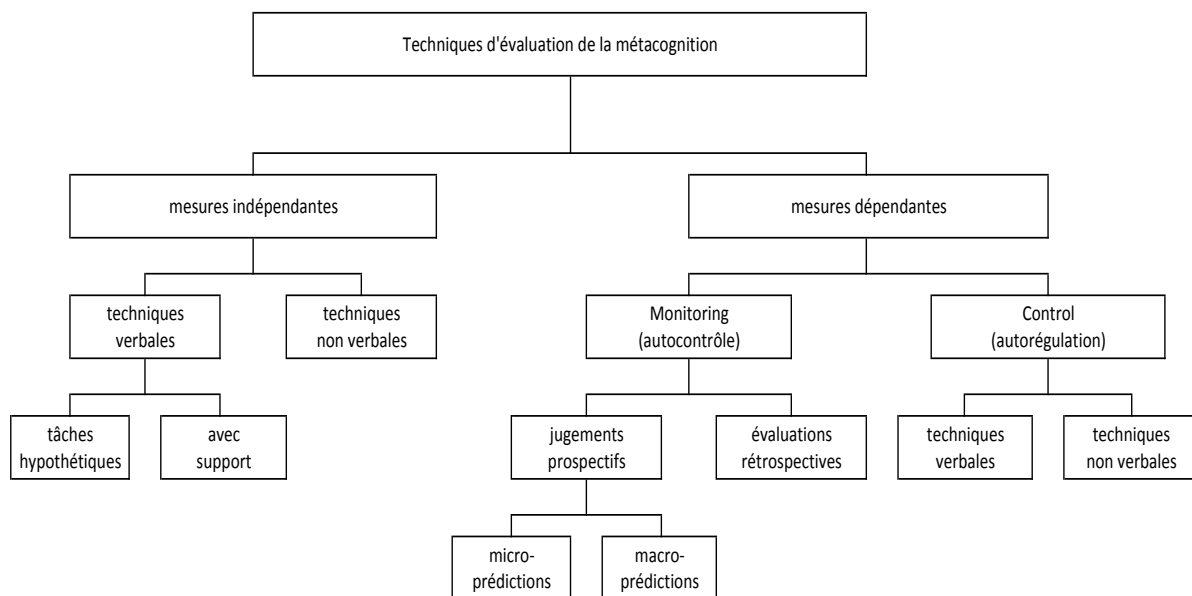


Figure 2. Les techniques d'évaluation de la métacognition (à partir de Mariné & Huet, 1998).

D'une part, les mesures indépendantes de la réalisation d'une tâche concernent les connaissances et les croyances métacognitives relatives aux personnes, aux variables et aux stratégies (travaux de Flavell), ainsi qu'aux interactions entre ces trois variables – *i.e.*, les connaissances métacognitives. Ces techniques visent à évaluer le savoir qu'une personne possède sur le fonctionnement, le développement, l'utilisation et les possibilités du système cognitif en général, et du sien en particulier. Elles se caractérisent par un recueil de données indépendamment de la réalisation effective d'une tâche. Parmi les mesures indépendantes,

nous pouvons distinguer les techniques verbales en référence à des tâches hypothétiques (entretien dirigé, questionnaires), les techniques verbales avec support concret (diminution de la complexité liée à des situations fictives) et les techniques non verbales (épreuves de classement en fonction du degré de difficulté selon des critères définis). Les mesures indépendantes présentent un intérêt tant dans une perspective développementale que dans une perspective comparative. Toutefois, l'emploi de ces techniques peut être critiqué face au constat de relations souvent modérées entre connaissances métacognitives et les performances cognitives réelles (Mariné & Huet, 1998).

D'autre part, les mesures dépendantes de la réalisation d'une tâche concernent les processus d'autocontrôle (*monitoring*) et d'autorégulation (*control*) – *i.e.*, les processus de régulation métacognitive. Ces techniques visent à étudier l'activité métacognitive mise en jeu lors de la réalisation d'une tâche. Elles se caractérisent par un recueil de données lié à la réalisation d'une ou plusieurs tâche(s). Parmi les mesures dépendantes, les techniques centrées sur l'évaluation des activités d'autocontrôle et d'autorégulation peuvent être distinguées. Les mesures de l'autocontrôle visent à inférer les processus par lesquels les sujets réalisent des jugements à propos du matériel à traiter, de leur activité ou de leur performance. On distingue les jugements prospectifs (sur la performance ou la réponse future) sur chaque item (micro-prédictions) ou sur la performance globale (macro-prédictions) d'une part, et les évaluations rétrospectives (sur une performance ou une réponse antérieure) d'autre part. Les mesures de l'autorégulation visent à inférer les processus qui organisent l'activité cognitive, tels que la planification, la sélection et le changement de stratégies, ou l'allocation des ressources. On distingue les techniques verbales (simultanées ou rétrospectives) des techniques non verbales (recueil des comportements spontanément mis en œuvre pour contrôler et réguler l'activité en cours). Comparativement aux mesures indépendantes, les mesures dépendantes, en contextualisant l'évaluation métacognitive, apparaissent comme plus fiables pour rendre compte de la mise en œuvre des connaissances métacognitives (Mariné & Huet, 1998).

c. La prise en charge des troubles métacognitifs

De la même manière que les techniques d'évaluation de la métacognition se composent de mesures indépendantes et de mesures dépendantes de l'exécution d'une tâche, nous

pouvons distinguer les techniques de prise en charge de la métacognition selon qu'elles concernent les connaissances métacognitives ou les processus de régulation métacognitive.

Parmi les interventions préexistantes dans le domaine des troubles mentaux, nous pouvons citer l'entraînement aux habiletés métacognitives, ainsi que les thérapies et programmes de psychoéducation. Le « *Metacognitive Training* » (EMC), développé par l'équipe de Moritz en 2007, est un programme visant à transmettre aux patients les connaissances acquises sur les biais cognitifs et leurs répercussions négatives, afin qu'ils puissent prendre conscience de leurs distorsions et agir en conséquence. Dans un contexte de validation francophone de ce programme, une première étude a montré une amélioration significative, sur le plan statistique et clinique, en ce qui concerne les idées délirantes – l'effet sur les hallucinations était moindre du fait que les modules sont davantage ciblés sur les biais cognitifs impliqués dans les idées délirantes – et la conscience du trouble (insight) – conscience de la maladie en général, conscience des idées délirantes et de leur attribution à la maladie, reconnaissance du besoin de traitement (Favrod et al., 2009). Les thérapies psychoéducatives dans la schizophrénie ont pour objectif d'améliorer le suivi thérapeutique et la qualité de vie du patient, afin de mieux faire face aux difficultés de la maladie, de réduire le nombre de récidives et la durée des hospitalisations. Elles interviennent dans trois domaines d'action : 1/ pédagogique, en donnant au patient des informations sur la maladie, ses manifestations et ses traitements ; 2/ psychologique, en apportant un soutien au patient et à son entourage face aux difficultés d'accepter et de vivre avec la maladie ; et 3/ comportemental, en fournissant au patient les outils nécessaires qui lui permettront de développer un comportement adapté à la prise en charge de ses difficultés. Le travail de psychoéducation du thérapeute est d'aider le patient à accéder à ses connaissances métacognitives (Vianin & Favrod, 2011). Un programme psychoéducatif ciblé sur l'insight a récemment été développé pour les patients souffrant de schizophrénie. Ce programme se décline en 6 séances portant sur différentes dimensions de l'insight (Misdrahi et al., 2008). L'étude pilote de ce projet a montré un niveau de satisfaction global élevé chez les patients et les intervenants, et les animateurs et psychiatres ont constaté une amélioration chez les patients de leur connaissance de la maladie et de leurs symptômes, de l'alliance thérapeutique, ainsi que de l'adhésion aux soins (Misdrahi et al., 2008). Le programme EMC et le programme Insight représentent des interventions principalement axées sur la prise en charge des connaissances métacognitives.

Concernant la régulation métacognitive, nous ne connaissons actuellement pas de programme ou de type d'intervention spécifiques pour la prise en charge des processus d'autocontrôle ou d'autorégulation. Toutefois, certains auteurs ont déjà proposé d'appliquer le modèle de la remédiation cognitive à la métacognition, en créant un espace dans lequel les capacités métacognitives pourraient être pratiquées et exercées à des degrés croissants de complexité (Brüne et al., 2011). Cette idée a été renforcée par les suggestions de Tas et al. (2012) d'intégrer des techniques de stimulation des capacités métacognitives lors des interventions psychologiques, et d'élaborer des programmes d'entraînement individualisés.

La métacognition ne peut être envisagée comme un bloc, elle est constituée de systèmes de raisonnement spécifiques distincts. Dans la schizophrénie, certains aspects du fonctionnement métacognitif sont atteints alors que d'autres sont préservés. D'où l'importance pour la réhabilitation d'évaluer les forces et les faiblesses des différentes capacités qui composent la métacognition (Bacon & Izaute, 2009 ; Lysaker et al., 2011).

3. Le processus de rétablissement

3.1 Historique et définition conceptuelle du rétablissement

La notion de rétablissement ne va pas de soi en psychiatrie, notamment en ce qui concerne les personnes atteintes de schizophrénie, puisque cela reviendrait à envisager une évolution favorable pour une maladie chronique dont le pronostic est péjoratif.

a. Contexte historique et émergence du concept

Kraepelin a proposé en 1896 (5^{ème} édition du *Traité de Psychiatrie*) un mode simplifié de classification des psychoses en fonction de leur modalité évolutive, la « dementia praecox » désignant alors une démence fonctionnelle pouvant survenir chez le sujet jeune et dont l'évolution vers une détérioration inexorable était par essence péjorative (Frith, 1996). Dans la 7^{ème} édition de 1904, il assouplit sa position initiale sur le pronostic, en rendant compte de certains cas de rémission complète ou de guérison avec déficit léger, et confirme son opinion en 1913 lorsqu'il signale 26 % rémissions de quelques mois et 12,6 % de rémissions complètes dans la « dementia praecox » (Haustgen & Sinzelle, 2010). Parmi les possi-

bilités évolutives du groupe des schizophrénies, Bleuler a utilisé le terme de « recovery with defect » pour décrire les quelques cas de patients retrouvant un fonctionnement normal, que l'on peut traduire par « rétablissement imparfait » (Duplantier, 2011). Toutefois, la vision très pessimiste de la schizophrénie et de son pronostic négatif, dans le sens d'une détérioration intellectuelle et affective, constituent pour la plupart des psychiatres une caractéristique majeure du diagnostic de schizophrénie (Laplanche & Pontalis, 2007).

La découverte des neuroleptiques, dans les années 1950, insuffle un vent d'optimisme et permet d'entrevoir une amélioration des symptômes de la schizophrénie, ainsi que l'espoir d'une évolution plus favorable à long terme. Une réflexion et une volonté de changement, ajoutées aux progrès pharmacologiques, ont permis de rendre possible le processus de désinstitutionalisation, le but étant de réduire la population de patients hospitalisés tout en leur proposant des soins délivrés par des services ancrés dans la communauté. Cependant, le résultat global ne fut que très relativement positif puisque certains objectifs furent loin d'être atteints, notamment la diminution de la dépendance, la réintégration dans la communauté et la réduction de la stigmatisation, ce qui a renforcé la vision négative et pessimiste entourant la schizophrénie (Duplantier, 2011).

Le mouvement du rétablissement a émergé dans les années 1970 dans ce contexte, grâce à des initiatives des usagers et des psychiatres. Le mouvement d'« empowerment » désigne la « reprise du pouvoir par les usagers », qui s'impliquent de plus en plus dans les politiques de soins et les prises de décision quant à l'organisation des systèmes de santé. Le but de ce mouvement est de construire une alternative au monde de la psychiatrie, dont l'objectif est de promouvoir le « rétablissement », c'est-à-dire de rendre chacun capable de vivre pleinement et indépendamment. Parallèlement à l'« empowerment », la recherche sur le rétablissement a connu un essor considérable avec les usagers d'une part – des études qualitatives, des récits de vie et des rapports d'expériences personnelles, écrits par d'anciens patients (Deegan, 1988 ; Leete, 1989) – et les professionnels d'autre part – des études longitudinales de longue durée, qui ont montré des améliorations significatives sur le plan fonctionnel et symptomatique de personnes atteintes de schizophrénie (Ciompi et al. 2010, *in* Duplantier, 2011).

Enfin, l'émergence du concept de rétablissement est liée au mouvement de la réhabilitation psychosociale dont l'objectif est la réintégration des patients au sein de la société. Leur

prise en charge se veut globale, les buts étant le contrôle de la pathologie, la réinsertion sociale et professionnelle, ainsi que le renforcement de l'identité personnelle. Anthony (1993) insiste sur la nécessité de prendre en compte les préoccupations des personnes atteintes de maladie mentale, telle que la schizophrénie, puisqu'elles souhaitent et ont besoin de davantage que le simple soulagement de leurs symptômes. Le terme de réhabilitation psychiatrique remplace progressivement celui de réhabilitation psychosociale, dans une volonté de promouvoir l'intégration du social et du médical dans une approche plus globale, dite biopsychosociale, du traitement des pathologies psychiatriques.

b. Les différents points de vue

Dans l'usage courant, le rétablissement désigne le fait de « recouvrer la santé », il s'agit d'un retour à un état antérieur. Dans le domaine médical, le rétablissement, « recovery » en anglais, fait référence au « fait de retrouver l'usage d'une fonction détériorée par un accident ou une maladie » (*PubMed*), ce qui se rapproche grandement de la notion de guérison, définie dans le Petit Larousse par l'acte de « sortir d'une maladie, se soigner pour en sortir, être rétabli ». Toutefois, la notion de rétablissement n'est pas encore bien définie en psychiatrie, puisque la plupart des maladies psychiatriques ne connaissent pas de guérison. Les cliniciens et les patients n'ont pas la même définition du rétablissement (Roe et al., 2011), cependant les travaux de recherche actuels permettent de distinguer trois points de vue, qui diffèrent les uns des autres en fonction de leur angle d'approche : celui des usagers qui entendent le rétablissement comme un processus, celui des médecins-chercheurs qui le perçoivent comme un état ou un aboutissement, et enfin celui des cliniciens qui l'abordent comme une attitude ou une façon d'être face à la maladie (Duplantier, 2011).

Concernant le point de vue des usagers, ce sont des personnes elles-mêmes atteintes de troubles psychiatriques qui ont été à l'origine de l'émergence du concept de rétablissement, en réponse à la stigmatisation et la dépendance induites par le milieu psychiatrique. A partir de son expérience personnelle de la schizophrénie, Deegan entend le rétablissement comme un processus, et non une destination, au travers duquel les adultes atteints de troubles psychiatriques deviennent des participants actifs et responsables de leur projet de réhabilitation. Il réfère ainsi à l'expérience de vie vécue et réelle des personnes qui acceptent et relèvent le défi de leur invalidité, leur permettant de connaître leurs limites et de retrouver le

pouvoir et le contrôle de leur propre vie (Deegan, 1988, 1997). Anthony (1993) s'appuie sur cette conception du rétablissement pour définir un processus unique et personnel de changement de ses propres attitudes, valeurs, sentiments, buts, compétences et rôles, afin de vivre une vie satisfaisante, active et prometteuse malgré les limites imposées par la maladie. A travers le rétablissement, la personne passe à d'autres intérêts et activités. Pour lui, la vision multidimensionnelle du rétablissement doit inclure diverses dimensions telles que l'estime de soi, l'adaptation au handicap, l'autonomisation et l'autodétermination. Il propose également huit hypothèses de base d'un système de santé mentale axé sur le rétablissement : 1/ il peut se produire sans l'intervention d'un professionnel ; 2/ importance de la présence de l'entourage ; 3/ sa vision ne dépend pas de la théorie sur les causes de la maladie mentale ; 4/ il peut se produire même si les symptômes réapparaissent ; 5/ il modifie la fréquence et la durée des symptômes ; 6/ ce n'est pas un processus linéaire ; 7/ le rétablissement des conséquences de la maladie est parfois plus difficile que guérir de la maladie elle-même ; et enfin 8/ le rétablissement d'une maladie mentale ne signifie pas que l'on n'était pas « réellement malade mental » (Anthony, 1993). Mead et Copeland (2000), deux autres représentantes de la communauté des patients, insistent sur l'importance de l'espoir, de la responsabilité personnelle, de l'éducation thérapeutique, de l'auto-défense et du soutien des pairs, dans le but d'atteindre un état de bien-être et d'équilibre, sans nécessaire rémission complète des symptômes. Dans les groupes d'entraide au rétablissement, les usagers travaillent ensemble pour redéfinir le sens de leurs symptômes, et découvrir les compétences, les stratégies et les techniques qui pourraient leur être utiles. Provencher (2002) souligne que le rétablissement doit être abordé au travers de l'expérience subjective de l'individu, dans ses efforts pour surmonter les symptômes et dépasser les limites imposées par le trouble mental et les conséquences sociales associées. Le rétablissement personnel (subjectif) de l'approche des usagers est fondé sur l'expérience et perçu comme un processus continu de changement d'identité, il inclut diverses dimensions personnelles telles que la qualité de vie, la confiance en soi, l'espoir et le soutien social perçu (Roe et al., 2011). Ces descriptions insistent sur l'importance de redéfinir ses propres limites, de les accepter et les appréhender pour mieux les dépasser. Il ne s'agit pas de nier la maladie, mais d'apprendre à « faire avec » le trouble mental afin de se construire une vie satisfaisante et de retrouver un rôle dans la société.

Concernant le point de vue des médecins-chercheurs, le constat d'améliorations sur le plan fonctionnel et symptomatique de personnes atteintes de schizophrénie, dans de nombreuses études longitudinales (revue *in* Duplantier, 2011), a montré la nécessité de définir le

concept de rétablissement. La vision des chercheurs concernant le rétablissement d'une maladie mentale a longtemps été de prévenir et de guérir (Anthony, 1993), c'est pourquoi les mesures concernant l'évolution favorable de la maladie se limitent souvent à la symptomatologie positive. Andreasen et al (2005), dans le cadre du « groupe de travail sur la rémission », définissent le rétablissement fonctionnel comme la capacité à fonctionner au sein de la communauté, socialement et professionnellement, tout en étant relativement libre de toute psychopathologie. Le rétablissement est ici considéré comme un état fonctionnel cherchant à être maintenu, et non plus comme un processus de transformation et de réajustement continuels décrit par les usagers. Liberman et al. (2002) proposent de définir le rétablissement selon quatre critères, comme une période de deux ans minimum pendant laquelle la personne 1/ présente une rémission symptomatique (seuil de 4 ou moins à la BPRS pour les symptômes positifs et négatifs) ; 2/ possède un bon fonctionnement professionnel (ou bénévole), au moins à mi-temps ; 3/ vit de manière indépendante et autonome (gestion du traitement, des finances, du quotidien, planification) ; et enfin 4/ entretient des relations avec des pairs (autre que l'entourage proche), à travers un événement quelconque, au moins une fois par semaine. Le seuil significatif pour la rémission des symptômes défini par les auteurs constitue une base intéressante pour les travaux de recherche, mais apparaît trop arbitraire pour la pratique clinique. De plus, la subjectivité propre de la personne (satisfaction personnelle) n'est pas prise en compte. Pour Nasrallah et al (2005), l'efficacité clinique dans le traitement de la schizophrénie dépasse le simple contrôle des symptômes psychotiques, et inclue le rétablissement fonctionnel, ainsi que la réinsertion sociale et professionnelle. Parmi les objectifs visés, les auteurs soulignent la réduction de l'impact de la maladie sur l'entourage, qui joue le rôle de soutien pour le malade et sert de relai entre le patient et les soins, ainsi que l'importance du ressenti et de la satisfaction des patients sur leur propre parcours. Le rétablissement clinique (objectif) est perçu en terme d'aboutissement, qui traduirait le résultat de la réduction des symptômes cliniques et de l'amélioration du fonctionnement quotidien (Roe et al., 2011).

Concernant le point de vue des cliniciens – psychiatres et psychologues –, le concept de rétablissement se doit d'être clarifié, afin de faciliter la démarche de réhabilitation. La plupart des maladies mentales ne connaissent pas de guérison, toutefois un objectif thérapeutique peut être établi par le clinicien et le patient. Le rétablissement en tant que résultat – tel que défini par les chercheurs – peut constituer cet objectif, bien que le cheminement pour aboutir à ce résultat – tel que défini par les usagers – soit également qualifié de rétablissement. Ainsi, le rétablissement désignerait à la fois le processus et l'aboutissement de la dé-

marche de réhabilitation. Partant des définitions du rétablissement selon les points de vue des usagers d'une part, et des chercheurs d'autre part, nous proposons de reprendre ici les caractéristiques essentielles permettant de qualifier ce concept :

1/ Le rétablissement est un processus de transformation et de réajustement personnel.

2/ Ce processus est non linéaire, pouvant comprendre des périodes de stagnation ou de retours en arrière, du fait du caractère chronique de la maladie.

3/ Son objectif est le retour ou l'accès à une vie satisfaisante et prometteuse. Cette vie satisfaisante doit l'être pour le patient, ce qui implique une participation active dans laquelle il devient acteur de ses propres soins, accepte la responsabilité de sa vie et de son projet de rétablissement, apprend à connaître ses limites et leurs conséquences sociales, participe à retrouver le pouvoir et le contrôle de sa vie.

4/ Le rétablissement est basé sur l'expérience de vie subjective du patient, d'où l'importance de l'estime de soi, de l'autodétermination, de l'adaptation au handicap.

5/ C'est un concept multidimensionnel, visant l'indépendance et l'autonomie du patient, un bon fonctionnement global au sein de la communauté (fonctionnel, social, professionnel), la responsabilité personnelle, l'espoir, la recherche d'une identité positive et d'une redéfinition acceptable de soi.

6/ L'entourage joue un rôle important dans le rétablissement, de part son rôle de soutien et de relai avec les soins.

7/ La rémission symptomatique et la réduction des effets indésirables des traitements constituent un moyen d'atteindre le rétablissement et non un objectif en soi, ils ne constituent donc pas une condition nécessaire.

3.2 Liens avec d'autres concepts de psychiatrie

L'anglais ne possède qu'un terme, « rehabilitation », pour désigner deux concepts : le processus de l'intervention, la réadaptation, et l'objectif à atteindre, la réhabilitation. Selon Lalonde (2007), les approches thérapeutiques de la schizophrénie comportent quatre volets : le traitement (faire pour), la réadaptation (faire avec), la réhabilitation (faire envers) et le rétablissement.

Le traitement psychiatrique intervient au cours des différentes phases de l'évolution de la maladie, que se soit au moment du premier épisode de décompensation psychotique,

durant la période de stabilisation, ou lors de nouvelles rechutes. La coopération pleine et entière du patient n'est pas nécessairement requise, puisqu'il s'agit de « faire pour » (sous-entendu le patient). Le traitement psychiatrique est constitué de différents types d'interventions : le traitement psychopharmacologique avec notamment les antipsychotiques, la thérapie psychoéducatrice auprès du patient et de sa famille, la thérapie de milieu permettant de fournir au patient un environnement social apaisant et sécuritaire (Barbès-Morin & Lalonde, 2006).

La réadaptation psychiatrique a pour objectif de traiter les conséquences de la maladie (Barbès-Morin & Lalonde, 2006), par le développement des compétences personnelles du patient et le développement des ressources environnementales (Anthony & Liberman, 1986). Contrairement au traitement, la réadaptation psychiatrique nécessite l'implication du patient comme un impératif essentiel, il s'agit désormais de « faire avec », en redonnant au patient les moyens d'agir en tenant compte de ses déficits et de ses capacités (Lalonde, 2007). Les auteurs soulignent également que la division qui existait et qui persiste encore parfois aujourd'hui entre réadaptation psychiatrique et réadaptation psychosociale n'a pas lieu d'être, puisque la réadaptation psychiatrique est définie par sa nature biopsychosociale.

La réhabilitation a pour objectif de développer un contexte social afin de redonner à la personne sa dignité et une place dans la société, en optimisant ses capacités persistantes et en diminuant les difficultés découlant de ses conduites déficitaires. Le but est d'améliorer le fonctionnement de la personne afin qu'elle puisse remporter des succès et éprouver des satisfactions, dans un milieu de son choix. Il ne s'agit plus tant d'agir sur le patient, mais sur nous-même et la société pour diminuer les préjugés et la discrimination, c'est-à-dire « faire envers » (Lalonde, 2007). Selon Barbès-Morin et Lalonde (2006), la réhabilitation oriente vers l'atteinte d'un rétablissement global, ce qui va plus loin que le seul rétablissement de la maladie mentale.

Anthony et Liberman (1986) proposent un modèle de la réadaptation psychiatrique dans lequel ils divisent la maladie mentale en quatre niveaux d'impact, caractérisés par des interventions, des compétences à acquérir et des objectifs spécifiques : 1/ la pathologie, qui désigne une lésion ou une anomalie dans le système nerveux central provoquée par des agents ou processus responsables de l'étiologie et l'entretien du trouble ; 2/ la déficience, qui traduit toute perte ou anomalie d'une structure psychologique, physiologique, anatomique ou

fonctionnelle et résultant de la pathologie sous-jacente, le niveau d'intervention pour ces deux premiers niveaux d'impact est le traitement psychiatrique, dans le but d'acquérir un savoir, afin de contrôler les causes et les symptômes de la maladie ; 3/ l'invalidité, qui désigne toute réduction ou absence, résultant d'une déficience, de la capacité à accomplir une activité considérée comme « normale », le niveau d'intervention étant la réadaptation, dans le but d'acquérir un savoir-faire, afin de redonner au patient les moyens d'agir en tenant compte de ses déficits et capacités ; et enfin 4/ le handicap, qui désigne un désavantage, résultant d'une déficience ou d'une invalidité, qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle « normal », le niveau d'intervention étant la réhabilitation, dans le but d'acquérir un savoir-être, afin de redonner à la personne sa dignité et le pouvoir d'agir, et de favoriser sa réinsertion sociale (Barbès-Morin & Lalonde, 2006).

La rémission dans la schizophrénie a été définie par Andreasen et al. (2005) comme un état dans lequel les patients ont connu une amélioration des symptômes, dans la mesure où les symptômes résiduels sont de faible intensité, de telle sorte qu'ils n'interfèrent plus significativement avec le comportement, et sont en dessous des seuils utilisés pour poser le diagnostic de schizophrénie. Pour ces auteurs, la rémission est une condition nécessaire mais non suffisante au rétablissement. Alors que la rémission concerne des critères diagnostiques tels que les symptômes et vise une amélioration « temporaire », le rétablissement est davantage centré sur des critères de développement personnels et psychologiques, et sa non-linéarité, impliquant de possibles rechutes symptomatiques, ne remet pas en question son mouvement personnel global. De plus, tandis que la rémission est basée sur les mesures objectives de la symptomatologie et du fonctionnement du patient, indépendamment de son point de vue personnel, le rétablissement nécessite un certain degré d'acceptation de la maladie de la part de celui-ci.

3.3 Le rétablissement des personnes atteintes de schizophrénie

Ainsi le rétablissement désignerait la capacité d'une personne à reprendre possession de sa vie et surmonter ses troubles sans être nécessairement « guérie ». L'étude du rétablissement de personnes vivant avec la schizophrénie permet de s'intéresser non pas uniquement à la maladie et son caractère destructif, mais au cheminement constructif et particulier de la personne (Noiseux & Richard, 2005).

a. Le processus de rétablissement

Nous avons vu précédemment que les définitions concernant le concept de rétablissement divergent en fonction du point de vue, toutefois la notion de processus reste commune à différentes conceptions. En effet, le rétablissement n'est pas linéaire, il s'agit d'un processus actif et dynamique qui ne suit pas forcément l'évolution de la symptomatologie, et qui peut représenter soit le rétablissement lui-même, soit le cheminement du sujet lui permettant d'atteindre l'objectif de rétablissement. De plus, bien que chaque expérience soit personnelle et singulière, le rétablissement semble suivre une voie identique pour toutes les personnes en faisant l'expérience, une trajectoire à travers différentes étapes que certains auteurs ont tenté de conceptualiser.

Dans une analyse longitudinale visant à définir les thèmes liés à l'amélioration du fonctionnement et de l'expérience subjective, Spaniol et al. (2002) ont réalisé une description empirique du processus de rétablissement, c'est-à-dire du point de vue des personnes qui en font l'expérience, et identifié quatre grandes phases : 1/ être submergé par la maladie, cette phase qui débute lors de la survenue de la maladie est marquée par la confusion et l'absence de contrôle, une faible confiance en soi, des relations fragiles ou inexistantes, des objectifs non ancrés dans la réalité ; 2/ être aux prises avec la maladie, une fois la phase aigüe dépassée, la personne commence à développer une explication sur ce qui lui arrive et fait face à la probabilité que la situation risque de durer, tout en reconnaissant la nécessité de développer des moyens de faire face pour avoir une vie satisfaisante, cette phase est caractérisée par la force de construction et la confiance dans la capacité d'agir dans son propre intérêt, mais elle reste toutefois marquée par la peur de l'échec ; 3/ vivre avec la maladie, cette phase est caractérisée par le fait que la personne a fini par accepter sa maladie et se sent en confiance pour la gérer puisqu'une vie satisfaisante est possible malgré la maladie, une bonne estime de soi et un sentiment de contrôle sur sa propre vie ; et enfin 4/ vivre au-delà de la maladie, dans cette phase la maladie occupe une part beaucoup plus infime du monde de la personne et n'interfère pas de façon significative avec une vie satisfaisante.

Une étude effectuée auprès de personnes atteintes de schizophrénie, de leurs proches et d'intervenants œuvrant dans le domaine de la santé mentale, a permis de faire émerger sept catégories décrivant le rétablissement de personnes vivant avec la schizophrénie (Noiseux &

Richard, 2005) : 1/ l'expérience de la schizophrénie, ou descente aux enfers, caractérisée par l'effondrement des désirs, des rêves, des projets, ainsi qu'un ostracisme familial et social ; 2/ le jaillissement d'une étincelle, qui désigne le choc entre l'écœurement d'une existence marquée par les symptômes et le désir de vivre ; 3/ la démarche personnelle d'introspection, marquée par la découverte de sources de motivation alimentant le désir de vivre et la reconstruction du sens de soi ; 4/ l'activation de dispositions personnelles combattives, déterminée par la persévérance dans la lutte pour une vie nouvelle et la volonté de s'en sortir ; 5/ la découverte de clés pour un mieux-être, définie par les efforts menés dans la recherche et l'expérimentation de stratégies ; 6/ la capacité de manœuvrer le jeu du rapport inégal des forces intérieures et extérieures, caractérisée par la présence d'interactions confrontantes de la personne avec elle-même et son environnement ; et enfin 7/ la perception d'une lumière au bout du tunnel, marquée par la présence et la reconnaissance de signes et d'indices d'un mieux-être ressenti dans ses dimensions biopsychosociales.

Enfin, Andresen et al. (2003) ont recensé, dans un travail de synthèse portant sur cinq études antérieures, les différentes phases du processus de rétablissement, afin de proposer leur conceptualisation d'un modèle en cinq étapes : 1/ le moratoire, qui désigne un temps de retrait caractérisé par un profond sentiment de perte, de désespoir, de déni et de confusion ; 2/ la sensibilisation (ou prise de conscience), qui marque une première lueur d'espoir vers une vie meilleure avec la possibilité d'un rétablissement et d'un soi autre que celui de « malade » ; 3/ la préparation, qui consiste en un bilan de soi par le sujet faisant l'inventaire de ses valeurs, ses forces et ses faiblesses ; 4/ la reconstruction, qui désigne l'étape au cours de laquelle le sujet travaille à se forger une identité positive au moyen de l'évaluation de buts personnels ; et enfin 5/ la croissance, qui est caractérisée par une perception positive de soi, une vie pleine et effective et un regard vers l'avenir, cette dernière étape étant considérée par les auteurs comme le résultat du processus de rétablissement. Notre réflexion va se baser sur cette conceptualisation du processus de rétablissement, détaillée dans un paragraphe suivant.

b. Les dimensions de l'expérience du rétablissement

Le rétablissement est un concept multidimensionnel, qui repose sur de multiples facteurs individuels et environnementaux. Les travaux portant sur ce concept ont permis de distinguer quatre dimensions au cœur des transformations de l'expérience du rétablissement,

dont la définition varie peu d'un auteur à l'autre : l'espoir, la re-définition de soi, le pouvoir d'agir et la relation aux autres. Ces dimensions sont inter-reliées dans le vécu de la personne, le développement de l'une favorisant le développement de l'autre.

L'espoir en une vie meilleure permet à la personne de penser l'existence d'un avenir (Provencher, 2002), il s'agit de croire en l'hypothèse du rétablissement. Il constitue la base de toute volonté de changement et permet la transformation des désirs en attentes. La présence de l'espoir est essentielle à toute démarche de rétablissement (Deegan, 1988 ; Mead & Copeland, 2000). Trouver l'espoir peut tout autant relever d'un évènement interne à la personne, qu'être déclenché par l'entourage au sens large ; ainsi, le pair perçu comme modèle devient source de motivation, d'inspiration et d'espoir, de même que la famille, les amis ou les intervenants, en croyant au potentiel de la personne et en lui apportant un soutien inconditionnel dans ses efforts et ses tentatives de développement. En ce sens, l'espoir ne constitue pas seulement l'élément déclencheur du rétablissement, il permet également le maintien du processus de rétablissement, c'est pourquoi Andresen et al. (2003) parlent de trouver et conserver un espoir. De plus, la notion de spiritualité, et notamment le recours aux croyances spirituelles, sont souvent évoqués comme source d'espoir, de réconfort et d'apaisement (Duplantier, 2011 ; Provencher, 2002).

L'apparition d'une maladie mentale telle que la schizophrénie conduit le plus souvent à une perte du sentiment d'identité, et place ainsi le processus de re-définition de soi au cœur du rétablissement (Andresen et al. 2003). Les changements dans le rapport à soi découlent de l'expérience subjective du patient, vers une plus grande reconnaissance de ses forces et ses faiblesses. La re-définition de soi implique deux processus : 1/ le processus de deuil associé à la présence d'un trouble mental – d'abord marqué par une phase de choc, de déni, de dépression et de colère, avec une interprétation des écarts de fonctionnement en termes de pertes, puis caractérisé par un phase d'acceptation et d'espoir, avec l'utilisation de stratégies adaptatives, la réévaluation positive des écarts de fonctionnement, la découverte du pouvoir d'agir et l'engagement actif dans la construction d'un nouveau soi – et 2/ le processus de découverte d'un nouveau soi – déterminé par l'émergence d'un nouveau sens de soi, inventaire des forces et faiblesses avec clarification des objectifs, la mise en action des ressources personnelles, et l'utilisation du nouveau soi en tant qu'agent de soutien (Provencher, 2002). Ces deux processus favorisent l'abandon du rôle de patient et l'investissement dans de nouveaux rôles, permettant ainsi de dépasser la stigmatisation internalisée. Pettie et Triolo (1999, *in*

Andresen et al., 2003) distinguent deux approches pour concilier le soi et la maladie : la maladie est acceptée comme une partie de soi dans un esprit de croissance, ou alors elle est considérée comme un élément distinct du « vrai » soi, qui doit être vécu avec.

La schizophrénie peut également être vécue comme une perte totale de contrôle tant interne (pensées, conscience) qu'externe (soins reçus, parcours socioprofessionnel). Entrer dans la démarche du rétablissement correspond au fait de choisir de retrouver le contrôle et le pouvoir d'agir (Duplantier, 2011). Le pouvoir d'agir (ou « empowerment ») est à la fois un processus – au cours duquel le patient assume davantage de responsabilités dans l'orientation de sa vie, croit en sa capacité d'exercer un contrôle sur son environnement, détermine des stratégies proactives pour la prévention et la gestion des rechutes et des symptômes –, et un construit – caractérisé par la confiance en soi, la croyance en ses forces personnelles et leur utilisation, la perception de son contrôle sur l'environnement, l'autorité décisionnelle, ou encore l'efficacité personnelle (Provencher, 2002). Le rétablissement implique également la disparition du sentiment d'impuissance et de dépendance, à travers la connaissance des mécanismes impliqués dans l'élaboration de stratégies visant à surmonter les barrières internes et externes (Provencher, 2002). La (re)découverte du pouvoir d'agir est une composante de la dimension « prendre la responsabilité de sa vie et de son bien-être » chez Andresen et al. (2003), pour lesquels assumer la responsabilité du rétablissement inclut l'auto-gestion de sa propre vie et de sa maladie, l'autonomie dans ses choix de vie, la responsabilité de ses actes, la volonté de prendre des risques dans une perspective de croissance. Ainsi, le rétablissement nécessite détermination et engagement de la part du patient.

Le sentiment de solitude et l'isolement social sont réels dans la schizophrénie. Le développement de relations interpersonnelles significatives pour le patient constitue donc une dimension importante du processus de rétablissement. La relation aux autres passe par le fait de recevoir du soutien, mais également de développer le sentiment d'appartenance à un groupe et l'estime de soi (Duplantier, 2011). La relation aux autres passe par les membres de la famille, mais également et surtout par les pairs, au travers des groupes d'entraide permettant ainsi de promouvoir le respect, l'autonomie et la défense des droits, de développer le pouvoir d'agir, de procurer l'aide nécessaire pour faciliter l'accès aux services, d'améliorer la qualité de vie, de réduire la discrimination sociale associée au trouble mental. Elle passe aussi par les intervenants, permettant la reconnaissance et la valorisation, en respectant le caractère unique et subjectif de chaque expérience, dans un rapport non hiérarchisé. Enfin, elle se fait

également avec les services de santé et de soutien, par leur disponibilité et leur accessibilité, ainsi que par l'étendue des interventions qu'ils proposent (Provencher, 2002). Cette dimension permet à la personne d'atteindre ses buts personnels, grâce à l'aide et au soutien d'autrui.

Enfin, une cinquième dimension a été conceptualisée par Andresen et al. (2003), qui n'abordent pas celle de la relation aux autres ; il s'agit de « trouver un sens et un but à la vie ». Parce que les objectifs antérieurs ne sont plus disponibles du fait de la maladie, une réévaluation des objectifs et des valeurs est nécessaire pour permettre la croissance personnelle, facilitée par le fait de découvrir ce qui rend la vie précieuse et enrichissante pour l'individu (Leete, 1989). Tout comme le fait de trouver un sens à la vie fait partie intégrante du rétablissement, la source de cette signification peut varier considérablement d'un individu à l'autre, ainsi qu'au fil du temps (Andresen, 2007).

c. La STORI, un outil pour la mesure du rétablissement

Andresen et al. (2006) proposent la STORI (Stages Of Recovery Instrument) comme instrument de mesure des étapes du rétablissement, un outil d'auto-évaluation construit à partir de leur modèle du rétablissement en cinq étapes – le moratoire constituant la phase initiale ; la prise de conscience et la préparation composant la phase intermédiaire, et enfin la reconstruction et la croissance représentant la phase finale – et basé sur quatre dimensions de l'expérience du rétablissement – trouver et conserver un espoir, le rétablissement d'une identité positive, trouver un sens et un but à la vie, et assumer la responsabilité de sa propre vie (Andresen et al., 2003).

Chacune des quatre dimensions du processus de rétablissement identifiées par les auteurs englobe différents concepts. Ainsi, 1/ trouver et conserver un espoir (Espoir) comprend l'optimisme, l'espérance, l'inspiration, les modèles de rôles ou de comportements, les autres croyances en soi, l'initiative personnelle et l'espoir en l'avenir ; 2/ la re-définition de soi et de l'identité (Identité) inclue un sentiment de soi restructuré et intégré, la re-définition de soi, la connaissance de soi, faire un bilan de soi et un inventaire interne, la signification de la maladie et la relation avec la maladie, lutter contre la stigmatisation ; 3/ trouver un sens et un but à la vie (Sens) comporte l'estime de soi, la spiritualité, un travail valorisant, les valeurs intrinsèques, la définition d'un but dans la vie, un changement d'objectifs, un changement de va-

leurs et d'attitudes, la signification de la maladie ; et enfin 4/ prendre la responsabilité de sa vie et de son bien-être (Responsabilité) contient l'auto-détermination, l'auto-gestion de la maladie, le pouvoir d'agir, la volonté de prendre des risques, se construire son indépendance, éliminer le rôle de patient, la responsabilité du rétablissement (Andresen, 2007).

Andresen (2007 ; Andresen et al., 2003, 2006) propose une définition des cinq étapes du processus de rétablissement :

1/ Le *Moratoire*, ou phase de latence, est caractérisé par le déni de l'identité de la maladie, la confusion, le désespoir, la perte d'identité, un sentiment d'impuissance et un retrait auto-protecteur. Cette étape représente le moment de la survenue de la maladie, vécue comme une descente aux enfers, et l'aliénation de la personne sous le poids des symptômes. Toutefois, cette souffrance incommensurable est un préalable nécessaire à la possibilité de vivre un rétablissement.

2/ La *Prise de conscience*, ou sensibilisation, désigne la première lueur d'espoir qu'une vie meilleure est envisageable et la prise de conscience que le rétablissement est possible. Cette étape peut être consécutive à un événement interne ou suscitée par un clinicien, un proche ou un pair. Elle implique la prise de conscience d'un soi possible autre que celui de malade mental, un soi capable de se rétablir. Certains symptômes de la schizophrénie, tels que le déni, l'ambivalence, le repli, l'apragmatisme, peuvent constituer un frein à cette étape d'acceptation, d'où l'importance du traitement médicamenteux dans cette phase, visant l'amélioration symptomatique.

3/ La *Préparation* qualifie l'étape au cours de laquelle la personne décide de commencer à travailler sur le rétablissement. Cette phase consiste à faire le bilan du soi intact, de ses valeurs, ses forces et ses faiblesses. La personne reconnaît la nécessité de développer des stratégies pour faire face aux symptômes, afin d'accéder à une vie plus satisfaisante. Il s'agit d'apprendre sur la maladie mentale et les services disponibles, ainsi que sur les compétences de rétablissement, de s'impliquer dans des groupes, d'être en contact avec des pairs et les personnes de confiance.

4/ La *Reconstruction* désigne la phase durant laquelle le travail acharné de rétablissement a lieu. La personne travaille à se forger une identité positive. Ceci implique d'établir et de travailler à la réalisation d'objectifs personnels raisonnables et valorisés, et parfois une réévaluation des anciens objectifs et des anciennes valeurs. La prise de risque conduit souvent à des échecs et une souffrance associée, mais ne doivent pas empêcher la personne d'expérimenter de nouvelles tentatives. Le rôle de l'entourage au sens large est ici détermi-

nant, tant dans le renforcement des efforts de la personne et de ses réussites, que dans le soutien apporté en cas de rechute ou d'échec. Le but est de prendre la responsabilité de la gestion de la maladie et de prendre le contrôle de sa propre vie.

5/ La *Croissance* peut être considérée comme le résultat du processus de rétablissement. La personne n'est pas forcément libre de tout symptôme, mais sait comment gérer la maladie, qui occupe une part beaucoup moins importante dans sa vie, et rester en bonne santé. Elle présente une résilience face à ses échecs et aux rechutes, elle a foi en ses propres capacités à s'en sortir et traverser les moments difficiles, et elle maintient une attitude positive. La personne vit une vie satisfaisante et significative, regarde vers l'avenir, et perçoit enfin une lumière au bout du tunnel. Cette étape est parfois valorisée chez certains patients par le sentiment que l'expérience de la maladie et le fait d'œuvrer pour le rétablissement en a fait une meilleure personne que ce qu'elle aurait pu prétendre à être autrement.

La STORI est constituée de 10 groupes de cinq items, représentant les cinq étapes du rétablissement (moratoire, prise de conscience, préparation, reconstruction, croissance), chaque groupe faisant référence à l'une des quatre dimensions du rétablissement (espoir, identité, sens, responsabilité). Le tableau 1 identifie la nature de la relation entre chaque étape et chaque dimension, en précisant le concept sous-jacent (Andresen, 2007).

Tableau 1. Les étapes du rétablissement en fonction de la dimension, dans la STORI.

	Espoir	Identité	Sens	Responsabilité
Moratoire	Désespoir	Perte de l'estime de soi	Perte des buts dans la vie	Sentiment d'impuissance
Prise de conscience	Lueur d'espoir	« Je ne suis pas la maladie »	Besoin d'un but dans la vie	Besoin de prendre le contrôle
Préparation	Mobilisation des ressources	Faire l'inventaire	Réévaluer ses objectifs	Prendre des mesures autonomes
Reconstruire	Poursuite active de ses objectifs	Re-définition de soi	Des objectifs significatifs	Prise de contrôle
Croissance	Optimisme quant à l'avenir	Un soi authentique	Vivre une vie significative	Contrôle de sa vie et de son bien-être

4. La métacognition dans le processus de rétablissement

Le rétablissement dans le cadre de la schizophrénie désigne donc la capacité d'une personne à reprendre possession de sa vie et surmonter ses troubles sans être nécessairement

« guérie ». Cela implique pour le patient d'avoir connaissance de sa maladie, mais également de son propre fonctionnement sur le plan cognitif, social, professionnel ou encore fonctionnel. La métacognition renvoie à la compréhension implicite et explicite de connaissances à propos de ses propres états mentaux et de ceux d'autrui, à des fins de résolution de problèmes.

Deux composantes de la métacognition peuvent donc être distinguées, avec les connaissances métacognitives d'une part, et la régulation de ces connaissances d'autre part. Les connaissances métacognitives renvoient aux connaissances à propos de notre propre fonctionnement cognitif, elles concernent les personnes – connaissances et croyances sur les propriétés cognitives universelles et sur les différences intra- et interindividuelles –, les tâches – connaissances sur la nature des informations à traiter et les exigences de la tâche – et les stratégies – connaissances sur les moyens pris pour progresser vers un but et sur l'efficacité des différentes stratégies en fonction de la situation. Les activités métacognitives de régulation renvoient aux processus ascendants d'autocontrôle (*monitoring*) dont le rôle est d'informer le système métacognitif sur l'état du système cognitif et sur l'atteinte des buts, et aux processus descendants d'autorégulation (*control*) ayant pour fonction de guider et/ou de modifier l'activité cognitive en cours (Mariné & Huet, 1998). Concernant l'évaluation de la métacognition, les auteurs ont distingué deux types de techniques ; les mesures indépendantes de l'exécution des tâches renvoient à la première composante de la métacognition – les connaissances métacognitives – alors que les mesures dépendantes de l'exécution des tâches renvoient à la seconde composante – les activités métacognitives de régulation (Mariné & Huet, 1998). Tandis que les habiletés d'autocontrôle et d'autorégulation sont dépendantes de données contextuelles telles que la nature de la tâche, les connaissances métacognitives sont globalement perçues comme stables. C'est sur ces dernières, souvent erronées dans la schizophrénie, que l'intérêt du présent travail de recherche va porter, en étudiant l'impact d'une prise en charge de la métacognition sur les connaissances métacognitives. Parallèlement, nous verrons si l'évolution supposée des capacités métacognitives est conjointe à une évolution dans le processus de rétablissement.

La prise en charge au CER est proposée à des patients globalement stabilisés, dans une perspective de réhabilitation psychiatrique. La poursuite de cet objectif passe notamment par l'évaluation de leurs capacités – cognitives, sociales, professionnelles et fonctionnelles –, permettant ainsi aux patients de réaliser un bilan au cours duquel ils vont pouvoir identifier

leurs compétences et leurs difficultés. Cette démarche peut en ce sens être rapprochée de l'étape de *Préparation* du processus de rétablissement, correspondant à l'inventaire des forces et faiblesses du soi. Nous supposons donc que les patients pris en charge au CER devraient se situer aux alentours de cette étape intermédiaire du processus de rétablissement, selon qu'ils soient encore dans une démarche passive de *Prise de conscience* ou bien qu'ils aient initié de manière active le travail de *Préparation* ou de *Reconstruction*.

Le programme d'entraînement aux habiletés métacognitives (EMC) est un programme d'information sur les biais cognitifs – troubles métacognitifs identifiés chez des personnes atteintes de schizophrénie – et leurs répercussions négatives, favorisant ainsi chez les patients la prise de conscience de leurs distorsions (Favrod et al., 2009). Le programme Insight est un programme de psychoéducation sur les différentes dimensions de la conscience des troubles, permettant une amélioration chez les patients de leurs connaissances sur la maladie et ses symptômes (Misdrahi et al., 2008). Proposer ce type d'interventions à un patient en phase de *Préparation*, lorsqu'il fait le point sur ses forces et ses faiblesses apparaît donc tout à fait pertinent, puisqu'il lui faudra d'abord identifier et prendre connaissance de ses troubles pour lui permettre de développer les moyens d'agir en conséquence par la suite. Nous supposons que ces interventions de prise en charge de la métacognition pourront favoriser les connaissances métacognitives.

L'objectif du présent travail de recherche est de montrer que la prise en charge des troubles métacognitifs pourrait favoriser la réhabilitation psychiatrique de la personne atteinte de schizophrénie, avec une évolution conjointe des habiletés métacognitives et du processus de rétablissement. Toutefois, le rétablissement est un processus long et non linéaire, de transformation et de réajustement personnel permanent, pouvant comprendre des périodes de stagnation ou de retours en arrière. Nous ne prétendons donc pas, dans ce mémoire, être en mesure de nous intéresser à ce processus dans sa totalité. Nous tenterons simplement d'illustrer notre réflexion à travers l'étude de cas d'un patient atteint de schizophrénie. Dans un premier temps, nous présenterons le patient et établirons son profil clinique concernant le processus de rétablissement. Ensuite, nous proposerons un protocole, avec une présentation détaillée des outils d'évaluation et d'intervention utilisés. Puis, nous terminerons notre étude de cas par une présentation et une discussion des résultats.

1. Présentation du patient : M. RL

1.1 Histoire du sujet

Monsieur RL est âgé de 27 ans (né le 9 avril 1986). Sur le plan familial, il est le 3^{ème} d'une fratrie de six enfants (4 demi-sœurs et 1 demi-frère du côté de sa mère). L'enfance est marquée par des carences affectives et éducatives. Ses parents se sont séparés lorsqu'il avait deux ans, il n'a pas été reconnu par son père qu'il a rencontré pour la première fois en 2011 suite à une démarche personnelle. Le contact est quasiment rompu depuis. Monsieur RL a vécu chez sa mère et son beau-père, décédé en 2006, jusqu'à l'âge de 20 ans. Il entretient de bonnes relations avec sa mère et ses sœurs, qui sont soutenantes et étayantes.

Sur le plan de l'enfance et de l'adolescence, la scolarité est marquée par des troubles du comportement (désinvestissement des cours, absentéisme, non respect des règles, turbulent) et a été interrompue en troisième techno.

Sur le plan professionnel, Monsieur RL a bénéficié d'un accompagnement par la mission locale jusqu'en avril 2012, au cours duquel il a effectué plusieurs missions professionnelles sur des chantiers d'insertion. Il a également occupé un emploi jeune travailleur en tant que monteur de matériel de boulangerie pendant un an et demi, et réalisé des stages dans plusieurs ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail). Sur le plan financier, Monsieur RL gère seul son budget et les démarches sociales, il bénéficie d'une AAH.

Sur le plan social, Monsieur RL vit seul et de manière autonome dans un studio, il rapporte peu ou pas d'activités extérieures, et évoque des difficultés dans les relations avec les autres, ainsi qu'un isolement social marqué.

1.2 Histoire des troubles

Monsieur RL a bénéficié d'un suivi psychiatrique au cours de l'adolescence dans des circonstances de prise de toxiques (alcool et cannabis). Une première hospitalisation a eu lieu à l'âge de 17 ans (2003), dans un contexte de troubles des conduites et de l'humeur, caracté-

risés par des angoisses et des consommations d'alcool à visée anxiolytique. Un traitement par Risperdal a dès lors été instauré, mais la sortie d'hospitalisation a été suivie par une rupture totale des soins. A l'âge de 22 ans, M. RL a été suivi dans un contexte d'épisode dépressif moyen. Le diagnostic de schizophrénie a été posé et porté à la connaissance du patient en mars 2012. Plus précisément, le diagnostic évoque une schizophrénie hétérotypique épisodique avec déficit progressif. Selon le DSM IV-TR (APA, 2003), dans le type hétérotypique, également appelé type désorganisé, les manifestations cliniques au premier plan sont un discours désorganisé, une désorganisation comportementale – *i.e.*, perte des comportements dirigés vers un but – et un affect abrasé ou inapproprié. Des idées délirantes et/ou des hallucinations peuvent être présentes mais ne s'organisent pas en un thème cohérent, et une altération des performances neuropsychologiques et cognitives peut être constatée. Le diagnostic de schizophrénie est difficilement accepté par M. RL « *je trouve ça surdimensionné car je n'ai pas d'hallucinations* ».

La prise en charge au CER, qui a été proposée à M. RL et acceptée par celui-ci, a débuté en juillet 2012. D'un point de vue clinique, le contact est de bonne qualité et facile à établir. Des symptômes de dissociation mentale sont observés, avec une pensée et un discours plus ou moins désorganisés, ainsi que des perturbations sur le plan cognitif – surestimation de ses compétences, associée à une diminution apparente de l'efficacité intellectuelle et des capacités de concentration, depuis le début de la prise en charge. Aucune idée délirante n'est extériorisée par le patient, qui ne présente pas non plus de comportement hallucinatoire. M. RL évoque ses difficultés – notamment à accepter la maladie et les conséquences de celle-ci – depuis plusieurs mois « *je suis aux portes de l'enfer, je sature* », un vide existentiel ainsi qu'une grande lassitude, avec une incapacité à se projeter dans l'avenir. Il exprime ses attentes concernant le CER d'une prise en charge plus individualisée lui permettant d'élaborer un projet d'avenir, de donner un sens à sa vie et de se percevoir dans un processus d'évolution positive.

Concernant le traitement médicamenteux, un infirmier effectue une injection retard de Risperdal Consta® à M. RL, toutes les deux semaines, depuis septembre 2012. L'adhésion thérapeutique est toujours fragile, cependant l'état clinique reste stable.

Les observations cliniques nous permettent de situer M. RL dans la phase initiale de *Moratoire* (dénier de l'identité de la maladie et difficultés d'acceptation de ses conséquences, sentiment d'impuissance et de vide existentiel, descente aux enfers) du processus de rétablis-

sement. Toutefois, les attentes exprimées par le patient concernant sa prise en charge au CER nous laissent à penser un glissement de cette phase de latence vers une étape intermédiaire de *Prise de conscience*, caractérisée par la lueur d'espoir qu'une vie meilleure est envisageable et le rétablissement possible.

2. Présentation du protocole et des outils

L'intérêt du présent travail de recherche est d'étudier l'évolution du processus de rétablissement, chez un patient atteint de schizophrénie, lors d'une prise en charge de la métacognition. En effet, nous supposons qu'un bon fonctionnement métacognitif favoriserait le rétablissement et la réhabilitation des personnes souffrant de cette pathologie.

2.1 Les mesures du rétablissement et de la métacognition

Nous allons donc dans un premier temps procéder à une évaluation initiale du processus de rétablissement et de certains aspects de la métacognition chez M.RL, au moyen des outils suivants :

- la **STORI** (*Stages Of Recovery Instrument*, Andresen et al., 2006, trad Golay & Favrod) : cet auto-questionnaire en 50 items permet de situer l'étape de rétablissement (parmi les cinq : moratoire, prise de conscience, préparation, reconstruction ou croissance) dans laquelle se positionne le patient au moment de l'administration, selon les quatre dimensions retenues par les auteurs (Espoir, Identité, Sens, Responsabilité).

- l'**Insight Scale** (Birchwood et al, 1994, trad Linder & Favrod, 2006) : cette échelle permet de mesurer la conscience du trouble, au moment de l'administration, selon trois composantes : la conscience des symptômes, la conscience de la maladie, la conscience du besoin de traitement.

- le **MCQ-30** (Wells & Cartwright-Hatton, 2004) : ce questionnaire des métacognitions dans sa version abrégée permet d'évaluer les connaissances/croyances métacognitives selon 5 facteurs : la confiance cognitive, les croyances positives sur les préoccupations, la conscience métacognitive, les croyances négatives sur l'incontrôlabilité des pensées et le danger, et enfin les croyances sur la nécessité de contrôler ses pensées. Pour une traduction en langue française, nous nous sommes basés sur les travaux de validation francophone de l'outil original (Larøi et al., 2009).

- Enfin, nous avons tenté de mettre au point une **mesure expérimentale** d'évaluation des connaissances métacognitives, dans une tâche non verbale. Il s'agit pour le patient d'ordonner 9 situations sociales selon leur degré de difficulté de réalisation pour lui-même, en tenant compte de l'implication émotionnelle de chacune. Pour construire cet outil, nous nous sommes basés sur le module « Habilités Sociales » du Programme IPT (*Integrated Psychological Therapy*) en identifiant 3 catégories de situations (à faible risque, à risque plus élevé, et complexes), selon 3 contextes différents (familial, professionnel et « social »).

A la fin de la prise en charge, nous proposerons de nouveau ces différents questionnaires et échelles à M. RL, pour une comparaison pré- et post- prise en charge. Nous débiterons alors par les mesures de la métacognition (avec une seconde version de notre tâche expérimentale pour limiter l'effet de répétition), puis nous terminerons par l'évaluation du processus de rétablissement. Les protocoles de ces outils d'évaluation sont présentés en Annexes 1.

2.2 L'évaluation neuropsychologique

Le bilan neuropsychologique va nous permettre d'évaluer l'ensemble du fonctionnement cognitif de M. RL (mémoire, attention, compréhension verbale, raisonnement non verbal, et cognition sociale). Les épreuves cognitives sélectionnées pour l'évaluation du patient sont présentées ci-dessous (Tableau 1).

Tableau 1. *Epreuves cognitives sélectionnées pour l'évaluation neuropsychologique.*

Domaine cognitif	Test	Fonctions mesurées	Normes
Attention et Vitesse de traitement	Alerte phasique (TEA)	Alertes phasique et tonique	Zimmermann et Fimm (1994)
	Attention divisée (TEA)	Capacités d'attention divisée, modalités auditive et visuelle	
	Codes (WAIS IV)	Vitesse de traitement Mémoire visuelle à CT Capacité d'apprentissage Mémoire implicite	Wechsler (2011)
	Symboles (WAIS IV)	Vitesse de traitement	
	Indice de vitesse de traitement (WAIS IV)		
Mémoire	RL/RI 16	Mémoire épisodique verbale Processus mnésiques (encodage, stockage, récupération)	Van der Linden et le GREMEM (2004)
	Portes de Baddeley	Mémoire épisodique non verbale Reconnaissance visuelle	Origine des normes inconnue (cf. Annexe 2)

Mémoire de travail	Mémoire des Chiffres (WAIS IV)	MCT et MDT Manipulation mentale	Wechsler (2011)
	Arithmétique (WAIS IV)	MCT, MDT, MLT Manipulation mentale Raisonnement numérique	
	Indice de mémoire de travail (WAIS IV)		
Raisonnement perceptif et Fonctions exécutives	Cubes (WAIS IV)	Perception visuo-spatiale Traitement visuel abstrait Résolution de problèmes	Wechsler (2011)
	Matrices (WAIS IV)	Raisonnement non verbal (spatial), abstrait et inductif	
	Puzzles visuels (WAIS IV)	Raisonnement spatial	
	Indice de raisonnement perceptif (WAIS IV)		
	Flexibilité (TEA)	Attention sélective, flexibilité	Zimmermann et Fimm (1994)
	Incompatibilité (TEA)	Inhibition des automatismes, sensibilité à l'interférence	
	Commissions de Martin	Organisation et planification de l'action	Pas de normes, analyse clinique et descriptive.
Compréhension verbale	Similitudes (WAIS IV)	Raisonnement verbal abstrait	Wechsler (2011)
	Vocabulaire (WAIS IV)	Apprentissage, compréhension et expression des connaissances verbales	
	Information (WAIS IV)	Connaissances générales acquises (culture générale)	
	Indice de compréhension verbale (WAIS IV)		
Cognition sociale	Attribution d'intentions	TdE : Capacité à inférer des intentions (causalité intentionnelle et physique)	Pas de normes validées (Brunet et al., 2003).
	Faux Pas	TdE : détection de faux pas (compréhension des états mentaux et inférence des émotions)	Pas de normes, analyse clinique et descriptive.
	LEAS	Niveaux de conscience émotionnelle (pour soi et autrui)	Nandrino et al. (2013).

De plus, l'évaluation neuropsychologique représente déjà un travail métacognitif en soi, puisqu'elle peut permettre au patient de prendre connaissance de ses forces et de ses faiblesses. De la même manière, le testing des limites et les échanges avec le clinicien peuvent favoriser la prise de conscience des stratégies utilisées.

2.3 Les programmes de prise en charge de la métacognition

Concernant la prise en charge de la métacognition, le programme EMC (Moritz et al., 2007) et le programme Insight (Misdrahi et al., 2008) vont être proposés à M. RL.

a. Le programme EMC

Le *Metacognitive Training* (EMC) est un programme d'entraînement aux habiletés métacognitives composé de huit modules qui ciblent les erreurs cognitives communes et les biais de résolution de problèmes associés à la schizophrénie. Chaque module débute par des éléments psychoéducatifs et « normalisant » – le domaine respectif est introduit au moyen d'exemples et d'exercices, et la faillibilité de la cognition humaine est discutée et illustrée – puis les extrêmes pathologiques de chaque biais cognitif sont mis en évidence – des exemples de stratégies adaptées sont proposées pour remplacer les stratégies d'adaptation dysfonctionnelles (Moritz et al., 2007). Les modules du programme sont les suivants :

- *Module 1* – Styles d'attribution : inférer des causes (selon trois sources possibles : soi, les autres, les facteurs situationnels) aux événements (positifs et négatifs).
- *Modules 2 et 7* – *Sauter aux conclusions* : prise de décision hâtive basée sur des jugements construits à partir de preuves incomplètes, nécessité d'une évaluation attentive.
- *Module 3* – *Preuves infirmantes* (changer les croyances) : capacité moindre à réviser son jugement à propos d'interprétations erronées.
- *Modules 4 et 6* – *Empathie* : interprétation des expressions faciales (indices pour identifier les émotions et motivations internes d'autrui), point de vue des différents protagonistes.
- *Module 5* – *Mémoire* : faux souvenirs associés à un degré de confiance augmenté.
- *Module 8* – *Humeur et estime de soi* : styles dysfonctionnels de pensée pouvant contribuer à la dépression et une faible estime de soi.

Le programme EMC a été construit pour être administré dans le cadre d'une intervention en groupe, à raison de deux séances par semaine (chacune de 45 à 60 minutes). Toutefois, le matériel peut être utilisé et intégré dans une approche individuelle. Concernant notre travail de recherche, en raison de contraintes institutionnelles et de temps, nous avons proposé à M. RL le programme EMC dans le cadre d'une intervention en individuel, et seuls les modules 1 à 4 ont pu être administrés.

b. Le programme Insight

L'objectif des programmes psychoéducatifs tels que le programme Insight (Misdrahi et al., 2008) est d'améliorer la connaissance et la compréhension des patients concernant leur

maladie et son traitement, afin de leur permettre de mieux faire face aux difficultés de celle-ci. Ce programme se décline en 6 séances de groupe portant sur les différentes dimensions de l'insight : la conscience du trouble mental, la conscience des symptômes positifs, la conscience des symptômes négatifs, la conscience de la désorganisation, la conscience des conséquences psychosociales de la maladie et la conscience des effets du traitement. Chaque séance se présente sous la forme d'un atelier (de 1 à 2 h), à raison d'une séance par semaine, avec un travail psychoéducatif dynamique et interactif concernant le thème abordé, et une articulation autour d'un support spécifique (support vidéo ou de jeu). Concernant notre travail de recherche, seules les 3 premières séances du programme Insight ont pu être proposées à M. RL, en raison de contraintes institutionnelles et de temps.

3. Présentation des résultats

3.1 Evaluation pré-intervention

L'évaluation pré-intervention (ou évaluation à t1) désigne les mesures du rétablissement et de la métacognition effectuées avant l'évaluation neuropsychologique et les prises en charges de la métacognition. Les données chiffrées seront présentées dans le paragraphe 3.5, dans la discussion des résultats.

Le score total à l'échelle STORI (Andresen et al., 2006) nous indique que les réponses de M. RL le situent dans la phase avancée de *Reconstruction* de son processus de rétablissement. Plus précisément, les scores par dimension nous renseignent sur l'aspect hétérogène de la distribution, avec une situation dans les étapes intermédiaires de *Prise de conscience* pour la dimension Espoir et *Préparation* pour la dimension Sens, et dans l'étape avancée de *Reconstruction* pour les dimensions Identité et Responsabilité. Cet auto-positionnement dans le processus de rétablissement diffère du profil clinique établi précédemment, dans lequel nous situons M. RL entre les étapes de *Moratoire* et de *Prise de conscience*.

Concernant les capacités métacognitives, M. RL présente 1/ un niveau global correct (-1 ET) de connaissances et de croyances métacognitives (MCQ-30, Wells & Cartwright-Hatton, 2004), avec des difficultés plus marquées concernant les croyances sur la nécessité de contrôler ses pensées (- 2,5 ET) ; 2/ de bonnes capacités d'insight (Insight Scale, Birchwood

et al., 1994) concernant la conscience des symptômes et du besoin de traitement, mais un insight plutôt pauvre s'agissant de la conscience de la maladie ; et 3/ des difficultés d'analyse et d'ordonnement des situations sociales (tâche expérimentale) – les situations complexes sont bien identifiées comme telles, toutefois des confusions sont observées entre les situations à faible risque émotionnel et celles à risque plus élevé.

3.2 Evaluation neuropsychologique

Tableau 2. Résultats (scores bruts et standardisés) de l'évaluation neuropsychologique

Domaine cognitif	Test	Score brut	Score standardisé	Observations / Testing des limites
Attention et Vitesse de traitement	Alerte phasique	tonique = 318 (127) phasique = 261 (80) anticipées = 8	per 18 (2) 24 (8) /	Variabilité importante Difficultés maintien de la consigne.
	Attention divisée	auditive = 1112 (801) visuelle = 794 (34) fausses = 16 omises = 9 (7a + 2v)	per 1 (<1)** 34 (15) 2** 1**	Difficultés importantes (la moitié des items sont échoués). Ralentissement important en auditif (privilégie le visuel).
	Codes	N brute 32/135	NS 1**	Ralentissement important, pas d'effet d'apprentissage.
	Symboles	N brute 18/60	NS 4**	
	Indice de Vitesse de Traitement (NC = 58)			RP 0,3**
Mémoire	RL/RI 16	RI 13 RL 1 10 RT 1 15 RL 2 11 RT 2 16 RL 3 13 RT 3 16 RL 1-3 RT 1-3 RL D 12 RT D 16	ET -5,60** -0,68 -0,50 -1,67 +0,50 -1,00 +0,50 -1,12 -1,17 -1,93* +1,00	Perf déficitaire en RI (difficultés d'attention et de concentration). Quelques difficultés en rappel libre, normalisation de la perf avec indiçage.
	Portes de Baddeley	A 12/12 B 6/12 A + B 18/24	per > 75 10 25	Bonnes capacités de métamémoire.
Mémoire de travail	Mémoire des Chiffres	N brute 23/48 EMCD 5 EMCI 3 EMCC 6	NS 7 / / /	MCT préservée, quelques difficultés en MDT.
	Arithmétique	N brute 9/22	NS 4**	Répétitions (attention) Difficultés en calcul.
	Indice de Mémoire de Travail (NC = 74)			RP 4*

Raisonnement perceptif et Fonctions exécutives	Cubes	N brute 38/66	NS 7	Difficultés de flexibilité mentale, tendance à l'inhibition.	
	Matrices	N brute 9/26	NS 3**		
	Puzzles visuels	N brute 11/26	NS 6		
	Indice de Raisonnement Perceptif (NC = 72)			RP 3*	IRP faible
	Flexibilité	total = 1773 (701) fausses = 13	per 5 (5)* 5*	Difficultés (vitesse/fausses) en condition sans chgt de main.	
	Incompatibilité	compat. = 389 (86) incompat. = 464 (137) total = 421 (110) fausses = 6	per 58 (50) 69 (18) 62 (27) 21	Pas de difficultés d'inhibition (sélection de l'information et temps de réaction).	
	Commissions de Martin	Difficultés de planification et d'organisation, notamment pour la prise en compte de certaines contraintes (horaires, trajet le plus court).			
Compréhension verbale	Similitudes	N brute 19/36	NS 9	Difficultés de voca, et pour trouver ses mots.	
	Vocabulaire	N brute 15/57	NS 4**		
	Information	N brute 10/26	NS 7	Echec assez rapide.	
	Indice de Compréhension Verbale (NC = 80)			RP 10	ICV faible
Cognition sociale	Attribution d'intentions	Total AI = 11/14 Total LP = 14/14 Total LSP = 14/14	ET -1,67 + 0,33 + 0,40	- perf légèrement faible en causalité intentionnelle - perf maximum en causalité physique.	
	Faux-Pas	Total CFP = 22/30 % BR FP = 73,3 % Total CCFP = 6/10 % BR Cont. = 60 % Total FP = 28/40 % BR total = 70 % FP TdE cog = 6/10 FP TdE émo = 2/5	- Scores de compréhension maximum pour les histoires FP et Contrôle. - 5/5 histoires FP détectés (avec 73,3 % de bonnes réponses). - 2/5 histoires contrôle identifiées comme FP (60 % de bonnes réponses). - Score total (70 %) peu élevé (même si pas de normes).		
	LEAS	LEAS total = 57 /100 LEAS soi = 51 /80 LEAS autrui = 45 /80	ET [- 0,32] (+ 0,18) [- 0,21] (+ 0,23) [- 0,31] (+ 0,09)	-Perf dans la moyenne qq soit facteur : ici, [âge] et (éducation). - Réponses brèves et répétitives, vocabulaire peu développé.	

Notes : difficulté légère (non pathologique) : $-1 \leq ET \leq -1,67$ / $15 < per < 5$ / $7 \leq NS < 5$

* déficit pathologique léger (seuil pathologique) : $-1,67 < ET < -2$ / $5 \leq per < 2$ / $NS = 5$

** déficit pathologique modéré à sévère : $ET \leq -2$ / $per \leq 2$ / $NS \leq 4$

Concernant la **vitesse de traitement**, M. RL ne présente pas de ralentissement aspécifique du traitement de l'information (Alerte du TEA), mais un ralentissement important est observé lorsqu'une analyse plus complexe est nécessaire (Symboles de la WAIS IV), et renforcé par la composante grapho-motrice (Codes de la WAIS IV).

Les **difficultés attentionnelles** de M. RL se manifestent sur la composante intensité (variabilité dans le maintien de l'attention soutenue et de la consigne, décrochages et fatigabilité repérés à l'observation clinique), ainsi que sur la composante sélectivité (modalité

auditive vs visuelle, nombreuses erreurs, confusions et omissions). Cette perturbation des capacités attentionnelles a des répercussions sur les autres fonctions cognitives testées (mémoire, fonctions exécutives, capacités de raisonnement) et est observable dans le fonctionnement au quotidien de M. RL.

Les **capacités mnésiques** de M. RL semblent globalement préservées, malgré des difficultés de récupération spontanée observées en mémoire épisodique verbale (RL/RI 16). Le patient présente de bonnes capacités de métamémoire rétrospective, en modalité non verbale. Enfin, les faibles performances en mémoire de travail semblent davantage liées à des difficultés de maintien de l'attention.

Concernant le **fonctionnement exécutif**, les capacités d'inhibition semblent préservées dans une tâche *simple* (Incompatibilité du TEA : mesure pure de l'inhibition, peu de contamination par d'autres fonctions), bien qu'une tendance à l'inhibition – plutôt sur un mode comportemental (abandon, besoin d'encouragement et de sollicitation) – soit observée dans tâches impliquant d'autres processus (WAIS IV : épreuves de raisonnement perceptif). L'administration du test de Stroop aurait permis de confirmer cette hypothèse. De plus, nous constatons chez M. RL des difficultés de flexibilité mentale (Flexibilité du TEA, épreuves de raisonnement perceptif de la WAIS IV), d'organisation et de planification (Commissions de Martin), en lien avec les difficultés attentionnelles de sélection de l'information.

Les épreuves de **compréhension verbale**, ainsi que les observations cliniques au cours des différents entretiens et des situations d'évaluation, reflètent un faible niveau de vocabulaire et des difficultés d'organisation de la pensée chez M. RL.

Enfin, en ce qui concerne les capacités de **cognition sociale**, nous observons chez M. RL quelques difficultés dans l'interprétation des situations sociales, et plus particulièrement dans l'identification des états mentaux des différents acteurs (Faux-Pas, LEAS).

Le profil neuropsychologique de M. RL est donc marqué au premier plan par des difficultés attentionnelles (de sélectivité de l'information et de maintien de l'attention), en lien avec une désorganisation de la pensée.

3.3 Observations au cours des PEC

La prise en charge de la métacognition a donc consisté en la participation de M. RL au programme EMC et au programme Insight.

Concernant le programme EMC, seuls les 4 premiers modules (Styles d'attribution, Sauter aux conclusions, Preuves infirmantes et Etre empathique) ont été administrés dans le cadre d'une intervention en individuel, au moyen d'un ordinateur pour visionner les diapositives. M. RL participe volontairement aux exercices proposés, mais les échanges sont restreints, il rapporte peu d'intérêt et ne se sent pas concerné par les thèmes abordés (notamment les idées délirantes, l'axe de travail principal de ce programme).

Concernant le programme Insight, seules les 3 premières séances (conscience du trouble mental, des symptômes positifs et des symptômes négatifs) ont été administrées en groupe. M. RL évoque un intérêt plus marqué pour les thèmes abordés et la modalité d'intervention (un groupe d'échanges de 6 personnes souffrant tous de la même maladie), par rapport au programme EMC. Toutefois, sa participation reste modeste et nécessite des sollicitations, peu d'échanges avec les autres patients sont observés. En entretien individuel, M. RL évoque ses difficultés à se situer par rapport aux éléments abordés, du fait d'une confusion importante de ses idées au sujet de la maladie mentale, et de la schizophrénie en particulier.

3.4 Evaluation post-intervention

Les mêmes outils d'évaluation de la métacognition (MCQ-30, Insight Scale, tâche expérimentale version parallèle) et du rétablissement (STORI) ont été utilisés pour les mesures post-intervention (évaluation à t2). Les données chiffrées seront présentées dans le paragraphe 3.5, dans la discussion des résultats.

Concernant les capacités métacognitives, M. RL présente 1/ un niveau moyen (score total -0,5 ET) de connaissances et de croyances métacognitives (MCQ-30, Wells & Cartwright-Hatton, 2004) ; 2/ des capacités d'insight correctes (Insight Scale, Birchwood et al., 1994) s'agissant de la conscience des symptômes et du besoin de traitement, mais un faible niveau d'insight concernant la conscience de la maladie ; et 3/ des capacités d'analyse et d'ordonnement des situations sociales (tâche expérimentale) globalement bonnes.

Les réponses à l'échelle STORI (Andresen et al., 2006) nous indiquent que M. RL se situe dans la phase finale de *Croissance* concernant son processus de rétablissement, avec des scores par dimension alternant entre les deux dernières phases du processus – étape de *Reconstruction* pour les dimensions Espoir et Sens, et *Croissance* pour les dimensions Identité et Responsabilité.

3.5 Discussion des résultats

a. Analyse descriptive de la comparaison pré- et post-intervention

Intéressons-nous maintenant à l'évolution des réponses de M. RL concernant sa situation dans le processus de rétablissement et son fonctionnement métacognitif, en comparant les résultats obtenus lors des évaluations pré-intervention (à t1) et post-intervention (à t2).

Concernant le questionnaire des métacognitions MCQ-30 (Wells & Cartwright-Hatton, 2004), d'un point de vue qualitatif, nous observons une relative stabilité des connaissances et croyances métacognitives chez M. RL pour l'ensemble des facteurs, entre les deux évaluations à t1 et t2. Plus précisément, une légère amélioration peut être constatée concernant les croyances sur la nécessité de contrôler ses pensées (Tableau 3).

Tableau 3. Comparaison des scores à t1 et t2 pour le MCQ-30 (Wells & Cartwright-Hatton, 2004).

	t1		t2		Normes	
	Sc brut	ET	Sc brut	ET	Moy (ET)	étendue
Score total	62	- 1,02	56	- 0,57	48.41 (13.31)	30-120
Confiance cognitive	7	+ 0,62	9	+ 0,13	9.51 (4.06)	6-24
Croyances positives	11	- 0,40	10	- 0,12	9.60 (3.46)	6-24
Conscience métacognitive	17	- 1,14	16	- 0,93	11.65 (4.68)	6-24
Croyances négatives	12	- 0,68	10	- 0,18	9.30 (4.00)	6-24
Contrôle des pensées	15	- 2,54	11	- 1,02	8.34 (2.62)	6-24

Concernant l'Insight Scale (Birchwood et al., 1994), nous observons une diminution globale des capacités d'insight chez M. RL, avec une conscience de la maladie, des symptômes et du besoin de traitement moins élevée après la prise en charge de la métacognition (Tableau 4).

Tableau 4. Comparaison des scores à t1 et t2 pour l'Insight Scale (Birchwood et al., 1994).

	t1	t2
Score total d'insight	9,5/12	7/12
Conscience de la maladie	2/4	1/4
Conscience des symptômes	4/4	3/4
Conscience du besoin de traitement	3,5/4	3/4

Légende : bon insight = entre 3 et 4 (= 9 et plus pour score total)
pauvre insight = entre 1 et 2

Concernant la mesure expérimentale d'ordonnement de situations sociales, nous observons chez M. RL une légère amélioration des performances avec 4 erreurs de classement à t1 et 3 erreurs à t2. Plus précisément, les situations (tout contexte confondu) sont mieux classées, en fonction de leur degré de difficulté et d'implication émotionnelle, à t1 par rapport à t2, avec un bon repérage global des situations négatives ou stressantes nécessitant une part de responsabilité ou d'action (Tableau 5). L'analyse descriptive nous permet également de constater que les situations semblent davantage évaluées comme difficiles par M. RL lorsqu'elles se déroulent dans un contexte « social » par rapport au contexte familial (Tableau 6).

Une analyse qualitative des items nous permet de mettre en évidence une appréhension plus importante de M. RL – avec une surestimation du niveau de difficulté – lorsqu'il s'agit de demander un objet/un renseignement, ou de s'informer, notamment dans le contexte professionnel et social, même lorsque l'implication émotionnelle est minime.

Tableau 5. Comparaison des scores à t1 et t2 pour la tâche expérimentale en fonction du type de situation.

Situations	t1		t2		Sc attendu
	classement	total	classement	total	
Faible risque	1. 5. 6.	12	1. 3. 8.	12	6
Risque élevé	2. 3. 4.	9	2. 5. 6.	13	15
Complexes	7. 8. 9.	24	4. 7. 9.	20	24

Tableau 6. Comparaison des scores à t1 et t2 pour la tâche expérimentale, en fonction du contexte.

Contexte	t1		t2		Moy attendue
	classement	total	classement	total	
Familial	1. 2. 9.	12	1. 4. 5.	10	15
Professionnel	4. 5. 7.	16	2. 3. 9.	14	15
Social	3. 6. 8.	17	6. 7. 8.	21	15

Enfin, concernant la STORI (Andresen et al., 2006), nous observons une évolution positive à la fois globale (score total) et spécifique (scores à chaque dimension) de M. RL dans le processus de rétablissement (Tableau 7) entre les interventions à t1 et t2.

Tableau 7. Comparaison des scores à t1 et t2 pour la STORI (Andresen et al., 2006).

Dimensions Etapes	Espoir		Identité		Sens		Resp.		Total	
	t1	t2	t1	t2	t1	t2	t1	t2	t1	t2
Moratoire	4	3	7	6	5	4	6	7	22	20
Prise de Cce	6	6	11	9	6	6	10	8	33	29
Préparation	5	6	12	9	9	5	9	8	35	28
Reconstruction	5	10	12	8	7	7	12	9	36	34
Croissance	4	8	8	13	8	6	10	10	30	37
Scores max	/ 10		/ 15		/ 10		/ 15		/ 50	

Note : nous nous intéressons ici aux scores max pour chaque dimension et Total.

b. Discussion des résultats

Les résultats obtenus aux différentes épreuves d'évaluation de la métacognition sont très contrastés concernant la comparaison pré- et post-intervention. Tandis que nous observons une relative stabilité dans les résultats pour certaines (MCQ-30, tâche expérimentale), une évolution négative est constatée pour une autre (Insight Scale). Une première explication peut être attribuée à la mise en œuvre du protocole, en raison des contraintes institutionnelles et de temps. En effet, 1/ la distance entre les évaluations à t1 et t2, de l'ordre de 4 semaines, peut être considérée comme relativement faible ; 2/ le programme EMC en intervention individuelle et le programme Insight en groupe n'ont pu être menés à terme, M. RL n'ayant bénéficié que de la moitié de chacun des programmes (4 modules pour le premier et 3 séances pour le second) ; et 3/ compte-tenu des remarques précédentes, il a donc été difficile, voire impossible, pour M. RL d'intégrer la totalité des informations, de réfléchir et de se positionner par rapport aux différentes interventions, qu'il s'agisse des programmes de prise en charge, des questionnaires, des entretiens ou de l'évaluation neuropsychologique. Plus précisément, la 4^{ème} séance du programme Insight, portant sur la conscience de la désorganisation, n'a pas eu lieu avant la seconde évaluation à t2, alors qu'elle concerne les symptômes principaux de la schizophrénie de type hébéphrénique (ou désorganisé), dont souffre M. RL, qui ne rapporte par ailleurs aucune idée délirante ni de comportement hallucinatoire. Il en est de même pour la 5^{ème} séance sur la conscience des conséquences psychosociales de la maladie, et la 6^{ème} séance sur les effets du traitement. Ceci pourrait en partie expliquer les difficultés rencontrées par M. RL pour accepter le diagnostic de schizophrénie et comprendre la nature de ses troubles, en lien avec des capacités d'insight amoindries à t2 par rapport à t1.

Une seconde explication pourrait être attribuée au choix de la méthodologie. En effet, l'entraînement aux habiletés métacognitives (EMC) ne nous semble plus aujourd'hui consti-

tuer un choix adapté au profil de M. RL, du moins tel que nous le lui avons présenté. Ce programme, principalement ciblé sur les biais cognitifs impliqués dans les idées délirantes, nous est apparu comme trop confrontant pour M. RL qui ne percevait alors pas le rapport avec sa prise en charge et ses difficultés propres. Cette même intervention aurait été davantage pertinente en groupe, puisque les échanges et les interactions sociales constituent un facteur essentiel à l'acquisition d'une meilleure conscience de soi ainsi qu'à la modification de son comportement au quotidien (Moritz et al., 2007).

L'évolution positive constatée dans le processus de rétablissement entre les évaluations à t1 et t2 peut tout d'abord s'expliquer par l'effet test-retest. En effet, la pratique sur le lieu de stage nous a montré que proposer la STORI à un patient le conduit, la plupart du temps, à de nouvelles interrogations (sur des aspects de la maladie ou de la vie, auxquels il n'avait jusqu'alors jamais réfléchi), mais également à devoir se positionner (lui et ses représentations) selon différentes dimensions. La passation de cette échelle amène donc le patient à un travail de réflexion sur lui, qui le poursuit en dehors de la situation d'évaluation. Parallèlement, les interventions menées auprès de M. RL – 1/ l'évaluation neuropsychologique, lui permettant de faire l'inventaire et de pointer ses forces et faiblesses ; 2/ le programme EMC, lui procurant des connaissances et une compréhension des erreurs cognitives et biais de résolution de problèmes associés à la maladie ; et 3/ le programme Insight, lui fournissant une explication de ce qu'est la maladie mentale, et plus particulièrement la schizophrénie, avec l'identification de symptômes causés par la maladie et non consécutifs à des caractéristiques de personnalité – pourraient être responsables d'évolutions dans la connaissance de soi du patient, ainsi que de ses croyances autour de la maladie.

Le rétablissement, en plus d'être un objectif à atteindre, est avant tout un processus de transformation et de réajustement personnel, non linéaire – pouvant comprendre des périodes de stagnation ou de retour en arrière. Lorsque nous interrogeons M. RL sur son ressenti quant à une possible évolution de ses réponses aux questionnaires (STORI, MCQ et Insight Scale) entre les deux évaluations – reflétant un possible changement dans ses connaissances, ses croyances et/ou ses représentations (sur lui, la maladie, ses manifestations et ses conséquences) –, il exprime son sentiment que ses pensées et croyances sont restées inchangées. Enfin, lorsque nous le questionnons sur l'évolution de son rapport à la maladie et à sa vie depuis l'annonce du diagnostic (il y a environ 1 an), M. RL précise que peu de choses ont évolué de façon positive – il présente toujours des difficultés d'acceptation de sa maladie et de projection dans l'avenir, il a le sentiment de ne pas avancer et que rien ne se passe. Ces

éléments confirment le décalage observé précédemment entre le positionnement de M. RL dans son processus de rétablissement par le biais d'une auto-évaluation et le profil que nous dégageons des observations cliniques.

DISCUSSION

Pour conclure ce travail de recherche, nous allons tout d'abord passer en revue les critiques pouvant être apportées à notre étude. Ensuite, nous porterons notre attention sur l'importance du concept de rétablissement pour la pratique clinique, et nous discuterons des avantages et inconvénients de la conceptualisation retenue dans ce mémoire. Puis, nous nous intéresserons à la métacognition, en examinant les atouts des techniques d'évaluation de la régulation métacognitive, et quelques possibilités de prise en charge. Enfin, nous clôturerons notre réflexion sur la pertinence de notre travail, en identifiant les implications pour la pratique clinique.

Certaines limites méritent d'être discutées concernant notre recherche. Tout d'abord, comme nous l'avons déjà mentionné précédemment, nous avons été confronté à des contraintes institutionnelles et de temps par rapport à la mise en place et la réalisation de notre étude, nous contraignant entre autres à disposer d'une distance entre les évaluations à t1 et t2 trop courte, à proposer le programme EMC en intervention en individuel plutôt qu'en groupe, et à ne pouvoir mener à terme les deux programmes de prise en charge de la métacognition. De la même manière, les limites en terme de temps, et parfois de matériel, nous ont conduit à sélectionner certaines épreuves pour l'évaluation neuropsychologique, au détriment d'autres outils complémentaires ; par exemple, nous aurions souhaité administrer à M. RL le test de Stroop, de la Tour de Londres et le WCST, afin de confirmer et préciser les difficultés observées sur le plan exécutif, ou encore nous avons dû sélectionner les épreuves jugées les plus pertinentes pour l'évaluation de la cognition sociale chez ce patient, à défaut d'un bilan plus complet. Ensuite, le recours à une évaluation clinique au moyen d'outils comme la PANSS (*Positive And Negative Syndrome Scale*), ainsi que des échelles d'estime de soi, de qualité de

vie et de plainte cognitive (SSTICS, *Subjective Scale To Investigate Cognition in Schizophrenia*) nous aurait permis d'une part d'évaluer la sévérité des symptômes psychopathologiques de M. RL et d'autre part d'appréhender le vécu et les plaintes subjectives. Enfin, concernant la situation du patient dans le processus de rétablissement, nous avons constaté un décalage entre l'auto-évaluation (au moyen de la STORI) et l'hétéro-évaluation (élaboration du profil à partir des observations cliniques). Dans le premier cas, le patient doit faire des choix, se positionner sur les différents items d'un questionnaire, alors qu'il exprime spontanément ses difficultés à se situer par rapport à sa maladie et les confusions et doutes qui en résultent. Dans le second cas, il s'agit de notre interprétation de ce que M. RL parvient à verbaliser, et c'est notamment cette désorganisation de la pensée qui crée un tel décalage. Cet écart entre les deux types d'évaluations n'est toutefois pas problématique en soi, puisque lorsque nous nous intéressons à l'évolution du positionnement du patient dans le processus de rétablissement, nous prenons en compte les mêmes critères de mesure à t1 et t2.

Dans le domaine de la psychiatrie, et plus particulièrement dans le cadre de la schizophrénie, parler de rétablissement revient à envisager une évolution favorable pour une maladie chronique, dont le pronostic est plutôt péjoratif. Toutefois, la notion de rétablissement est étroitement liée à celle de réhabilitation, dont l'objectif concerne l'acquisition d'un savoir-être, afin de redonner à la personne souffrant d'une maladie mentale sa dignité et son pouvoir d'agir, et de favoriser sa réinsertion sociale (Barbès-Morin & Lalonde, 2006). Le rétablissement désigne à la fois le processus (le cheminement, décrit par les usagers) et l'aboutissement (l'objectif, décrit par les médecins-chercheurs) de la démarche de réhabilitation. Dans notre introduction, nous avons proposé une définition du rétablissement et de ses caractéristiques principales : 1/ il s'agit d'un processus de transformation et de réajustement personnel ; 2/ ce processus est non linéaire ; 3/ l'objectif est le retour ou l'accès à une vie satisfaisante et prometteuse ; 4/ il est basé sur l'expérience de vie subjective du patient ; 5/ c'est un concept multidimensionnel ; 6/ le rôle de l'entourage est primordial ; et 7/ la rémission symptomatique ne constitue pas une condition nécessaire. Le rétablissement désignerait ainsi la capacité d'une personne à reprendre possession de sa vie et surmonter ses troubles sans être nécessairement « guérie ». La prise en compte du concept de rétablissement dans la pratique clinique nous semble donc primordiale et indispensable, lorsque l'on souhaite s'inscrire dans une démarche de réhabilitation des patients souffrant de schizophrénie.

La conceptualisation du rétablissement que nous avons retenue dans notre étude est celle proposée par Andresen et al. (2003), décrivant un processus en cinq étapes et basé sur

quatre dimensions constitutives de l'expérience du rétablissement. Tout d'abord, les cinq étapes définies par les auteurs sont : 1/ le *Moratoire*, profond sentiment d'impuissance, de perte et de désespoir, déni de l'identité de la maladie, confusion, retrait auto-protecteur ; 2/ la *Prise de conscience*, première lueur d'espoir vers une vie meilleure avec possibilité d'un rétablissement et d'un soi autre que celui de malade ; 3/ la *Préparation*, bilan de soi par la personne faisant l'inventaire de valeurs, ses forces et ses faiblesses ; 4/ la *Reconstruction*, la personne travaille à se forger une identité positive grâce à l'établissement et la réalisation d'objectifs personnels ; et enfin 5/ la *Croissance*, perception positive de soi, vie pleine et effective, regard positif vers l'avenir. Le rétablissement étant un processus long et non linéaire, il n'est pas rare de constater chez certains usagers des périodes de stagnation, voire de retours en arrière, du fait notamment de la chronicité de la maladie. Ensuite, les quatre dimensions constitutives du rétablissement proposées par les auteurs sont : 1/ l'*Espoir*, trouver et conserver un espoir ; 2/ l'*Identité*, le rétablissement d'une identité positive ; 3/ le *Sens*, trouver un sens et un but à la vie ; et 4/ la *Responsabilité*, assumer la responsabilité de sa propre vie. Ces dimensions sont intimement reliées les unes aux autres dans le vécu de la personne, le développement de l'une favorisant le développement des autres. De plus, chacune de ces dimensions suit sa propre évolution, basée sur ce même modèle en cinq étapes. Ainsi, nous pouvons observer chez la personne souffrant de schizophrénie et avançant dans son processus de rétablissement, un positionnement dans des étapes différentes en fonction de la dimension considérée. En ce sens, la STORI (Andresen et al., 2006) se présente comme un outil précieux pour constater cliniquement ces évolutions, globale et spécifique, bien qu'une analyse objective soit impossible du fait d'un nombre trop restreint d'items pour une réelle mesure. Une critique peut toutefois être formulée à propos de cette conceptualisation, concernant la non prise en compte de la dimension de la relation aux autres en tant que telle, bien que cette notion soit largement abordée au travers des différentes dimensions au sein de chaque étape du processus de rétablissement.

Notre étude s'est particulièrement intéressée à l'une des composantes de la métacognition, les connaissances métacognitives sur son propre fonctionnement et celui d'autrui, tant au niveau des mesures d'évaluation (techniques indépendantes de la tâche à accomplir) que des interventions de prise en charge (programme EMC et programme Insight). Or, comme nous l'avons vu précédemment, d'autres techniques telles que les mesures dépendantes permettent d'évaluer la seconde composante de la métacognition, les processus de régulation métacognitive. Ces processus de *Monitoring* et de *Control* peuvent être rattachés à

la notion de connaissances procédurales, concernant la manière d'effectuer une tâche (régulation des stratégies, planification, contrôle de leur mise en œuvre, ajustement si nécessaire). Les connaissances procédurales sont intimement liées aux connaissances métacognitives (déclaratives), le rôle du clinicien étant de favoriser chez le patient le passage des unes vers les autres (Vianin & Favrod, 2011). Parmi les différentes techniques d'évaluation de la métacognition, les techniques verbales présentent l'avantage de « percevoir » le cheminement de la réflexion du patient. Il peut toutefois être intéressant de les coupler, ou de les remplacer par des techniques non verbales, notamment lorsque l'on se retrouve face à des difficultés de langage ou d'expression. Les techniques dépendantes apparaissent comme plus efficaces pour rendre compte des capacités réelles de mise en œuvre des connaissances métacognitives du patient, comparativement aux techniques indépendantes pour lesquelles on observe parfois un décalage important entre les connaissances métacognitives et les performances cognitives réelles (Mariné & Huet, 1998). En effet, les mesures des processus de régulation métacognitive permettent entre autre de provoquer la prise de conscience, d'amener à la comparaison, de verbaliser la réflexion et d'insister sur la justification, d'établir des liens entre savoirs et apprentissages, ainsi que l'auto-évaluation, le transfert, la régulation et l'analyse des différentes stratégies. S'intéresser aux processus de régulation métacognitive, via des mesures d'évaluation de la métacognition dépendantes de la tâche à accomplir, semble donc plus pertinent pour la pratique clinique.

De la même manière que nous distinguons les connaissances métacognitives et les processus de régulation métacognitive concernant les techniques d'évaluation de la métacognition, nous pouvons différencier des types de prise en charge de la métacognition selon qu'elle porte sur l'une ou l'autre des composantes, ou sur les deux à la fois. Toutefois, il nous apparaît nécessaire de rétablir, dans un premier temps, un bon niveau de connaissances et de croyances métacognitives avant de travailler, dans un second temps, sur les processus d'autocontrôle et d'autorégulation, afin de vérifier l'application de ces connaissances. Parmi les différentes interventions de prise en charge de la métacognition, nous pouvons distinguer : 1/ les thérapies et programmes de psychoéducation – tels que le programme Insight – auprès du patient et de son entourage (qui joue un rôle crucial et déterminant), dans le but de transmettre les connaissances sur ce qu'est la « maladie » (partie ou élément distinct de soi dont la personne ne peut se sentir responsable ou coupable, définition et description de la pathologie et de ses symptômes, du besoin de traitement, des répercussions fonctionnelles, sociales et professionnelles associées) ; 2/ le programme d'entraînement aux habiletés métacognitives (EMC), visant à transmettre au patient, dans un langage compréhensif, les connaissances ac-

quises sur les biais cognitifs et leurs répercussions négatives, afin qu'il puisse prendre conscience de ses distorsions et agir en conséquence ; 3/ l'évaluation neuropsychologique, bien que constituant déjà un outil en soi pour la prise de conscience métacognitive (prendre connaissance des forces et faiblesses), pourrait s'accompagner plus régulièrement de techniques de stimulation des capacités métacognitives ; 4/ la démarche psychoéducative, qui a lieu tout au long du suivi, où le clinicien va d'une part tenter de favoriser le passage des connaissances procédurales en connaissances métacognitives pour permettre au patient de prendre connaissance et conscience des stratégies utilisées au quotidien, et d'autre part effectuer avec lui un retour sur ses prises de risques, dans le cas d'échecs comme de réussites ; 5/ les contacts avec d'autres usagers davantage avancés dans le processus de rétablissement, afin d'échanger des témoignages et des connaissances, de discuter sur l'efficacité des stratégies et la prévention des rechutes, que se soit au travers de groupes de patients lors des interventions psychologiques ou d'associations (telles que le GEM) ; 6/ la réévaluation des objectifs du patient, afin qu'ils soient significatifs et réalisables, favorisant la croissance personnelle par le passage des connaissances métacognitives à des connaissances procédurales de plus en plus adaptées et performantes ; et 7/ la remédiation cognitive appliquée à la métacognition, sous forme de programme d'entraînement individualisé permettant au patient de pratiquer et d'exercer ses capacités métacognitives à des degrés croissants de complexité (ce dernier point reste à élaborer à partir des connaissances actuelles). Ces propositions de prise en charge de la métacognition ne constituent pas une liste exhaustive, d'autres types d'intervention peuvent être envisagés. De plus, le travail métacognitif doit se poursuivre même lorsque l'objectif de rétablissement est atteint, notamment par la transmission des informations et des nouvelles connaissances sur la maladie, sa gestion, les symptômes et les traitements, par le suivi thérapeutique de psychoéducation afin de procurer un soutien au patient et son entourage, ainsi que par un espace de partage et de travail sur d'éventuelles difficultés, mais également concernant le maintien de l'espoir, du contrôle et d'une identité positive.

En définitive, la prise en compte du concept de rétablissement nous est apparue fondamentale dans le cadre de la réhabilitation psychiatrique d'une personne souffrant de maladie mentale. De plus, le présent travail de recherche a attiré notre attention sur la nécessité d'intégrer l'évaluation et la remédiation des différentes composantes de la métacognition à la pratique clinique du psychologue clinicien spécialisé en neuropsychologie. D'une part, parce que la métacognition est définie comme l'un des facteurs subjectifs prédicteur du handicap psychique. D'autre part, parce qu'encourager les connaissances et les processus (évaluation,

surveillance et contrôle) impliqués dans la régulation de la cognition permettrait de favoriser le maintien de l'autonomie de la personne dans son fonctionnement au quotidien, ainsi que sa réinsertion sociale et professionnelle dans la communauté, qui constituent les objectifs de la démarche de réhabilitation. Des recherches complémentaires dans ce domaine, associées à des études centrées sur le rétablissement de patients souffrant de schizophrénie, contribueraient à promouvoir le développement d'outils et de programmes pour la prise en charge des troubles métacognitifs. La multiplication des possibilités d'interventions permettrait ainsi d'adapter les modalités de prise en charge en fonction des particularités de la personne, de son histoire, de ses difficultés et de ses capacités propres.

BIBLIOGRAPHIE

- Aleman, A., Agrawal, N., Morgan, K.D. & David, A.S. (2006). Insight in psychosis and neuropsychological function : meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 189, 204-212.
- Aleman, A., Böcker, K.B., Hijman, R., De Haan, E.H. & Kahn, R.S. (2003). Cognitive basis of hallucinations in schizophrenia : role of top-down information processing. *Schizophrenia Research*, 64, 175-185.
- American Psychiatric Association (2003). DSM IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – quatrième édition, texte révisé. Paris : Masson.
- Andreasen, N.C., Carpenter, W.T, Kane, J.M., Lasser, R.A., Marder, S.R. & Weinberger, D.R. (2005). Remission in schizophrenia : proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 441-449.
- Andresen, R. (2007). The experiences of recovery from schizophrenia : development of a definition, model and measure of recovery. PhD thesis, School of Psychology, University of Wollongong.
- Andresen, R., Oades, L. & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia : towards an empirically-validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 586-594.
- Andresen, R., Caputi, P. & Oades, L.G. (2006). Stages of recovery instrument : development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 972-980. Traduction française de l'échelle : Golay, P. & Favrod, J.
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness : the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Anthony, W.A. & Liberman, R.P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation : historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4), 542-559.
- Bacon, E. & Izaute, M. (2009). Metacognition in schizophrenia : processes underlying patients' reflections on their own episodic memory. *Biological Psychiatry*, 66, 1031-1037.

- Baddeley, A., Emslie, H. & Nimmo-Smith, I. (1994). A test of visual and verbal recognition. Bury St Edmunds : Thames Valley Publishing CO. Sous-test des Portes
- Barbès-Morin, G. & Lalonde, P. (2006). La réadaptation psychiatrique du schizophrène. *Annales Médico-Psychologiques*, 164, 529-536.
- Bentall, R.P., Corcoran, H., Howard, R., Blackwood, N. & Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions : a review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 1143-1192.
- Besche-Richard, C. (2000). La psychopathologie cognitive. Paris : Presses Universitaires de France.
- Birchwood, M., Smith, J., Drury, V., Healy, J., Macmillan, F. & Slade, M. (1994). A self-report insight scale for psychosis : Reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(1), p. 62-67. Traduction française de l'échelle : Linder, S. & Favrod, J. (2006)
- Brüne, M., Dimaggio, G. & Lysaker, P.H. (2011). Metacognition and social functioning in schizophrenia : evidence, mechanisms of influence and treatment implications. *Current Psychiatry Reviews*, 7, 239-247.
- Brunet, E., Sarfati, Y. & Hardy-Baylé, M.C. (2003). Reasoning about physical causality and other's intentions in schizophrenia. *Cognitive neuropsychiatry*, 8(2), 129-139.
- Danion, J.M. (2010). Neuropsychologie et psychiatrie, ou les vertus de la pluridisciplinarité. *Revue de Neuropsychologie*, 2(1), 10.
- Deegan, P.E. (1988). Recovery : the lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.
- Deegan, P.E. (1997). Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. *Social Work in Mental Health : Trends and Issues*, 11-24.
- Doudin, P.A., Martin, D. & Albanese, O. (2001). Métacognition et éducation : aspects transversaux et disciplinaires. Bern : Peter Lang.
- Duplantier, M. (2011). Le concept de rétablissement des personnes atteintes de schizophrénie : prise en compte et implications pour la pratique courante. Thèse de Doctorat de Médecine, Université Joseph Fourier, Grenoble.

- Favrod, J., Bardy-Linder, S., Pernier, S., Mouron, D., Schwyn, C., Bonsack, C. & Pomini, V. (2009). Entraînement des habiletés métacognitives avec des personnes atteintes de schizophrénie. In Cottraux, J. (dir.), *TCC et neurosciences* (pp. 103-114). Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.
- Franck, N., Rouby, P., Daprati, E., Daléry, J., Marie-Cardine, M. & Georgieff, N. (2000). Confusion between silent and overt reading in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *41*, 357-364.
- Freeman, D., Garety, P., Kuipers, E., Colbert, S., Jolley, S., Fowler, D., Dunn, G. & Bebbington, B. (2006). Delusions and decision-making style : use of Need For Closure Scale. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1147-1158.
- Frith, C.D. (1996). Neuropsychologie cognitive de la schizophrénie. Paris : Presses Universitaires de France.
- Hauptgen, T. & Sinzelle, J. (2010). Kraepelin (1856-1926) : 3. Les grandes entités cliniques. *Annales Médico-Psychologiques*, *168*, 792-795.
- Houdé, O. (2003). Vocabulaire des sciences cognitives. Paris : Presses Universitaires de France.
- Keshavan, M.S., Rabinowitz, J., DeSmedt, G., Harvey, P.D. & Schooler, N. (2004). Correlates of insight in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, *70*, 187-194.
- Lalonde, P. (2007). Traitement, réadaptation, réhabilitation, rétablissement. *Annales Médico-Psychologiques*, *165*, 183-186.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (2007). Vocabulaire de la psychanalyse, 5ème édition. Paris : Presses Universitaires de France.
- Lane R.D., Quinlan D.M., Schwartz G.E., Walker P.A., & Zeitlin S.B. (1990). The levels of emotional awareness scale : a cognitive-developmental measure of emotion. *Journal of Personality Assessment*, *52*, 124-134.
- Larøi, F., Van der Linden, M. & d'Acremont, M. (2009). Validity and reliability of a French version of the metacognitions questionnaire in a nonclinical population. *Swiss Journal of Psychology*, *68(3)*, 125-132.
- Leete, E. (1989). How I perceive and manage my illness. *Schizophrenia Bulletin*, *15(2)*, 197-200.

- Lieberman, R.P., Kopelowicz, A., Ventura, J. & Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14, 256-272.
- Lysaker, P.H., Olesek, K.L., Warman, D.M., Martin, J.M., Salzman, A.K., Nicolò, G., Salvatore, G. & Dimaggio, G. (2011). Metacognition in schizophrenia : correlates and stability of deficits in theory of mind and self-reflectivity. *Psychiatry Research*, 190, 18-22.
- Mariné, C. & Huet, N. (1998). Techniques d'évaluation de la métacognition. I Les mesures indépendantes de l'exécution de tâches. *L'année psychologique*, 98(4), 711-726.
- Martin R. (1954). Test des commissions. Bruxelles : Editest.
- Mead, S. & Copeland, M.E. (2000). What recovery means to us : consumers' perspectives. *Community Mental Health Journal*, 36(3), 315-328.
- Merceron, K., Cady, F., Vila, E. & Prouteau, A. (2011). Evaluation de la cognition sociale dans la schizophrénie : intérêts et limites. In Prouteau, A. (éd.), *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie* (pp. 161-199). Paris : Dunod.
- Misdrahi, D., Chéreau, I., Petit, M. & Llorca, P.M. (2008). Développement d'un programme psycho-éducatif ciblé sur l'insight pour les patients souffrant de schizophrénie. *L'information psychiatrique*, 84, 937-939.
- Moritz, S., Woodward, T.S., Metacognition Study Group & Favrod, J. (2007). Entraînement des habiletés métacognitives pour les personnes atteintes de schizophrénie (EMC). VanHam Campus Verlag : Hamburg.
- Moritz, S., Woodward, T.S., Whitman, J.C. & Cuttler, C. (2005). Confidence in errors as a possible basis for delusions in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(1), 9-16.
- Noël, B. (1997). La métacognition. Paris, Bruxelles : De Boeck Université.
- Nandrino, J.L., Baracca, M., Antoine, P., Paget, V., Bydlowski, S. & Carton, S. (2013). Level of emotional awareness in the general French population: Effects of gender, age, and education level, *International Journal of Psychology*, DOI : 10.1080/00207594.2012.753149.

- Nasrallah, H.A., Targum, S.D., Tandon, R., McCombs, J.S. & Ross, R. (2005). Defining and measuring clinical effectiveness in the treatment of schizophrenia. *Psychiatric Services*, 56(3), 273-282.
- Noiseux, S. & Richard, N. (2005). Le rétablissement de personnes vivant avec la schizophrénie. *Perspective infirmière*, 3(2), 11-22.
- OMS (2012). Rapport mondial sur le handicap.
- Pallascio, R., Daniel, M.F. & Lafortune, L. (2004). Pensée et réflexivité : théories et pratiques. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Peters, E. & Garety, P. (2006). Cognitive functioning in delusions : a longitudinal analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 481-514.
- Prouteau, A. (2011). Le bilan cognitif dans la schizophrénie : spécificités. In Prouteau, A. (éd.), *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie* (pp. 101-133). Paris : Dunod.
- Prouteau, A. (2012). Facteurs subjectifs et remédiation cognitive dans la schizophrénie. In Franck, N. (éd.), *La remédiation cognitive* (pp. 51-70). Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Prouteau, A. & Verdoux, H. (2011). Les relations entre cognition et handicap psychique dans la schizophrénie. In Prouteau, A. (éd.), *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie* (pp. 135-159). Paris : Dunod.
- Provencher, H.L. (2002). L'expérience du rétablissement : perspectives théoriques. *Santé Mentale au Québec*, 27(1), 35-64.
- Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M. & Lysaker, P.H. (2011). The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophrenia Research*, 131, 133-138.
- Spaniol, L., Wewiorski, N.J., Gagne, C. & Anthony, W.A. (2002). The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14, 327-336.
- Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J. & Van Engeland, H. (2007). Theory of mind in schizophrenia : meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 191, 5-13.
- Stone V., Baron-Cohen S., & Knight, R. (1998). Frontal lobe contributions to theory of mind. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 10 (5), 640-656

- Tas, C., Brown, E.C., Esen-Danaci, A., Lysaker, P.H. & Brüne, M. (2012). Intrinsic motivation and metacognition as predictors of learning potential in patients with remitted schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 46, 1086-1092.
- Van der Linden, M., Adam, S., Agniel, A., Baisset-Mouly, C., Bardet, F., Coyette, F., Desgranges, B., Deweer, B., Ergis, A.M., Gély-Nargeot, M.C., Grimonprez, L., Juillerat, A.C., Kalafat, M., Pointrenaud, J., Sellal, F. & Thomas-Antérion, C. (2004). L'évaluation des troubles de la mémoire. Présentation de quatre tests de mémoire épisodique (avec leur étalonnage). Solal, Marseille.
- Vianin, P. & Favrod, J. (2011). Les troubles métacognitifs dans la schizophrénie. In Prouteau, A. (éd.), *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie* (pp. 55-78). Paris : Dunod.
- Wechsler, D. (2011). WAIS IV : Echelle d'intelligence pour adultes – quatrième édition. Paris : ECPA.
- Wells, A. & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire : properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 385-396.
- Zimmermann, P. & Fimm, B. (1994). Tests d'évaluation de l'attention (TEA) – Version informatisée 1.02. Psytest.

ANNEXES

Annexes 1 : Outils de mesure du rétablissement et de la métacognition

Annexe 1.1 : La STORI (Andresen et al., 2006)

Annexe 1.2 : L'Insight Scale (Birchwood et al., 1994)

Annexe 1.3 : Le MCQ-30 (Wells & Cartwright-Hatton, 2004)

Annexe 1.4 : Notre tâche expérimentale – Version 1

Annexe 1.5 : Notre tâche expérimentale – Version 2

Annexe 2 : Normes pour le Test des Portes de Baddeley

Annexe 1.1 : La STORI (Andresen et al., 2006)

Groupe 1		<i>Pas du tout vrai actuellement</i>			<i>Complètement vrai actuellement</i>		
1	Je ne pense pas que les gens qui ont une maladie psychique puissent aller mieux.	0	1	2	3	4	5
2	J'ai seulement récemment découvert que les gens avec une maladie psychique <i>peuvent</i> aller mieux.	0	1	2	3	4	5
3	Je commence à apprendre comment je peux faire des choses pour moi afin d'aller mieux.	0	1	2	3	4	5
4	Je travaille dur pour rester bien et cela en vaudra la peine sur le long terme.	0	1	2	3	4	5
5	J'ai maintenant un sentiment de « paix intérieure » au sujet de la vie avec la maladie.	0	1	2	3	4	5
Groupe 2		<i>Pas du tout vrai actuellement</i>			<i>Complètement vrai actuellement</i>		
6	Je sens que ma vie à été ruinée par cette maladie.	0	1	2	3	4	5
7	Je commence seulement à réaliser que ma vie n'a pas à être affreuse pour toujours.	0	1	2	3	4	5
8	J'ai récemment commencé à apprendre des gens qui vivent bien malgré une sérieuse maladie.	0	1	2	3	4	5
9	Je commence à être raisonnablement confiant à propos de remettre ma vie sur les rails.	0	1	2	3	4	5
10	Ma vie est vraiment bonne maintenant et le futur s'annonce lumineux.	0	1	2	3	4	5
Groupe 3		<i>Pas du tout vrai actuellement</i>			<i>Complètement vrai actuellement</i>		
11	Je me sens actuellement comme si je n'étais qu'une personne malade.	0	1	2	3	4	5
12	Parce que les autres ont confiance en moi, je commence tout juste à penser que peut-être je peux aller mieux.	0	1	2	3	4	5
13	Je commence seulement à réaliser que la maladie ne change pas qui je suis en tant que personne.	0	1	2	3	4	5
14	Je commence actuellement à accepter la maladie comme une partie du tout qui fait ma personne.	0	1	2	3	4	5
15	Je suis heureux d'être la personne que je suis.	0	1	2	3	4	5

Groupe 4		<i>Pas du tout vrai actuellement</i>			<i>Complètement vrai actuellement</i>		
16	J'ai l'impression de ne plus savoir qui je suis.	0	1	2	3	4	5
17	J'ai récemment commencé à reconnaître qu'une partie de moi n'est pas affectée par la maladie.	0	1	2	3	4	5
18	Je commence juste à réaliser que je <i>peux</i> toujours être une personne de valeur.	0	1	2	3	4	5
19	J'apprend de nouvelles choses sur moi-même alors que je travaille à mon rétablissement.	0	1	2	3	4	5
20	Je pense que le fait d'avoir travaillé pour dépasser la maladie a fait de moi une personne meilleure.	0	1	2	3	4	5
Groupe 5		<i>Pas du tout vrai actuellement</i>			<i>Complètement vrai actuellement</i>		
21	Je ne serai jamais la personne que je pensais que je serais.	0	1	2	3	4	5
22	J'ai tout juste commencé à accepter la maladie comme une partie de ma vie avec laquelle je vais devoir apprendre à vivre.	0	1	2	3	4	5
23	Je commence à reconnaître où sont mes forces et mes faiblesses.	0	1	2	3	4	5
24	Je commence à sentir que j'apporte une contribution de valeur à la vie.	0	1	2	3	4	5
25	J'accomplis des choses qui valent la peine et qui sont satisfaisantes dans ma vie.	0	1	2	3	4	5
Groupe 6		<i>Pas du tout vrai actuellement</i>			<i>Complètement vrai actuellement</i>		
26	Je suis en colère que cela me soit arrivé <i>à moi</i> .	0	1	2	3	4	5
27	Je commence tout juste à me demander si des choses positives pourraient ressortir de ce qui m'arrive.	0	1	2	3	4	5
28	Je commence à réfléchir à quelles sont mes qualités particulières.	0	1	2	3	4	5
29	En devant faire face à la maladie, j'apprends beaucoup au sujet de la vie.	0	1	2	3	4	5
30	En surmontant la maladie, j'ai acquis de nouvelles valeurs dans la vie.	0	1	2	3	4	5

Groupe 7		<i>Pas du tout vrai actuellement</i>			<i>Complètement vrai actuellement</i>		
31	Ma vie me semble totalement inutile actuellement.	0	1	2	3	4	5
32	Je commence tout juste à penser que je peux peut-être faire quelque chose de ma vie.	0	1	2	3	4	5
33	J' essaie de penser à des moyens d'apporter une contribution dans la vie.	0	1	2	3	4	5
34	Je travaille ces jours sur des choses de la vie qui sont personnellement importantes pour moi.	0	1	2	3	4	5
35	J'ai des projets importants qui me donnent une raison d'être.	0	1	2	3	4	5
Groupe 8		<i>Pas du tout vrai actuellement</i>			<i>Complètement vrai actuellement</i>		
36	Je ne peux rien faire à propos de ma situation.	0	1	2	3	4	5
37	Je commence à penser que je pourrais faire quelque chose pour m'aider.	0	1	2	3	4	5
38	Je commence à me sentir plus confiant au sujet d'apprendre à vivre avec la maladie.	0	1	2	3	4	5
39	Il y a parfois des revers mais je ne laisse pas tomber.	0	1	2	3	4	5
40	Je me réjouis de relever de nouveaux défis dans la vie.	0	1	2	3	4	5
Groupe 9		<i>Pas du tout vrai actuellement</i>			<i>Complètement vrai actuellement</i>		
41	Les autres savent mieux que moi ce qui est bon pour moi.	0	1	2	3	4	5
42	J'aimerais commencer à apprendre à m'occuper de moi correctement.	0	1	2	3	4	5
43	Je commence à en apprendre davantage sur la maladie psychique et sur comment je peux m'aider moi-même.	0	1	2	3	4	5
44	Je me sens maintenant raisonnablement confiant en ce qui concerne la gestion de la maladie.	0	1	2	3	4	5
45	Maintenant, je peux bien gérer la maladie.	0	1	2	3	4	5
Groupe 10		<i>Pas du tout vrai actuellement</i>			<i>Complètement vrai actuellement</i>		
46	Il ne me semble pas que j'aie actuellement un quelconque contrôle sur ma vie.	0	1	2	3	4	5
47	J'aimerais commencer à apprendre à gérer la maladie.	0	1	2	3	4	5
48	Je commence seulement à travailler pour remettre ma vie sur les rails.	0	1	2	3	4	5
49	Je commence à me sentir responsable de ma propre vie.	0	1	2	3	4	5
50	Je suis aux commandes de ma propre vie.	0	1	2	3	4	5

Annexe 1.2 : L'Insight Scale (Birchwood et al., 1994)

	D'accord	Pas d'accord	Incertain(e)
1. Certains des symptômes ont été créés par mon imagination			
2. Je me sens psychologiquement bien			
3. Je n'ai pas besoin de traitement médicamenteux			
4. Mon séjour à l'hôpital était nécessaire			
5. Le médecin a raison de me prescrire un traitement médicamenteux			
6. Je n'ai pas besoin d'être vu(e) par un médecin ou un psychiatre			
7. Si quelqu'un disait que j'avais une maladie nerveuse ou mentale il aurait raison			
8. Aucune des choses inhabituelles que j'ai vécues n'est due à une maladie			

Annexe 1.3 : Le MCQ-30 (Wells & Cartwright-Hatton, 2004)

		pas du tout d'accord	légèrement d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord
1	Le fait de m'inquiéter m'aide à éviter des problèmes qui pourraient survenir.				
2	Le fait de m'inquiéter est dangereux pour moi.				
3	Je réfléchis beaucoup sur mes pensées.				
4	Le fait de m'inquiéter pourrait me rendre malade.				
5	Je suis conscient(e) de la façon dont mon esprit fonctionne quand j'examine un problème en détail.				
6	Si je ne contrôle pas une pensée inquiétante et puis qu'elle arrive, je considérerai que c'est de ma faute.				
7	J'ai besoin de me tracasser pour rester organisé(e).				
8	J'ai peu confiance en ma mémoire pour les mots et pour les noms.				
9	Mes inquiétudes persistent, même si j'essaye de les arrêter.				
10	L'inquiétude m'aide à mettre de l'ordre dans ma tête.				
11	Je ne peux pas ignorer mes inquiétudes.				
12	Je garde le contrôle sur mes pensées.				
13	Je devrais garder en permanence le contrôle sur mes pensées.				
14	Ma mémoire peut parfois m'induire en erreur.				
15	Mon inquiétude pourrait me rendre fou (folle).				
16	Je suis en permanence conscient(e) de mes pensées.				
17	J'ai une mauvaise mémoire.				
18	Je prête beaucoup d'attention à la façon dont mon esprit fonctionne.				
19	L'inquiétude m'aide à m'adapter aux choses.				
20	Le fait de ne pas pouvoir contrôler mes pensées est un signe de faiblesse.				
21	Quand je commence à me tracasser, je ne peux pas m'arrêter.				
22	Je serai puni(e) pour ne pas avoir contrôlé certaines pensées.				
23	Le fait de m'inquiéter m'aide à résoudre les problèmes.				
24	J'ai peu confiance en ma mémoire pour les lieux.				
25	Ce n'est pas bien d'avoir certaines pensées.				
26	Je n'ai pas confiance en ma mémoire.				
27	Si je ne contrôlais pas mes pensées, je ne serais pas capable de fonctionner.				
28	Pour bien travailler, j'ai besoin de m'inquiéter.				
29	J'ai peu confiance en ma mémoire pour les actions.				
30	J'examine constamment mes pensées.				

Annexe 1.4 : Notre tâche expérimentale – Version 1

Consigne

Ordonner les situations suivantes selon leur degré de difficulté de réalisation, de 1 (situation la plus facile à résoudre) à 9 (situation la plus difficile à résoudre), en tenant compte de l'implication émotionnelle de chacune.

_____ Vous avez besoin de l'étiqueteuse pour terminer votre commande. Celle-ci est posée sur le bureau de votre collègue, vous allez la lui demander.

_____ Vous êtes chez un de vos amis qui organise une soirée au cours de laquelle vous vous êtes disputé avec sa petite amie. Votre ami vient vous voir et vous demande de le suivre dans la cuisine.

_____ Vos parents sont en voyage et vous ont demandé de passer chez eux quotidiennement pour s'assurer que tout va bien. Vous n'y êtes pas allé pendant plusieurs jours, et lorsque vous vous y rendez, vous vous apercevez que la maison a été cambriolée. Vous appelez vos parents pour leur annoncer la nouvelle.

_____ A la fin de votre journée de travail, vous devez ranger tous les outils dans l'entrepôt avec votre collègue. Celui-ci ne vient pas et discute avec un autre employé. Comme vous souhaitez finir rapidement votre travail, vous vous fâchez contre son insouciance. Vous lui faites part de votre colère et le sommez de venir vous aider.

_____ Un patient qui n'a jamais ses cigarettes sur lui vous en demande une pour la *Xi*ème fois. Etant donné que vous avez peu d'argent de poche, vous la lui refusez aimablement mais fermement.

_____ Suite à une annonce pour un emploi parue dans le journal, vous vous informez par téléphone sur le poste en question.

_____ Une personne que vous n'avez pas vue depuis longtemps vient vous saluer dans la rue. Vous lui demandez de ses nouvelles.

_____ Vous vous rendez compte que vous avez oublié l'anniversaire d'un membre de votre famille. Le lendemain du jour de cet événement, vous décidez de l'appeler pour vous excuser.

_____ Vous recevez pour votre anniversaire un très joli livre. Vous remerciez la personne qui vous en a fait cadeau.

Annexe 1.5 : Notre tâche expérimentale – Version 2

Consigne

Ordonner les situations suivantes selon leur degré de difficulté de réalisation, de 1 (situation la plus facile à résoudre) à 9 (situation la plus difficile à résoudre), en tenant compte de l'implication émotionnelle de chacune.

_____ Un de vos collègues part à la retraite le mois prochain, et son remplaçant a déjà été choisi. Vous vous informez sur l'identité du nouvel arrivant.

_____ Votre cousine vous montre la robe qu'elle s'est achetée pour le mariage à l'église de votre sœur, prévu dans deux semaines. S'agissant d'une robe blanche, semblable à celle d'une mariée, vous critiquez vivement son choix.

_____ Vous êtes à la recherche d'un appartement et repérez une annonce intéressante dans le journal. Vous téléphonez pour vous informer sur l'appartement en question et constituer un dossier.

_____ Vous êtes en voyage dans une ville que vous ne connaissez pas, et vous ne savez pas quel bus prendre pour vous rendre à votre hôtel. Vous entrez dans un commerce pour demander votre chemin.

_____ Vous souhaitez créer votre propre ligne de vêtements sportifs mais ne disposez pas des fonds et garanties nécessaires. Vous demandez de l'aide à vos parents pour financer ce projet en sachant qu'ils ne sont pas favorables à cette idée.

_____ Vous participez, avec d'autres collègues, à un concours interne de votre entreprise, dans le but d'un avancement professionnel. La dernière épreuve consiste en un oral dont vous ignorez le sujet, devant la direction de l'entreprise.

_____ Suite à un mouvement brusque, vous brisez accidentellement un objet posé sur le bureau de votre collègue. Il s'agissait d'un pot à crayon réalisé par ses enfants pour la fête des mères. A son arrivée, vous vous excusez auprès d'elle.

_____ Votre petit frère s'apprête à manger des sucreries alors que vous allez passer à table. Vous lui expliquez qu'il ne peut pas grignoter maintenant car il risque de ne plus avoir faim au moment du repas.

_____ Au cours d'un barbecue organisé chez des amis, la conversation tourne autour des prochaines élections présidentielles. Vous ne partagez pas l'avis de la majorité et mettez en avant les arguments du parti que vous soutenez.

Annexe 2 : Normes pour le Test des Portes de Baddeley

Partie A

		âge				
		16-31	32-47	48-64	65-79	80-89
percentile	1	6	8	-	-	-
	5	9	9	8	7	-
	10	10	10	9	8	-
	25	10	11	10	10	8
	50	11	11	11	10	9
	75	12	12	12	11	10
	90	12	12	12	12	11

Partie B

		âge				
		16-31	32-47	48-64	65-79	80-89
percentile	1	4	4	3	2	-
	5	5	5	4	3	2
	10	6	6	5	4	2
	25	7	7	6	5	4
	50	8	8	8	6	5
	75	10	10	9	8	6
	90	11	11	10	9	7

Partie A + B

		âge				
		16-31	32-47	48-64	65-79	80-89
percentile	1	12	12	10	-	-
	5	14	15	13	11	-
	10	16	16	14	12	8
	25	18	18	17	15	11
	50	19	20	18	17	14
	75	21	21	20	19	16
	90	23	23	22	20	18