



HAL
open science

**La prise en charge des patients schizophrènes en
réhabilitation psychosociale pendant le confinement
sanitaire Covid-19 : une étude quantitative
observationnelle rétrospective**

Philippe Guinet

► **To cite this version:**

Philippe Guinet. La prise en charge des patients schizophrènes en réhabilitation psychosociale pendant le confinement sanitaire Covid-19 : une étude quantitative observationnelle rétrospective. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02985806

HAL Id: dumas-02985806

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02985806>

Submitted on 2 Nov 2020

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.

UFR DE SANTE ROUEN NORMANDIE

Année : 2020-2021

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'état)

par
GUINET Philippe
Né le 30 Novembre 1991 à Evreux (27)

Présentée et Soutenue publiquement le 6 octobre 2020

**LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS
SCHIZOPHRENES EN REHABILITATION
PSYCHOSOCIALE PENDANT LE CONFINEMENT
SANITAIRE COVID 19 : UNE ETUDE QUANTITATIVE
OBSERVATIONNELLES RETROSPECTIVE.**

Président du Jury : Monsieur le Professeur GUILLIN Olivier

Directrice de thèse : Madame le Docteur CHASTAN Sylvie

Membre du Jury : Madame le Professeur APTER Gisèle
Monsieur le Professeur VERIN Eric

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbations.

REMERCIEMENTS

A mon président de jury, Monsieur le Professeur Olivier GUILLIN,
Vous m'avez convaincu jeune externe de m'engager dans la psychiatrie, choix dans lequel je m'épanouis chaque jour. Je vous en suis très reconnaissant.
Merci d'avoir accepté de présider mon jury de thèse. Vous me faites l'honneur de juger mon travail.
Veuillez recevoir l'expression de ma respectueuse gratitude.

A Madame le Professeur Gisèle APTER,
Vous avez gentiment accepté de faire partie du jury. Merci de l'attention que vous avez portée à mon travail.
Merci pour votre engagement dans votre nouvelle région, qui j'en suis certain, saura vous le rendre.
Veuillez recevoir le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Eric VERIN,
Merci d'avoir accepté de faire partie du jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté au sujet. Merci de votre gentillesse et votre implication dans les nombreux cours que vous m'avez dispensés, de la P2 à la D4.
Soyez assuré de ma reconnaissance.

A ma directrice de thèse, Madame le Dr CHASTAN,
Merci pour votre soutien sans faille dans ce travail. Au milieu de mille projets, vous avez accepté de m'épauler dans ce projet. Ce travail, c'est surtout le vôtre et je ne saurai jamais assez vous en remercier.

A Antoine,
Merci encore mille fois pour l'aide que tu m'as apporté. Pour tes réponses patientes à mes questions d'ignare, preuve qu'il existe parfois des questions bêtes. En espérant te revoir bientôt.

A toute l'équipe de la réhab',
Merci de votre soutien de tous les instants dans cette thèse. Merci pour votre accueil chaleureux dans votre service. Vous apportez chacun une pierre indispensable à une belle entreprise. Je vous souhaite le meilleur pour la suite et je vous dois une porte d'entrée.

Merci à tous les patients interrogés pour votre temps et votre disponibilité.

Et bien sûr aux autres équipes : Colonna, Unacor, Maupassant, UFI, Equinoxe et Saint-Jean, qui m'ont gentiment et patiemment supporté. Malgré mon humour qui oscille entre le très nul et le mauvais goût.

Aux co-internes : Boujou, Aurélie, Fédé, Emilus, Valoche, la Rocaille, Marie-Lu, Petite Camille

Cyril, Emmanuelle, Alexandre & Gabi (ça va toujours ensemble), et tant d'autres (à qui je demande pardon de ne pas les nommer mais il va falloir laisser un peu de place pour la thèse aussi), avec qui la vie d'interne paraît plus simple, même dans les staff les plus sévères.

A mes anciens chefs : Fabien (qui Fa plutôt bien), Dr MARGUET et Marie-Gabrielle, Dr FUSEAU, Antoine et Victoire, Samir, Grigore et Simon, Sadeq (quand tu aboies Sadeq-ouaf !), Sophie et Raphaëlle, Thomas, Anne-Sophie, Claire, Anne-Charlotte, Paul et Dr FOULDRIN.

A mes parents, les plus gentils du Monde. Merci pour votre soutien de toujours, votre disponibilité sans faille et de votre éducation aimante. Sans vous rien de tout cela n'aurait été possible. Littéralement.

A mes frères, à Tiphaine et à Salomé : j'ai eu la chance d'être à vos côtés toutes ces années et c'est toujours un vrai bonheur de vous voir, de pouvoir compter sur votre écoute, vos conseils et de votre humour.

A Mamie et Bonne Mam, mes deux grand-mères préférées. A égalité.

A Éléonore la plus mignonne et Jean qui a l'air de bien vivre le fait d'avoir un parrain pas terrible.

A mes très nombreux cousins que j'embrasse chacun individuellement.

A toute ma famille, je vous remercie.

Aux copains de Rouen, qu'on nommera par bande, sinon on s'en sort pas : Pite&Moune, Loyis, Baudouin et ses Boscots, les B.O.A.R.F, le Glob'Band, la Pantoufle, la bande à Basile (aussi appelée la bande du ski), les Priss de Potes, enfin à tous les copains de promo. Une pensée particulière à mes collocs, qui savent ce qu'est un vrai concours d'apnée : Puby, Will, Melki et Bobonne.

Aux copains de lycée, comme quoi le temps ne fait rien à l'affaire. Merci de votre soutien, de votre amitié fidèle. Merci de votre compréhension quand je me fais trop absent. Vous êtes mes isomères et même si personne d'autre ne comprendra : Glao Blum Struik.

Aux copains d'enfance, Poul à ta mémoire, à Benoit et à Tim.

Aux Salenne, qui m'accueillent toujours avec une facilité déconcertante, malgré ma maladresse qui se manifeste trop souvent. Merci d'être vous, tout simplement.

Enfin, merci à toi, ma belle Priss. Même s'il m'est impossible de définir tout le bien que ta présence à mes côtés me procure, il me suffit de plonger mes yeux dans les tiens pour oublier mes soucis. Tes mille projets sont un moteur constant dans mon existence. Ton seul défaut : ton manque de goût, et c'est tant mieux pour moi.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN :

Professeur Benoît VEBER

ASSESEURS :

Professeur Michel GUERBET

Professeur Agnès LIARD

Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition

Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>surnombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique

M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoît MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>surnombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image

Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CATANHEIRO	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie

Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Abdel MOUHAJIR	Parasitologie
M. Maxime GRAND	Bactériologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Élisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

PLAN

A.	INTRODUCTION	17
B.	LA SCHIZOPHRENIE	18
I.	<i>Épidémiologie</i>	18
II.	<i>Signes cliniques</i>	19
1)	Les symptômes positifs	19
2)	Les symptômes négatifs	19
3)	Les symptômes de désorganisation	20
4)	Les symptômes cognitifs	20
5)	Les symptômes thymiques	20
III.	<i>Diagnostic</i>	20
1)	Selon le DSM-5	21
2)	Selon la CIM-10	22
IV.	<i>Les différentes formes de schizophrénie</i>	23
1)	Selon le DSM-V	23
2)	Selon la CIM-10	24
V.	<i>Les échelles d'évaluation clinique</i>	24
VI.	<i>Évolution de la maladie</i>	25
1)	Phase prodromique	25
2)	Phase aiguë	25
3)	Phase de stabilisation	26
4)	Phase de stabilité de la maladie	26
VII.	<i>Prises en charge de la schizophrénie</i>	27
1)	Objectifs	27
2)	Les thérapies pharmacologiques	27
3)	Les thérapies non pharmacologiques	28
(a)	Les interventions psychothérapeutiques et psychosociales	28
(b)	La stimulation magnétique transcrânienne répétée (TMS)	29
(c)	L'électroconvulsivothérapie (ECT) ou sismothérapie	29
C.	LA REHABILITATION PSYCHOSOCIALE	29
I.	<i>Généralités</i>	29
1)	Définition	29
2)	Historique	30
3)	Répartition géographique en France	30
4)	Le service de réhabilitation psychosociale au NHN	30
II.	<i>Fonctionnement</i>	31
1)	Pathologies prises en charges	31
2)	Les acteurs	31
3)	Bilan	32
III.	<i>Les stratégies de prise en charge</i>	33
1)	Ateliers	33
2)	Partenaires	33
IV.	<i>Suivi et objectifs</i>	34
D.	ÉTUDE RETROSPECTIVE OBSERVATIONNELLE	34
I.	<i>Matériel et méthode</i>	34
1)	Types d'études	34
2)	Critère de jugement principal	34

3)	Critères de jugements secondaires	35
4)	Critères d'inclusion	35
5)	Le recrutement	35
6)	Analyse des données :	35
(a)	Échelles utilisées (51)	35
(b)	Analyse des dossiers	37
(c)	Analyse statistique.....	38
II.	<i>Résultats</i>	39
1)	Flow chart.....	39
2)	Données épidémiologiques et démographiques	41
3)	Les difficultés liées aux conditions sanitaires.....	42
4)	Analyse des GAF.....	43
5)	Analyse des échelles et des symptômes.	44
(a)	Symptômes	44
(b)	Actes.....	46
(c)	Echelles.....	48
(d)	Analyse de corrélation des échelles	48
(e)	Analyse de corrélation pour la PANSS.....	49
(f)	Analyse de corrélation pour la BPRS.....	50
(g)	Analyse de corrélation pour la SANS.....	50
III.	<i>Discussion</i>	51
1)	Interprétation des résultats.....	51
2)	Synthèse des résultats.....	57
3)	Limites de l'étude.....	58
4)	Forces de l'étude.....	58
E.	CONCLUSION	59
F.	BIBLIOGRAPHIE.....	59
G.	ANNEXES ET ABREVIATIONS	65
I.	<i>Abréviations</i>	65
II.	<i>Annexes</i>	66
1)	Annexe 1 – Le parcours du patient en bilan de réhabilitation.....	66
2)	Annexe 2 – Types d'interventions proposées par la réhabilitation psychosociale, selon l'ARS Normandie.....	67
3)	Annexe 3 – Formulaire de consentement	68
4)	Annexe 4 – Global Assessment of Functioning	69
5)	Annexe 5 – Positive And Negative Syndrome Scale	70
6)	Annexe 6 – Brief Psychiatric Rating Scale.....	72
7)	Annexe 7 – Calgary Depression Scale for Schizophrenia	73
8)	Annexe 8 – Scale for the Assessment of Negative Symptoms.....	74
9)	Annexe 9 – State-Trait Anxiety Inventory.....	76
10)	Annexe 10 – Self-Esteem Rating Scale	78
11)	Annexe 11 – Echelle d'estime de soi de Rosenberg	79
12)	Annexe 12 – Echelle d'anxiété sociale de Liebowitz.....	80
13)	Annexe 13 – Flow Chart	81
14)	Annexe 14 – Tableau données démographiques et épidémiologiques.....	82
15)	Annexe 15 – Facteurs de risque propres aux conditions sanitaires.....	83
16)	Annexe 16 – Tableaux des difficultés liées aux conditions sanitaires	84
17)	Annexe 17 – Tableau des résultats et analyse statistique de GAF.....	85
18)	Annexe 18 – Tableau de comptage des symptômes détaillés : période du 17 mars au 31 juillet	86
19)	Annexe 19 - Tableau de comptage des symptômes détaillés : période du 17 mars au 10 mai	87
20)	Annexe 20 - Tableau de comptage des symptômes détaillés : période du 11 mai au 31 juillet	88

21)	Annexe 21 – Tableau de comptage des actes pratiqués détaillés : période du 17 mars 2020 au 31 août 2020 :	89
22)	Annexe 22 – Tableau de comptage des actes pratiqués détaillés : période du 17 mars au 10 mai 2020 :	90
23)	Annexe 23 – Tableau de comptage des actes pratiqués détaillés : période du 11 mai au 31 juillet 2020 :	91
24)	Annexe 24 – Tableau de l'analyse de corrélation des actes et symptômes.....	92
25)	Annexe 25 – Tableau des résultats de la PANSS par patient.....	93
26)	Annexe 26 – Tableau des résultats de la BPRS par patient.....	94
27)	Annexe 27 – Tableau des résultats de la SANS par patient.....	95
28)	Annexe 28 – Tableau des résultats de la CDSS par patient.....	96
29)	Annexe 29 – Tableau des résultats de l'échelle de Liebowitz par patient.....	97
30)	Annexe 30– Tableau des résultats des échelles SERS et Rosenberg par patient.....	98
31)	Annexe 31 – Tableau de résultats de l'échelle STAI par patient.....	99
32)	Annexe 32 – Tableau des résultats de l'analyse statistique par échelle.....	100
33)	Annexe 33 – Tableau des résultats de l'analyse statistique par item de la PANSS.....	101
34)	Annexe 34 - Tableau des résultats de l'analyse statistique par item de la BPRS.....	102
35)	Annexe 35 - Tableau des résultats de l'analyse statistique par item de la SANS.....	103
36)	Annexe 36 – Figure représentant la corrélation entre le score de dépression (BPRS) et le nombre d'actes validés.....	104
37)	Annexe 37 – Figure représentant la corrélation entre le score de désorganisation conceptuelle (BPRS) et le nombre d'actes validés.....	105
38)	Annexe 38 – Figure représentant la corrélation entre le score d'émoussement affectif (BPRS) et le nombre d'actes validés.....	106
39)	Annexe 39 – Figure représentant la corrélation entre le score de diminution des mouvements spontanés (SANS) et le nombre d'actes validés.....	107
40)	Annexe 40 – Figure représentant la corrélation entre le score de distractibilité (BPRS) et le nombre de symptômes.....	108
41)	Annexe 41 – Extrait du Manuel de Cotation de la BPRS (item « dépression »).....	109
42)	Annexe 42 – Extrait du Manuel de Cotation de la PANSS (item « dépression »).....	109
43)	Annexe 43 – Extrait du Manuel de Cotation de la BPRS (item « désorganisation conceptuelle»).....	110
44)	Annexe 44 – Extrait du Manuel de Cotation de la PANSS (item « Désorganisation conceptuelle »).....	110
45)	Annexe 45 - Extrait du Manuel de Cotation de la BPRS (item « émoussement affectif »).....	111
46)	Annexe 46 - Extrait du Manuel de Cotation de la PANSS (item « émoussement émotionnel »).....	111
47)	Annexe 47 - Extrait du Manuel de Cotation de la BPRS (item « distractibilité »).....	112
48)	Annexe 48 - Extrait du Manuel de Cotation de la PANSS (item « manque d'attention »).....	112
H.	RESUME.....	113
I.	<i>Introduction</i>	113
II.	<i>Matériel et méthode</i>	113
1)	Recherche dans les dossiers. Entretiens. Passation d'échelles.....	113
2)	Critères d'inclusion et d'exclusion.....	113
III.	<i>Résultats</i>	113
IV.	<i>Discussion</i>	113

A. Introduction

L'année 2020 est une année très particulière dans le domaine de la santé. Le 25 janvier, les premiers cas de Covid19 sont déclarés en France. Cette pandémie à coronavirus, bien que détectée rapidement(1)(2), a difficilement été anticipée lors de son arrivée dans le pays. Afin de limiter la propagation du virus, des mesures de distanciation sociale sont mises en place en France allant jusqu'au confinement entre le 17 mars 2020 et le 11 mai 2020 avec comme but de limiter les contacts humains.

On a pu entendre dans les médias à plusieurs reprises durant cette période la question de l'impact de ces mesures sur la santé mentale. Une large littérature met en évidence un impact psychologique négatif du confinement, au sens de privation sensorielle. Cette littérature s'appuie sur les expériences carcérales, les professionnels des stations spatiales ou encore les militaires en mission dans un sous-marin (3)(4). Plusieurs études rapportent une augmentation du stress, des symptômes anxieux et des symptômes d'état de stress post-traumatique.(5)

Pour ce qui est du confinement sanitaire Covid-19, la distanciation porte sur une limitation des sorties du domicile, et la fermeture de commerces et lieux publics. Il est donc moins restrictif, puisque la population était confinée au domicile de son choix, avec permission de sortir dans certaines conditions et pour des temps restreints. Cependant, si ces mesures étaient moins restrictives, elles ont été appliquées à l'échelle de toute une population et notamment des personnes déjà fragile mentalement.

Lorsqu'on s'intéresse au domaine de la psychiatrie, la schizophrénie représente une fragilité importante. Il s'agit d'une maladie chronique avec un fort retentissement fonctionnel.

L'instruction DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 du ministère des solidarités et de la santé met en avant la nécessité d'offres de soins de réhabilitation psychosociale, avec pour cible prioritaire la schizophrénie.

La réhabilitation est définie par Marianne FARKAS en 1986 comme(6) : « La somme des actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet et atténuer les difficultés résultant de ses conduites déficitaires ou anormales. Son but est d'améliorer le fonctionnement de la personne et qu'elle puisse remporter des succès et éprouver des satisfactions dans un milieu de son choix et avec le moins d'interventions professionnelles possibles ». Elle est appuyée par la littérature, notamment sur le pronostic fonctionnel.(7)

Ainsi on peut se demander devant cette distanciation sociale non anticipée, comment la population a-t-elle réagi et s'est-elle adaptée à ces nouvelles règles ? Comment cela a-t-il pu influencer leur état psychique ? L'état de fragilité qu'est la schizophrénie a-t-il aggravé ces perturbations psychiques ? Comment cela a-t-il perturbé la prise en charge en réhabilitation ? Ou bien la prise en charge de ces patients par l'étayage des soignants spécialisés en réhabilitation a-t-elle permis de prévenir les risques de santé mentale ?

Le but de cette étude est de savoir si l'on retrouve un impact chiffré de ce confinement chez les patients schizophrènes suivis en réhabilitation. Il existe pour cette pathologie plusieurs échelles d'étayage diagnostic et de suivi utilisées dans la pratique et dans la recherche. Ces échelles permettent une approche quantitative et standardisée de la gravité de la schizophrénie, et parfois une évaluation symptôme par symptôme.

Cette étude est une étude observationnelle quantitative dont le critère de jugement principal sera l'observation du fonctionnement à travers le score Global Assessment of Functioning (ou Evaluation Globale du Fonctionnement EGF) chez les patients souffrant de schizophrénies suivis dans le service de réhabilitation psychosociale du Nouvel Hôpital de Navarre (NHN) réalisée a posteriori pendant le confinement, puis lors d'un entretien avec le patient en post-confinement. Le critère de jugement secondaire portera sur la réalisation d'échelles : la Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS), la Self Assessment of Negative Symptoms (SANS), l'échelle d'estime de soi de Rosenberg, l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz, la Self-Esteem Rating Scale (SERS), la State-Trait Anxiety Index (STAI), la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) et la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) chez les patients présentant un trouble schizophrénique ou apparenté suivis au Centre de Réhabilitation Psychosociale du Nouvel Hôpital de Navarre, dans l'Eure, en post-confinement. Cette étude est basée sur des entretiens réalisés entre le 2 juin 2020 et le 20 août 2020, ainsi que l'analyse des symptômes rapportés par les soignants de l'hôpital de Navarre dans leurs transmissions et observations du 17 mars 2020 au 31 juillet 2020. Les outils choisis sont validés et utilisés dans l'évaluation quantitative de la symptomatologie de la schizophrénie dans la littérature.

B. La schizophrénie

La schizophrénie est une maladie psychiatrique chronique caractérisée par trois syndromes : le syndrome positif, le syndrome négatif et le syndrome de désorganisation. Il s'agit d'une, ou décrites comme plusieurs, maladies invalidantes ayant un fort retentissement sur la qualité de vie des patients et associée à une diminution de l'espérance de vie de 12 à 15 ans en moyenne (8)(9)

Les causes identifiées de décès les plus fréquentes sont les pathologies cardiovasculaires (27,3%), les cancers (18,1%) et le suicide (11,1%) (10)(11)

I. Épidémiologie

En France, l'incidence annuelle du trouble schizophrénique est de l'ordre 0,1 pour 1000 habitants(12) et la prévalence est de l'ordre de 1% dans la population générale en France. Elle

touche 23 millions de personnes dans le Monde ce qui représente également environ 1 % de la population(13). Le sex-ratio est égal à 1.4 avec une légère prédominance masculine, les manifestations du trouble apparaîtraient plus précocement et seraient plus invalidantes chez l'homme que chez la femme. Classiquement, la maladie se déclare le plus souvent à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, entre 16 et 30 ans.(13) Il existe cependant des formes d'apparition précoces et tardives. La fréquence dépend de l'exposition à certains facteurs environnementaux comme la consommation de cannabis, la migration ou encore l'urbanisation (14)

II. Signes cliniques

La schizophrénie est caractérisée par une grande hétérogénéité des signes cliniques. Il est cependant possible de classer les différents symptômes en trois catégories principales : les symptômes positifs, les symptômes négatifs et les symptômes de désorganisation, auxquelles peuvent s'ajouter des altérations des fonctions cognitives et des symptômes thymiques. Un dysfonctionnement social et professionnel est généralement associé. La présence et l'intensité de ces symptômes sont variables d'un patient à un autre. Les symptômes positifs permettent un diagnostic plus précoce alors qu'une prédominance des symptômes négatifs, pouvant être associée à une dépression, peut retarder le diagnostic et aggraver le pronostic.(15) Dans la majorité des cas, les patients sont anosognosiques, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas conscience de la maladie, les rendant le plus souvent réticents à la prise en charge thérapeutique et à l'adhésion aux soins(16).

1) Les symptômes positifs

Le terme « positif » reflète d'un excès par rapport au fonctionnement normal. Ce sont les symptômes répondant le plus favorablement aux antipsychotiques (AP). Il existe différents symptômes positifs, comprenant les délires et les hallucinations.

Le délire peut être aigu ou chronique et n'est pas spécifique de la schizophrénie. Il existe différents thèmes de délires, les mécanismes sont également variables.

Les hallucinations peuvent être psychosensorielles, sur toutes les modalités, ou intrapsychiques.(14).

2) Les symptômes négatifs

Les symptômes négatifs sont considérés comme une réduction des fonctions normales, un appauvrissement idéo-affectif. Ces symptômes sont les plus difficiles à traiter et participent à la perturbation du fonctionnement social. Les interventions psychosociales jouent un rôle important dans leur prise en charge étant donné une efficacité moindre des traitements

pharmacologiques sur ce groupe de symptômes.

Parmi ces symptômes, on retrouve un émoussement des affects, une alogie, une apathie, une aboulie, un apragmatisme, une anhédonie, une clinophilie/claustromanie et un retrait social.(14)

3) Les symptômes de désorganisation

Autrefois appelé syndrome de dissociation, le syndrome de désorganisation correspond à la perte de l'unité psychique entre idées, affectivité et attitudes. Ce syndrome est marqué par des manifestations affectant notamment les cognitions, les émotions et les comportements.

Il peut se manifester par une diffluence du discours, notamment avec des barrages, une altération du système logique ou du langage, une ambivalence affective, d'affects inappropriés, ou encore au niveau comportemental avec un maniérisme gestuel, des parakinésies, et, à l'extrême, un syndrome catatonique.(14)

4) Les symptômes cognitifs

Les symptômes cognitifs occupent une place importante dans la schizophrénie. Ils accompagnent l'évolution de la maladie et persistent le plus souvent malgré l'amélioration des autres symptômes. Il peut y avoir une atteinte des neurocognitions, aussi appelées « cognitions froides », comme la vitesse de traitement, la concentration, l'attention, la mémoire de travail, l'apprentissage verbal et visuel ou encore la planification. On retrouve aussi une atteinte des cognitions sociales, telles que le traitement des émotions, la théorie de l'esprit et le style attributionnel.(17)

5) Les symptômes thymiques

Ils sont présents chez 80% des patients lors d'un premier épisode psychotique. Il peut avoir des symptômes maniaques ou dépressifs, ou encore la coexistence à un même instant de symptômes maniaques et dépressifs, entraînant un état mixte. Si la dimension thymique est présente de façon prolongée dans la symptomatologie du patient lors des phases actives et résiduelles de la maladie, on parlera de trouble schizo-affectif.(14)

III. Diagnostic

Le diagnostic de schizophrénie repose actuellement sur la symptomatologie clinique. Il

n'existe pas de tests biologiques à ce jour, bien que certains biomarqueurs sont en cours d'exploration(18). Les critères diagnostiques utilisés le plus souvent sont ceux des classifications internationales : la 10ème édition de la classification internationale des maladies (CIM 10) et la 5ème édition du Manuel Diagnostique et Statistiques des troubles mentaux (DSM-5).

Ces classifications s'appuient sur l'association entre les symptômes positifs, négatifs et de désorganisation pendant une période de temps suffisante en lien avec le dysfonctionnement socio-professionnel. On peut noter l'absence des symptômes cognitifs dans les critères diagnostiques de ces deux classifications.

1) Selon le DSM-5

Le DSM-5 est publié par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) et est spécifique aux maladies mentales. Le DSM a pour but de référencer et classifier les critères et recherches sur les troubles mentaux, de constituer un langage commun utilisé par tous les cliniciens, de comprendre l'étiologie et la fréquence d'un trouble, et si besoin, de mettre en place des actions de santé publique.

Le diagnostic de schizophrénie y repose sur les critères suivants :

- Critère A : Deux ou plus des symptômes suivants sont présents pendant une partie significative du temps sur une période d'un mois. Au moins l'un des symptômes doit être 1, 2 ou 3 :
 1. Idées délirantes
 2. Hallucinations
 3. Discours désorganisé (coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)
 4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
 5. Symptômes négatifs (réduction de l'expression émotionnelle, aboulie)

- Critère B : Pendant une partie significative du temps depuis la survenue du trouble, 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 dans l'adolescence, incapacité à atteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire, ou dans d'autres activités auxquelles on aurait pu s'attendre).

- Critère C : 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, et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques et résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes figurants dans le critère A présents

sous une forme atténuée.

- Critère D : Un trouble schizo-affectif et un trouble dépressif ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés soit parce qu'aucun épisode dépressif majeur ou maniaque n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active, soit parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, ils ne l'ont été que pour une faible proportion de la durée des périodes actives et résiduelles.
- Critère E : La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (une drogue ou un médicament) ou d'une affection médicale.
- Critère F : En cas d'antécédents d'un trouble du spectre autistique ou d'un trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est établi que si les idées délirantes ou les hallucinations sont prononcées et sont présentes avec les autres symptômes requis pour le diagnostic pendant au moins 1 mois(19).

2) Selon la CIM-10

La CIM-10 est publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cette classification statistique a pour but de permettre l'analyse, l'interprétation et la comparaison des données de mortalité et de morbidité recueillies dans différents pays ou régions et à des périodes différentes. La CIM-10 permet également de transposer les diagnostics de maladies en codes alphanumériques, ce qui facilite le stockage, la recherche et son utilisation en épidémiologie, en gestion sanitaire ou encore à des fins cliniques.

Dans cette classification le diagnostic repose sur les critères suivants :

- présence de symptômes caractéristiques avec au minimum un critère numéroté de 1 à 4,
- ou 2 critères numérotés de 5 à 8, pendant au moins 1 mois,
- ou le critère 9 pendant au moins 12 mois :

Critères d'inclusion :

1. Écho de la pensée, pensées imposées ou vol de la pensée, divulgation de la pensée.
2. Idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, se rapportant clairement à des mouvements corporels ou à des pensées, actions ou sensations spécifiques, ou perception délirante.
3. Hallucinations auditives dans lesquelles une ou plusieurs voix commentent en permanence le comportement du patient, ou parlent de lui ou autres types d'hallucinations auditives dans lesquelles une ou plusieurs voix émanent d'une partie du corps.
4. Autres idées délirantes persistantes, culturellement inadéquates ou invraisemblables,

- concernant p. ex. l'identité religieuse ou politique ou des pouvoirs surhumains (être capable de contrôler le temps, ou de communiquer avec des extraterrestres, etc.).
5. Hallucinations persistantes de n'importe quel type, accompagnées soit d'idées délirantes fugaces ou à peine ébauchées, sans contenu affectif évident, soit d'idées surinvesties persistantes, ou hallucinations survenant quotidiennement pendant des semaines ou des mois d'affilée.
 6. Interruptions ou altération par interpolations du cours de la pensée. Rendant le discours incohérent et hors de propos, ou néologismes.
 7. Comportement catatonique : excitation, posture catatonique, flexibilité cireuse, négativisme, mutisme ou stupeur.
 8. Symptômes "négatifs" : apathie importante, pauvreté du discours, émoussement affectif ou réponses affectives inadéquates (ces symptômes sont généralement responsables d'un retrait social et d'une altération des performances sociales). Il doit être clairement établi que ces symptômes ne sont pas dus à une dépression ou à un traitement antipsychotique (AP).
 9. Modification globale, persistante et significative de certains aspects du comportement, se manifestant par une perte d'intérêt, un comportement sans but, une inactivité, une attitude centrée sur soi-même, et un retrait social.

Critères d'exclusion :

1. Symptômes dépressifs ou maniaques au premier plan, à moins d'être certain que les symptômes schizophréniques précédaient les troubles de l'humeur ou symptômes affectifs d'importance à peu près égale aux symptômes schizophréniques et se développant simultanément (trouble schizo-affectif).
2. Atteinte cérébrale manifeste ou apparaissant au cours d'une épilepsie.
3. Intoxication ou un sevrage à une substance psychoactive(20)

IV. Les différentes formes de schizophrénie

1) Selon le DSM-V

Contrairement au DSM-IV qui intégrait différentes formes cliniques de schizophrénie comme dans la CIM-10 : paranoïde, désorganisée, catatonique, indifférenciée ou résiduelle, le DSM-V évalue des signes et des symptômes de façon dimensionnelle. À la suite de différentes études depuis sa publication, il s'est avéré que les sous-types présentaient un intérêt limité dans le domaine de la clinique comme dans celui de la recherche (absence de répercussions sur le traitement ou sur le pronostic de la maladie). L'évaluation dimensionnelle des symptômes regroupe la schizophrénie en différents domaines psychopathologiques dans le DSM-V. Chaque domaine a une évolution distincte, une réponse différente au traitement, ainsi que des implications pronostics différentes. Selon le DSM-5, le patient doit être évalué

sous huit dimensions : les cinq symptômes du critère A de schizophrénie, la cognition, la dépression et la manie. Chaque dimension est évaluée sur une échelle de cinq points allant de zéro (absente) à quatre (présente et sévère). Cette catégorisation par symptômes permet une évaluation plus spécifique et individualisée des patients ainsi qu'une évaluation de l'impact spécifique du traitement sur les différents aspects de la maladie. (19)

2) Selon la CIM-10

Dans la classification publiée par l'OMS, il existe 7 sous-types différents de schizophrénie, chaque forme possédant un chiffre de codage (allant de F20.0 à F20.9). La différence entre les sous-types est fonction de la prédominance de certains symptômes, par exemple la distorsion de la réalité est un symptôme prédominant dans la schizophrénie paranoïde ou encore les troubles de l'affect et la désorganisation dans la schizophrénie hébéphrénique. L'évolution de la maladie et l'efficacité du traitement diffèrent souvent entre ces formes cliniques. De plus, il est également possible d'observer l'alternance entre plusieurs formes cliniques au cours de l'évolution de la maladie. Les sous types de schizophrénie selon la classification CIM-10 sont :

- Paranoïde (F20.0)
- Hébéphrénique (F20.1)
- Catatonique (F20.2)
- Indifférenciée (F20.3)
- Dépression post-schizophrénique (F20.4)
- Résiduelle (F20.5)
- Simple (F20.6)
- Autres formes de schizophrénie (F20.8)
- Schizophrénie, sans précision (F20.9) (20)

V. Les échelles d'évaluation clinique

Les échelles d'évaluation clinique permettent au clinicien de quantifier des caractéristiques non mesurables directement. Ces outils ne permettent pas de poser un diagnostic mais de quantifier l'évolution de la maladie. On distingue les instruments d'évaluation globale de la pathologie psychiatrique et les instruments spécifiques d'une dimension (d'une pathologie, d'un symptôme, etc.). Les échelles cliniques représentent une méthode standardisée et validée cliniquement.

VI. Évolution de la maladie

Le diagnostic de schizophrénie, qui correspond en général au premier épisode de psychose ou bouffée délirante aiguë, est habituellement faite chez les jeunes adultes. Le diagnostic suit généralement une phase prodromique, au cours de laquelle des éléments psychotiques et d'autres symptômes aspécifiques sont apparents. Une fois diagnostiquée, la schizophrénie suit une évolution variable selon les patients, la rémission peut être totale, ou bien entrecoupée de rechutes, le patient peut également présenter une non-réponse totale ou partielle aux traitements. Des facteurs génétiques prédisposant et des facteurs environnementaux ont été mis en évidence comme influençant l'évolution. Ceux-ci peuvent être à l'origine du déclenchement de la maladie et des décompensations psychotiques.

Les causes de la schizophrénie et les facteurs précipitant l'entrée dans la maladie sont encore mal connus et mal compris. A ce jour, le modèle physiopathologique de la schizophrénie le plus généralement accepté est celui d'une disposition génétique de vulnérabilité à laquelle s'ajoute des facteurs de risque environnementaux, aussi appelés « stress ».(21) L'héritabilité est estimée à 80 %, il existe également un sur-risque chez les patients ayant présenté des complications lors de la grossesse et/ou de l'accouchement. Plus tard dans le neuro-développement, la migration, la vie urbaine et la consommation de toxiques constituent des facteurs de risque.(22)(23)

1) Phase prodromique

La phase prodromique est une phase lente et progressive qui précède le premier épisode psychotique. Les symptômes présents ne sont pas nécessairement positifs mais plutôt négatifs : retrait social, perte d'intérêt pour le travail, les études ou les amis, détérioration de l'hygiène personnelle, irritabilité, tension ou insomnies. Cette phase prodromique, peut durer plusieurs mois à quelques années, cependant, un individu peut présenter des symptômes prodromiques sans développer de schizophrénie. Une durée plus longue de la maladie non traitée a été mis en lien avec une réponse inférieure aux traitements pharmacologiques, un niveau plus faible de rétablissement clinique et fonctionnel après un premier épisode, ainsi qu'au risque de rechutes.(24)(25)

2) Phase aiguë

Les signes d'entrée dans la maladie peuvent être divers ; il peut s'agir d'un trouble psychotique bref, de symptômes thymiques ou d'un passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif. Une hospitalisation est souvent nécessaire afin de stabiliser l'état du malade. Cette phase peut durer plusieurs jours voire plusieurs semaines. L'objectif du traitement durant

cette phase est dans un premier temps de traiter la crise. L'objectif est ensuite de mettre en place un traitement efficace et bien toléré par le patient.

3) Phase de stabilisation

Après la mise en place d'un traitement, les symptômes diminuent en intensité. Pendant ce temps, il est important d'associer des traitements pharmacologiques aux interventions psychothérapeutiques et psychosociales pour obtenir la meilleure rémission symptomatique et fonctionnelle possible.(26)

4) Phase de stabilité de la maladie

Au cours de cette phase, les objectifs du traitement sont de contrôler la rémission symptomatique, de prévenir les rechutes, d'améliorer le fonctionnement et de continuer la réhabilitation du patient (27). A la suite d'un épisode psychotique aigu, on observe trois évolutions différentes selon les patients (28). Le pronostic varie en fonction des caractéristiques de la maladie mais également de la qualité du soutien psychosocial, de l'accès aux soins et de l'adhésion du patient à sa prise en charge thérapeutique. Le devenir de la maladie peut dépendre d'autres facteurs comme les comorbidités, les facteurs socio culturels ou encore des évènements de vie stressants.

Les trois évolutions, rencontrées à fréquence égales, sont les suivantes :

-Rémission complète : le patient revient à un niveau de fonctionnement normal et ne présentera plus d'épisodes psychotiques. Les patients reprennent une vie sociale, professionnelle et affective.

-Réponse partielle : des rechutes ou décompensations psychotiques sont observées. Celles-ci sont entrecoupées d'intervalles où le patient présente des symptômes résiduels plus ou moins marqués, le plus souvent à type de dépression, insomnie, anxiété ou symptômes négatifs (apathie, aboulie, difficultés sociales).

-Absence de réponse : l'évolution est défavorable avec une autonomie limitée des patients. Ceux-ci ne répondent pas favorablement aux traitements, les rechutes sont plus fréquentes et la symptomatologie résiduelle est bruyante et s'aggrave après chaque épisode.

Certains facteurs démographiques et cliniques présenteraient une valeur prédictive positive sur l'évolution de la maladie comme l'appartenance au sexe féminin, l'absence d'antécédent familial de schizophrénie, un bon niveau de fonctionnement social pré morbide, un quotient intellectuel élevé, le fait d'être marié, la prédominance de symptômes positifs avec peu de symptomatologie négative, l'absence de comorbidité et le peu d'épisodes antérieurs (en nombre et en durées) (29) (13)

VII. Prises en charge de la schizophrénie

1) Objectifs

Les objectifs du traitement sont multiples (29)(13) :

- Réduire ou éliminer les symptômes.
- Préserver les capacités cognitives et les capacités d'adaptation pour contribuer à l'autonomie et à la qualité de vie.
- Prévenir les rechutes.
- Assurer une prise en charge globale du patient et un soutien de l'entourage.
- Assurer et engager des mesures psycho-éducatives pour le patient et/ou son entourage.

2) Les thérapies pharmacologiques

Les antipsychotiques (AP) représentent le traitement de première intention dans la schizophrénie. Le choix du traitement lors d'un épisode psychotique est très important car il a des conséquences sur la prévention des rechutes, le pronostic global de la maladie et la qualité de vie du patient. Deux classes d'AP sont disponibles (les molécules actuellement disponibles en France sont répertoriées en Annexe 5) :

-AP de première génération dits conventionnels (APC)

-AP de seconde génération dits atypiques (APA)

Ces deux classes sont différentes par leur profil pharmacologique, ce qui se manifeste par la fréquence de survenue des effets extrapyramidaux. Les antipsychotiques conventionnels, par leur forte affinité et leur activité de blocage du récepteur dopaminergique D2 vont être très fréquemment pourvoyeurs de syndromes extrapyramidaux. A l'opposé, les antipsychotiques atypiques, par leurs profils pharmacologiques plus variés, vont être moins fréquemment pourvoyeurs d'effets secondaires de type extrapyramidaux. Il existe un cas particulier d'antipsychotiques atypiques ; les agonistes partiels se fixent sur le récepteur D2, ne vont pas le bloquer mais en moduler l'activité. (30)

D'autres effets indésirables peuvent-être rapportés, et donc la fréquence varie selon le profil pharmacologique de la molécule utilisée :

- Sédation et la prise de poids pour les traitements ayant un antagonisme histaminique

anti-H1.

- Effets indésirables anticholinergiques à type de sécheresse buccale, constipation ou encore tachycardie pour ceux ayant un effet antagoniste anti-muscarinique
- Hypotension orthostatique (antagonisme adrénérgique α_1)
- Hyperprolactinémie et troubles sexuels (antagonisme dopaminérgique D2 dans la voie tubéro-infundibulaire).(30)

Dans une méta-analyse publiée en 2009 par Leucht et al. (31), les APA en tant que groupe étaient modérément plus efficaces que les APC (32). Ceci serait lié à un meilleur profil de tolérance et un spectre d'activité plus large. (33)

Les APA seraient plus efficaces sur les symptômes négatifs, cognitifs et sur les troubles de l'humeur. A part la Clozapine, il n'existe aucune preuve de supériorité d'un APA par rapport à un autre même s'il existe une variabilité de réponse intra individuelle (34) (35)

Selon les recommandations de la HAS et de sociétés internationales telles que la NICE, l'American Psychological Association et la WFSPB, les antipsychotiques atypiques sont recommandés en première intention en raison de la balance efficacité/tolérance neurologique plus favorable (27) (34). La monothérapie est toujours à privilégier avec une posologie minimale efficace à rechercher. A la suite d'un épisode unique, le traitement sera maintenu au minimum deux ans (avec arrêt progressif et suivi de l'état clinique du malade). En cas d'épisode ultérieur, le traitement sera maintenu au moins 5 ans et le plus souvent au-delà. (12)

Les traitements pharmacologiques doivent toujours être accompagnés par des interventions psychothérapeutiques et complétés par des stratégies psychosociales.

3) Les thérapies non pharmacologiques

(a) Les interventions psychothérapeutiques et psychosociales

La thérapie cognitivo-comportementale ou TCC est une thérapie validée scientifiquement qui vise à remplacer les idées négatives et les comportements inadaptés par des pensées et des réactions en adéquation avec la réalité. La TCC, portée sur les interactions entre pensées, émotions et comportement, aide à progressivement dépasser les symptômes invalidants et éviter la désocialisation. Ces thérapies peuvent aborder des dimensions émotionnelles (angoisse, estime de soi, gestion du stress), sociales (hygiène de vie, motivation à entreprendre et aller vers les autres), ou encore médicales (réduire la consommation de substances psychogènes, éducation sur sa maladie).(36)

La psychoéducation est une intervention psychothérapeutique systématique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les possibilités thérapeutiques. (37,38)

La remédiation (ou réhabilitation) cognitive est une technique non médicamenteuse ayant pour objectif d'améliorer les fonctions cognitives tels que l'attention auditive et visuelle, la concentration soutenue, la mémoire verbale et visuelle, les fonctions exécutives, la définition de buts ou encore la résolution de problèmes. Elle consiste à identifier les différentes composantes cognitives altérées par la maladie et à trouver des solutions pour guérir ou contourner ces troubles, à travers des ateliers et des entretiens. (39,40)

(b) *La stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS)*

La stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS) est une technique non invasive de stimulation des neurones corticaux par l'application d'un champ magnétique bref de haute intensité. Dans la schizophrénie, les symptômes cible de la rTMS sont les hallucinations auditives résistantes, les symptômes cognitifs et les symptômes négatifs, bien que pour cette dernière catégorie la preuve de l'efficacité reste incertaine (41). Elle peut-est utilisée en traitement adjuvant en association avec un traitement antipsychotique.(42)

(c) *L'électroconvulsivothérapie (ECT) ou sismothérapie*

L'électroconvulsivothérapie (ECT) ou sismothérapie consiste en l'induction d'une crise comitiale à visée thérapeutique, par l'administration d'un stimulus électrique de fréquence variable, au moyen d'électrodes appliquées sur le scalp. Cette technique est indiquée dans la dépression sévère, le trouble bipolaire et la schizophrénie. Dans cette dernière indication, les ECT sont réservés aux formes sévères ou résistantes, aux patients souffrant de formes catatoniques, désorganisées ou associées à des troubles de l'humeur ou bien lorsque les traitements pharmacologiques sont insuffisamment inefficaces. (43,44)

C. La réhabilitation psychosociale

I. Généralités

1) Définition

La réhabilitation psychosociale se définit comme un « processus qui facilite le retour d'un individu à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté. » (45)(46)

C'est un processus engagé en collaboration avec la personne présentant des troubles psychiatriques et les différents acteurs des secteurs médicaux, sociaux, médico-sociaux, de formations et professionnels, ayant pour but de lui permettre de se réapproprier sa vie et de se réinsérer dans la société.

2) Historique

La réhabilitation s'est développée aux États-Unis dans la deuxième partie du XX^{ème} siècle. Elle est issue de la concordance de deux phénomènes ; premièrement, l'apparition des traitements pharmacologiques avec la possibilité d'une rémission clinique et deuxièmement le développement des mouvements d'usagers de la psychiatrie.

La réhabilitation psycho-sociale s'est développée en France à partir des années 2000 et a été placée au centre du développement de l'offre de santé de la psychiatrie en France dans le décret du 27 juillet 2017 relatif au Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) et l'instruction n° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019.(47)(48,49)

3) Répartition géographique en France

En France, on compte 58 centres de réhabilitation répartis dans chaque région :

- 14 en Auvergne-Rhône-Alpes
- 3 en Bourgogne-Franche-Comté
- 2 en Bretagne
- 3 en Centre Val de Loire
- 4 en Grand-Est
- 11 en Ile-de-France
- 3 en Normandie
- 10 en Nouvelle Aquitaine
- 3 en Occitanie
- 3 en Pays-de-la-Loire
- 1 en Provence-Alpes-Côte-D'azur
- 1 en France d'Outre-Mer

Il existe deux centres ressource de réhabilitation psychosociale en France, situé au Centre Hospitalier le Vinatier à Lyon, et un autre à l'hôpital Sainte-Anne à Paris.(50)

4) Le service de réhabilitation psychosociale au NHN

Autorisé depuis le mois de juin 2016, le service de réhabilitation psychosociale offre des soins d'hôpital de jour, de consultation et de visites à domicile.

Le service est composé de deux psychiatres, d'une équipe de cinq infirmiers, d'une neuropsychologue, d'un ergothérapeute, d'un éducateur sportif, d'une secrétaire et d'un assistant social.

II. Fonctionnement

1) Pathologies prises en charges

La nécessité ou non d'une prise en charge en réhabilitation psychosociale dépend non pas de la symptomatologie ou du cadre nosographique, mais du retentissement fonctionnel de cette maladie sur les projets de vie du patient. Néanmoins, certaines pathologies sont mises en avant comme nécessitant des soins de réhabilitation par le Ministère des Solidarités et de la Santé, tels que les troubles psychotiques, les troubles bipolaires, certaines formes de dépressions, les TOCs sévères, certains troubles du spectre de l'autisme, etc.

Les critères suivants ont été mis en avant comme critères d'orientation vers une réhabilitation.

- Les jeunes à l'émergence de troubles psychotiques incluant le premier épisode, pour lesquels l'objectif se pose en termes de maintien dans les études/l'insertion sociale
- Les personnes présentant une pathologie psychiatrique grave chronique que les soins de réhabilitation visent à remettre dans une trajectoire de rétablissement et d'inclusion sociale
- Les personnes présentant certains troubles du spectre autistique
- Les personnes présentant des comorbidités psychiatriques et addictives.

(47,49,51,52)

2) Les acteurs

Les acteurs de la réhabilitation sont multiples et peuvent être variables d'un centre à un autre. On peut y trouver notamment. :

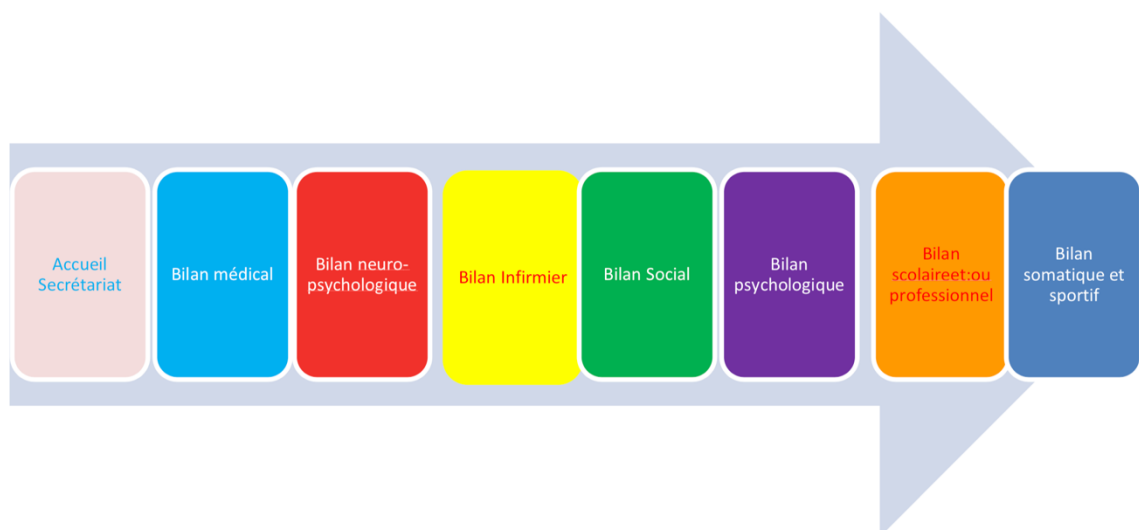
- Infirmier/Infirmière
- Psychiatre
- Cadre de santé
- Secrétaire
- Psychologue clinicien/ne
- Neuropsychologue
- Ergothérapeute
- Educateur technique
- Pair-aidant/e
- Assistant / Assistante sociale
- Educateur / Educatrice spécialisé/e
- Conseiller / Conseillère en insertion professionnelle/ Job coach
- Case-manager

- Ergonome
- Psychomotricien / Psychomotricienne
- Art-thérapeute
- Educateur/ Educatrice sportif
- Diététicien / Diététicienne
- Socio-esthéticien / Socio-esthéticienne

3) Bilan

Le patient passe des entretiens médicaux : l'un d'anamnèse et d'examen clinique et d'orientation, d'autres d'évaluation comprenant la réalisation d'échelles. Ensuite l'entretien infirmier avec bilan éducatif partagé et réalisation d'échelle d'évaluation de fonctionnement environnemental et visite à domicile. Le patient fait également un bilan psychologique, afin d'évaluer le retentissement thymique et les troubles névrotiques, et neuropsychologique afin d'évaluer les répercussions sur les cognitions chaudes et froides. Le bilan social va permettre l'ouverture des droits nécessaires à la poursuite de son parcours. Il peut s'accompagner d'un bilan scolaire ou professionnel.

Il va y avoir également un bilan somatique d'entrée comportant la prise des constantes, un bilan biologique d'admission, une imagerie cérébrale et éventuellement un ECG. Les patients sous antipsychotiques vont être orientés vers une consultation en cardiologie, il peut y avoir d'autres consultations spécialisées ou explorations, si point d'appel (éventuellement une consultation néphrologique ou un EEG chez les patients sous Lithium, par exemple). Le bilan sportif va être réalisé selon l'indication ou non à la pratique d'une activité physique. Enfin, l'équipe pluridisciplinaire fait une synthèse avec l'équipe en charge du suivi du patient pour déterminer les axes de soins de la prise en charge en fonction de son projet, de ses compétences et des compétences à acquérir ou à renforcer. Cette synthèse va faire l'objet d'une restitution auprès du patient et de ses éventuels tiers.



III. Les stratégies de prise en charge

1) Ateliers

Selon l'appel à candidature de l'Agence Régionale de Santé, les ateliers de la réhabilitation doivent porter sur les objectifs suivants : (53)

Programme d'éducation thérapeutique
Programme de remédiation des cognitions chaudes
Programme de remédiation des cognitions froides
Programme d'entraînement des compétences et des habilités sociales
Programme d'autonomie à l'hébergement
Programme de soutien à l'insertion professionnelle
Programme de soutien des familles

[Annexe 2 – Types d'interventions proposées par la réhabilitation psychosociale, selon l'ARS Normandie](#)

2) Partenaires

La réhabilitation psychosociale, va s'articuler autour de nombreux acteurs sanitaires et sociaux et médico-sociaux du monde de la formation initiale et continue et du monde du travail, etc.

IV. Suivi et objectifs

Le bilan va être répété régulièrement. Les objectifs du patient vont être régulièrement réévalués à 3, 6 et 12 mois de l'inclusion, selon l'évolution de sa prise en charge et de son cheminement personnel.

D. Étude rétrospective observationnelle.

I. Matériel et méthode

1) Types d'études

Cette étude est une étude observationnelle. Son but est de rechercher l'impact du confinement chez les patients schizophrènes. Pour ce faire, nous avons réalisé dans un premier temps les scores à la Global Assessment of Functioning (GAF), une échelle évaluant le niveau de fonctionnement, de façon rétrospective à l'aide des transmissions des soignants et des observations médicales dans les dossiers des patients, puis comparé au score GAF réalisé au décours de l'entretien de passation des échelles avec les patients.

Nous avons observé les transmissions et observations médicales rapportées par ces intervenants, et effectué une courte analyse qualitative afin de dégager les principaux symptômes et facteurs de risques retrouvés de ces observations. Ces symptômes ainsi dégagés ont été analysés de façon quantitative.

Enfin, les patients ont passés une série d'échelles et d'auto-questionnaires afin d'avoir une prévalence de la symptomatologie la plus exhaustive possible des patients en post-confinement.

2) Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal va porter sur la variation de l'échelle Global Assessment Of Functioning. Pour ce faire, le consentement des patients de regarder leurs dossiers a été obtenu, puis nous avons recherché dans les dossiers les symptômes influant sur le fonctionnement et les mentions faites du fonctionnement de façon générale dans les transmissions et les observations médicales dans les semaines précédant le confinement. Les symptômes déterminant le fonctionnement dans la schizophrénie sont les symptômes

cognitifs et négatifs, les symptômes positifs et thymique ont également été étudiés car cités comme exemple dans l'échelle GAF. (54)

3) Critères de jugements secondaires

Le critère de jugement secondaire est donc l'observation de la prévalence des symptômes décrits par les soignants.

4) Critères d'inclusion

Les critères d'inclusions sont comme suit :

- Patients suivis en réhabilitation depuis au moins mars 2020
- Patients diagnostiqués schizophrènes (code F20 et apparentés.)

1 patient a été exclu devant une symptomatologie entravant la réalisation des échelles et nécessitant une hospitalisation en urgence.

5) Le recrutement

Des 527 patients suivis en 2020 dans le service réhabilitation psychosociale au Nouvel Hôpital de Navarre, 81 remplissaient les critères d'inclusion.

Le recrutement s'est fait par démarchage téléphonique, les patients étaient ensuite vus en entretien où ils signaient le formulaire de consentement [[Annexe 3 – Formulaire de consentement](#)]

6) Analyse des données :

(a) Échelles utilisées (51)

Les patients ont été vus en un entretien pour la réalisation des échelles entre le 22 juin 2020 et le 28 août 2020.

Les échelles utilisées sont :

La GAF :

La Global Assessment of Functioning scale est une échelle de fonctionnement cotée de 0 à 100 utilisée en psychiatrie pour évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel d'un individu. Cette échelle est unidimensionnelle, elle est construite sous

forme de continuum de la santé mentale à la maladie. Elle a été validée dans l'évaluation de la schizophrénie. (55,55–58) [[Annexe 4 – GAF](#)]

La PANSS :

La Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS) ou échelle des symptômes positifs et négatifs publiée par Kay et al. (5) en 1987 est une échelle spécifique de la schizophrénie [[Annexe 5 – PANSS](#)]. La PANSS est une échelle à 30 items, cotés de 1 (absent) à 7 (extrême), qui évalue les symptômes observés chez des patients présentant des états psychotiques.

Elle permet de calculer les scores de trois dimensions : symptômes positifs (7 items), symptômes négatifs (7 items) et psychopathologie générale (16 items). Son utilisation est particulièrement indiquée pour déterminer un profil psychopathologique, rechercher les éléments pronostiques d'une évolution et évaluer l'efficacité de diverses stratégies thérapeutiques.

La BPRS :

La Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ou échelle abrégée d'évaluation psychiatrique est une procédure d'évaluation globale et rapide pour évaluer sensiblement les changements symptomatiques chez les patients atteints de pathologies psychiatriques [[Annexe 6 – BPRS](#)]. La BPRS comprend 24 items et permet de coter la fréquence d'un symptôme ou d'un comportement rencontré couramment en clinique (préoccupation somatique, anxiété, culpabilité, etc.) sur une échelle allant de 1 (absent) à 7 (extrêmement sévère). (59,60)

La CDSS

La Calgary Depression Scale for Schizophrenia est une échelle validée dans l'évaluation de la dépression spécifique à la schizophrénie. Elle est composée de 9 items cotés de 0 (aucun ou absent) à 3 (sévere). (61) [[Annexe 7 – CDSS](#)]

La SANS

La Scale for the Assessment of Negative Symptoms est une échelle évaluant la symptomatologie négative de la schizophrénie. Elle est constituée de 25 items divisés 5 parties. Le dernier item de chaque partie est appelé « évaluation globale » ou l'évaluateur cote son ressenti sur l'importance du symptôme exploré. Cette échelle est calculée par sous-scores où les items « évaluation globale » ne sont pas comptés, et un score total où ils sont comptés. Chaque item est coté de 0 (absent) à 5 (sévere).(62) [[Annexe 8 – SANS](#)]

STAI

Le State-Trait Anxiety Inventory est un auto-questionnaire élaboré en échelle de Likert par Spielberger. Il est constitué de 2 parties, une première pour l'anxiété état, à savoir au moment de la passation du questionnaire (STAI-A), et une pour l'anxiété trait : de façon générale. Cet outil est très utilisé dans la littérature dans l'évaluation de l'anxiété chez les patients schizophrènes, bien qu'il n'existe pas d'étude de validation de ce questionnaire pour cette pathologie. Chaque volet est composé de 20 items, cotés 1 (« non » ou « presque

jamais ») à 4 (« oui » ou « presque toujours »). Les items 1,2,5,8,10,11,15,16,19 et 20 de la STAI-A et les items 21,23,26,27,30,33,34,36 et 39 de la STAI-B sont comptés comme tels, à savoir 1 est compté 1 point, 2 est compté 2 points, etc. Les autres items la cotation est inversée où 1 est compté 4 points, 2 comme 3 points, etc.(63–65) [[Annexe 9 – STAI](#)]

SERS

La Self-Esteem Rating Scale est un auto-questionnaire portant sur l'estime de soi. Il s'agit d'une échelle de Likert cotée de 1 (jamais) à 7 (toujours). Elle contient 20 items dans sa version courte, dont l'utilisation a été validée dans l'évaluation de la schizophrénie. (66,67) [[Annexe 10 – SERS](#)]

L'échelle d'estime de soi de Rosenberg

Cette échelle est un auto-questionnaire d'estime de soi validée dans la population générale et à tout âge. Elle est sous forme d'échelle de Likert de 1 (tout à fait en désaccord) à 4 (tout à fait d'accord) et compte 10 items. Les items 1,2,4,6 et 7 sont à coter 1 point pour une réponse, 2 points pour réponse 2, etc. Les autres items ont une cotation inversée. L'estime de soi est considérée comme très faible si le score est inférieur à 25, faible si le score est compris entre 25 et 31, moyenne s'il est compris entre 31 et 34, forte s'il est compris entre 34 et 39 et très forte si le score est supérieur à 39. (68,69) [[Annexe 11 – Rosenberg](#)]

L'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz

Il s'agit d'un auto-questionnaire proposant 24 situations dans laquelle le sujet cote pour chacune le niveau d'anxiété que cela lui procure de 0 (aucune) à 3 (sévère) ainsi que la fréquence d'évitement de ces situations de 0 (jamais) à 3 (habituel).

Cette échelle a été validée dans la psychose et est largement utilisée dans la littérature.(70,71) [[Annexe 12 – Liebowitz](#)]

(b) Analyse des dossiers

L'analyse qualitative symptomatologique a été réalisée à l'aide du logiciel NVivo 12®. L'analyse par symptôme a été effectuée après examen des observations écrites par les médecins, infirmiers, ergothérapeutes, neuropsychologues, assistants sociaux et éducateurs sportifs sur le dossier médical informatisée sur le logiciel Axigate®. Nous avons regardé les observations qui ont ensuite été encodées afin de les réorganiser par grandes catégories comme suit :

- Notes relatives au confinement
- Notes relatives à la Covid 19
- Notes relatives aux facteurs de risques psychiatriques
- Notes relatives aux projets de soins psychiatriques
- Notes relatives au projet social
- Notes relatives aux problèmes de santé non psychiatriques

- Notes relatives aux symptômes psychiatriques

Après une courte analyse qualitative, la catégorie « symptômes psychiatriques » a été décomposée comme suit :

- Anosognosie
- Anxiété
- Asthénie
- Claustromanie
- Cognitif
- Colère
- Délire
- Désorganisation
- Estime de soi
- Euphorie
- Fonctions instinctuelles
- Hallucination
- IMV
- Incurie
- Labilité
- Négatif
- Tristesse

Ces données ont été reportées sur un calendrier à l'aide du logiciel Windows Excel® où chaque symptôme codé a été attribué au patient pour lequel il a été transmis et à la date où il a été observé. Elles ont ensuite été comptées pour chaque patient selon la période de confinement (du 17 mars au 10 mai) et de post-confinement (du 11 mai au 31 juillet).

(c) Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide des logiciels Excel® et R®.

Pour l'analyse des GAF, nous avons calculé le test t de Student bilatéral apparié pour échantillons appariés en prenant comme hypothèse nulle H_0 que la différence des moyennes est nulle avec un risque $\alpha=0.05$.

Pour les critères de jugement secondaires, nous avons effectué le test de Student bilatéral apparié à la recherche d'un lien entre les actes validés ou le nombre total de symptômes selon les résultats des différentes échelles. Puis, nous avons fait la même chose pour chaque item de la PANSS et de la SANS. L'hypothèse nulle H_0 était que le coefficient de corrélation entre les résultats des échelles et les actes/symptômes était égal à 0 avec un risque $\alpha=0.05$. Le calcul des coefficients de corrélations a été fait pour chaque échelle avec respectivement les totaux des actes pratiqués et des symptômes rapportés, puis nous avons calculé les test t de ces coefficients, ainsi que les p-valeurs.

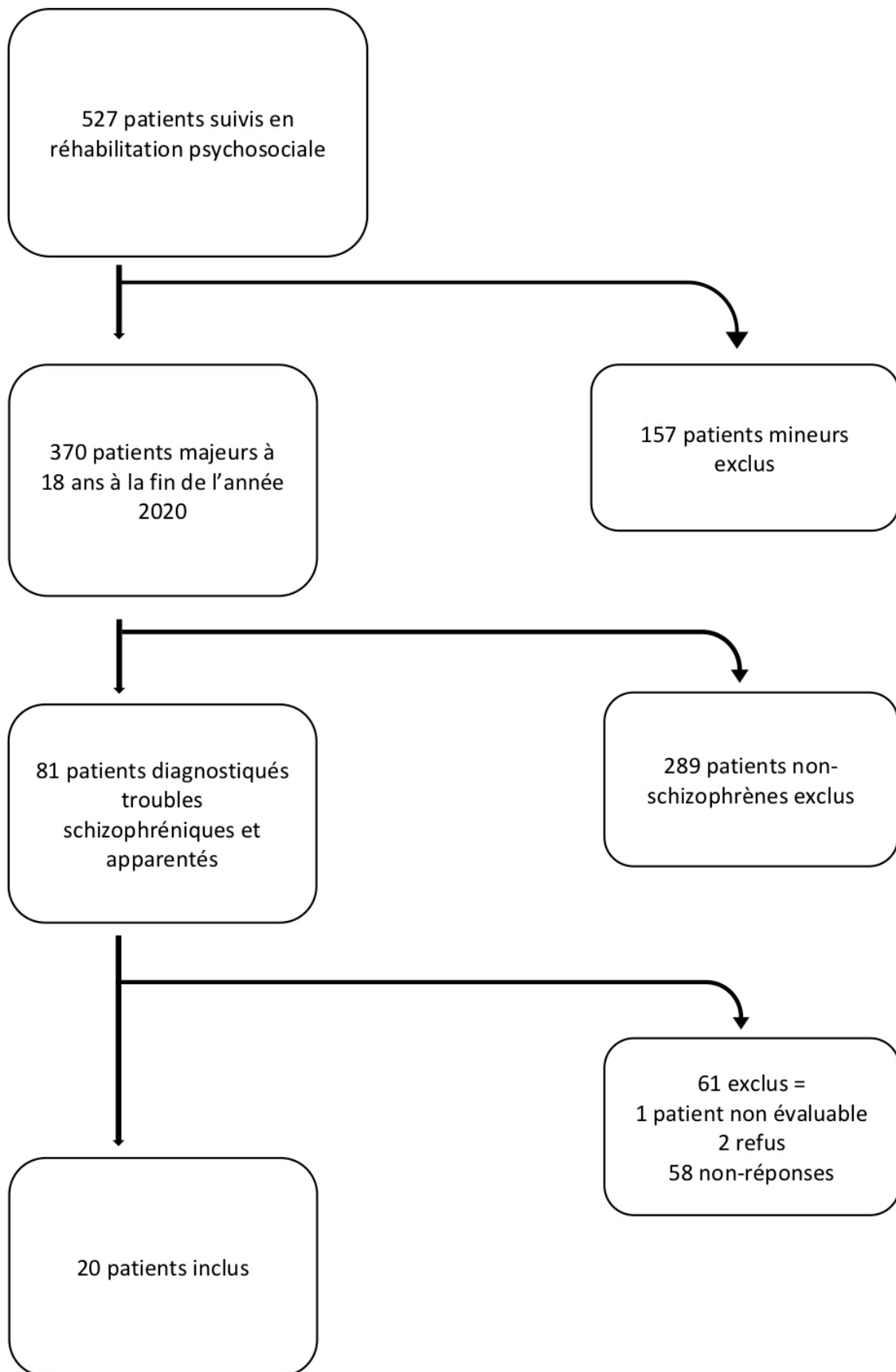
II. Résultats

1) Flow chart

Le recrutement des patients a eu lieu entre le 1^{er} juin 2020 et le 28 août 2020.

Des 527 suivis en réhabilitation, les 157 patients n'ayant pas 18 ans au 31 décembre 2020 ont été exclus. Des 370 patients restant, les patients pour lesquels le diagnostic de schizophrénie (F20 et apparentés) n'a pas été posé ont été exclus (n=157). Les 81 patients restants ont été contactés par téléphone, 58 patients n'ont pas été joignable pendant la phase de recrutement, 1 a été exclu de l'étude et 2 ont refusé de se soumettre à l'étude.

[\[Annexe 13 – Flow Chart\]](#)



2) Données épidémiologiques et démographiques

Des 20 patients de notre étude, 18 sont des hommes, le sex ratio est donc de 0,1, ce qui n'est pas représentatif de la population générale (le sex ratio de la schizophrénie dans le monde est de 1,4 Homme pour 1 Femme) (13)

L'âge médian de la population étudiée est de 29,5 ans, allant de 17 à 42 ans, pour une moyenne à 29,35 ans. 8 patients sur 20 ont obtenu le baccalauréat. 8 patients ont été hospitalisés dans les derniers 12 mois avant le début du confinement.

6 patients sur 20 consomment régulièrement de l'alcool, 8 patients sont fumeurs et 6 consomment régulièrement du cannabis. 1 patient sur 20 déclare consommer régulièrement des toxiques autres, à savoir de l'héroïne et un mésusage déclaré de benzodiazépines.

Pendant le confinement, aucun des patients n'a déclaré avoir majoré ses consommations d'alcool ou de cannabis. 1 patient a déclaré fumer plus de tabac.

8 des 20 patients ont été hospitalisés dans l'année précédant notre étude et 11 patients avaient un traitement antipsychotique stable depuis 6 mois ou plus.

Patients	20
Sexe = Femme	2
Bac obtenu	8
Alcool régulier	6
Tabac quotidien	8
Consommation de cannabis	6
Autres toxiques	1
Stabilité du traitement > 6 mois	11
Hospitalisation < 1 an	8

[\[Annexe 14 – Tableau données épidémiologiques et démographiques\]](#)

Certains facteurs de risques étaient propres aux conditions du confinement. D'après les transmissions des soignants, 4 patients pratiquaient une activité physique régulière. 7 patients ont déclaré avoir eu une consommation massive des écrans, cette consommation n'a pas été quantifiée. 3 patients ont eu une perturbation de l'hygiène alimentaire, dont 1 pour qui l'hygiène s'est améliorée durant le confinement. 2 patients ont eu une prise de poids estimée par le soignant et 1 a eu une prise de poids objectivée après le confinement de +2 Kg.

	Activité physique	Hygiène alimentaire	Poids	Isolement social	Exposition aux écrans
Patient 1	Oui	Amélioration durant le confinement	Prise estimée	Oui	
Patient 2	Oui				Oui
Patient 3	Oui				
Patient 4	Non			Oui	Oui
Patient 5	Oui				Oui
Patient 6	Non				
Patient 7	Non				
Patient 8	Oui				Oui
Patient 9	Non			Oui	Oui
Patient 10	Oui	Hyperorexie vespérale		Oui	
Patient 11	Non				Oui
Patient 12	Non				
Patient 13	Non		Prise estimée		
Patient 14	Oui				
Patient 15	Non		Prise objectivée		
Patient 16	Non				Oui
Patient 17	Oui				
Patient 18	Non			Oui	
Patient 19	Oui	Déstructuration des repas, grignottage			
Patient 20	Oui			Oui	

[\[Annexe 15 – Tableau facteurs de risque liés aux conditions sanitaires\]](#)

3) Les difficultés liées aux conditions sanitaires

Après l’analyse qualitative, les notes relatives particulièrement aux conditions sanitaires Covid19 ont été classées en différentes catégories :

- Les difficultés en général
 - Les difficultés liées au confinement
 - Les difficultés liées au déconfinement
 - Les difficultés d’adaptation
- L’ennui
- L’anxiété
- La “coronaphobie”
- L’absence de difficulté déclarée

L’occurrence de chacune de ces catégories a été divisée entre les périodes de confinement et de post-confinement.

Pendant le confinement, il y a eu 30 mentions de difficultés en lien avec la situation réparties chez 13 patients, tandis qu’il en a été rapporté 10 pour 5 patients sur la période du post-confinement. L’ennui est mentionné 17 fois, réparties chez 11 patients, pendant le confinement, contre 2 fois réparties en 2 patients en post-confinement. L’anxiété liée à la situation est rapportée chez 4 patients pendant le confinement, et chez 4 patients en post-confinement dont 3 patients s’étaient plaints d’anxiété situationnelle pendant le confinement.

La crainte d’être contaminé par le SarsCoV 2 a été rapportée 3 fois pour 2 patients pendant le confinement, et 4 fois pour 3 patients pendant le post-confinement. Aucun des 2 patients ayant rapporté cette crainte en confinement ne l’a répétée après. Enfin, 6 patients n’ont rapporté aucune difficulté, ni aucune anxiété en lien avec la situation sanitaire entre les deux périodes, 3 pendant le confinement, 3 en post-confinement.(72)

Les données sont résumées dans les tableaux en Annexe [\[Annexe 16 - Tableaux des difficultés liées aux conditions sanitaires\]](#)

Période confinement	Difficultés en général	Difficultés liées au déconfinement	Difficultés liées au Confinement	Difficultés d'Adaptation	Ennui	Anxiété	Coronaphobie	Total	Pas de difficulté
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	1	0	1	0	0	1	0	3	3
3	3	0	0	0	0	2	1	6	8
4	1	1	1	0	0	0	2	5	5
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	1	0	1	1
7	4	0	0	0	0	1	0	5	5
8	1	0	2	0	0	3	1	7	8
9	2	0	0	0	2	0	0	4	4
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	2	0	2	0	0	2	1	7	7
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	1	0	0	0	0	1	0	2	2
15	6	0	4	0	0	0	0	10	10
16	6	0	4	1	1	1	0	13	12
17	0	1	0	0	0	1	0	2	2
18	1	0	0	0	0	0	0	1	1
19	1	0	1	0	0	3	0	5	5
20	1	0	0	0	0	1	0	2	2
Total	30	2	15	3	3	17	5	52	52

Période déconfinement	Difficultés en général	Difficultés liées au déconfinement	Difficultés liées au Confinement	Difficultés d'Adaptation	Ennui	Anxiété	Coronaphobie	Total	Pas de difficulté
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	1	2	0	0	0	0	1	4	4
4	2	0	1	1	0	0	2	6	7
5	2	0	0	0	0	0	0	2	4
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	1	0	1	1
9	2	0	0	0	1	0	0	3	4
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	0	1	0	0	0	0	1	2	2
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	3	0	1	0	0	0	1	5	5
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	1	0	1	1
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	10	3	2	2	2	2	5	17	17

4) Analyse des GAF

La moyenne des GAF en post-confinement est de 49,425 points, avec un maximum de 68 et un minimum à 25. En pré-confinement, la moyenne est de 53,2 points pour un maximum à 82 et un minimum à 20. La moyenne des différences de GAF post-confinement moins pré-confinement est de -3,775 points avec un écart maximal de -26 et un minimum de -0.5, pour une déviation standard de 11.35. La p-valeur du test de Student est égale à 0,88, il n'y a pas de différence significative entre les valeurs de la GAF avant et après le confinement.

[\[Annexe 17 – Tableau des résultats et analyse statistique des GAF\]](#)

Patient	Post-confinement	Pré-confinement	Diff
1	40,5	41	-0,5
2	60	61	-1
3	45	35	10
4	65	75	-10
5	55	35	20
6	25	35	-10
7	38	20	18
8	68	69	-1
9	50	61	-11
10	35	30	5
11	60	62	-2
12	65	80	-15
13	31	32	-1
14	25	31	-6
15	68	75	-7
16	61	82	-21
17	40	50	-10
18	67	69	-2
19	25	51	-26
20	65	70	-5
Moyenne	49,425	53,2	-3,775
T	0,15335851		
p value	0,88		

5) Analyse des échelles et des symptômes.

(a) *Symptômes*

Les symptômes rapportés sont résumés dans les tableaux en Annexe [[Annexe 18 à 20 – Tableaux de comptage des symptômes détaillés](#)]

Un total de 224 symptômes a été rapporté réparti entre 102 pendant le confinement et 122 en post-confinement. Les symptômes les plus fréquemment rapportés dans la période du confinement sont les troubles du sommeil (n=28). Pendant la période du déconfinement, les symptômes les plus retrouvés sont l'anxiété (n=23) et les troubles du sommeil (n=23).

Symptômes pour la période du 17 mars 2020 au 31 août 2020 :

	TOTAL	Anosognosie	Anxiété	Asthénie	Claustromani	Cognitif	Colère	Délire	Désorganisat	Estime de so	Euphorie	Sommeil	Hallucination	IMV	Incurie	Labilité	Négatif	Tristesse
1	19	1	6	1	0	2	0	1	1	0	0	6	0	0	0	0	1	0
2	8	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	4	0	0	0	0	0	0
3	20	0	3	1	1	0	0	0	1	0	0	14	0	0	0	0	0	0
4	12	0	4	0	0	0	0	1	0	1	0	6	0	0	0	0	0	0
5	10	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	2
6	13	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	5	1
7	11	4	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	1	0	0	1	1
8	10	0	1	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	4	1
9	10	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	2	1
10	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	1	1	0
11	4	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
12	7	0	3	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1
13	12	1	2	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	2
14	13	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	4	3	0	0	0	2	2
15	17	1	4	0	0	0	0	3	1	0	3	4	0	0	0	1	0	0
16	19	0	2	0	4	1	1	0	0	0	3	0	0	0	1	0	4	3
17	7	0	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
18	4	0	1	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
19	15	0	3	0	1	1	0	2	2	0	0	4	0	0	0	0	1	1
20	6	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0
TOTAL	224	9	38	5	13	10	4	7	8	7	8	51	12	1	5	5	26	15

Résultats pour la période du 17 mars au 10 mai 2020 :

	TOTAL	Déconf Anos	Déconf Anxié	Déconf Asthé	Déconf Claus	Déconf Cogni	Déconf Colèr	Déconf Délire	Déconf Désor	Déconf Estim	Déconf Euph	Déconf Som	Déconf Hallu	IMV déconf	Déconf Incur	Déconf Labili	Déconf Néga	Déconf Triste
1	13	1	3	1	0	2	0	1	1	0	0	3	0	0	0	0	1	0
2	5	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
3	10	0	3	1	1	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0
4	6	0	2	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0
5	9	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	2
6	11	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	4	1
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	4	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0
9	5	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1
10	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	1	1	0
11	4	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
12	3	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	12	1	2	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	2
14	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
15	9	1	1	0	0	0	0	1	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0
16	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
17	6	0	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
18	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	11	0	2	0	1	1	0	2	2	0	0	2	0	0	0	0	1	0
20	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	122	5	23	4	5	10	3	5	5	4	5	23	6	0	3	1	14	6

Résultats pour la période du 11 mai au 31 juillet 2020 :

	TOTAL	Conf Anosogr	Conf Anxiété	Conf Asthénie	Confinement	Conf Cognitif	Conf Colère	Conf Délire	Conf Désorga	Conf Estime	Conf Euphori	Conf Somme	Conf Hallucir	IMV conf	Conf Incurie	Conf Labilité	Conf Négatif	Confinement
1	6	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
2	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
3	10	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	9	0	0	0	0	0	0
4	6	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0
5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
6	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
7	11	4	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	1	0	0	1	1
8	6	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	2	1
9	5	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	4	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	11	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	0	2	2
15	8	0	3	0	0	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0
16	17	0	2	0	4	0	1	0	0	0	0	3	0	0	1	0	3	3
17	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
19	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1
20	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0
TOTAL	102	4	15	1	8	0	1	2	3	3	3	28	6	1	2	4	12	9

(b) Actes

Les actes pratiqués sont rapportés dans les tableaux en Annexe [\[Annexe 21 à 23 – Tableaux de comptage des actes pratiqués détaillés\]](#)

On retrouve un total de 598 actes : 316 pendant le confinement et 282 en post-confinement. Pendant le confinement, les actes sont répartis comme suit :

- 72 d'activité physique adaptée (activités de groupe numériques)
- 26 actes d'assistant social (téléconsultations)
- 89 actes de neuropsychologues (téléconsultations)
- 134 actes médicaux (téléconsultations ou présentes si nécessité)
- 252 actes infirmiers (téléphone, visioconférences et visites à domicile)
- 25 actes d'ergothérapeute (visioconférences et téléconsultations)

Résultats pour la période du 17 mars 2020 au 31 août 2020 :

Patients	Sport	Social	Psycho	Med	Inf	Ergo	Total
1	10	0	8	10	14	0	42
2	10	5	0	7	11	0	33
3	19	1	7	5	19	4	55
4	1	0	3	8	22	0	34
5	13	0	0	8	3	15	39
6	0	4	0	16	2	1	23
7	0	0	4	2	7	0	13
8	7	0	2	4	32	1	46
9	1	0	14	7	15	0	37
10	0	1	1	5	0	0	7
11	0	3	3	6	2	0	14
12	0	0	5	5	13	0	23
13	4	0	9	7	13	0	33
14	0	0	6	0	17	0	23
15	0	8	4	17	3	1	33
16	3	3	7	8	22	2	45
17	2	0	3	4	7	0	16
18	0	0	0	6	3	1	10
19	2	0	13	7	34	0	56
20	0	1	0	2	13	0	16
Total	72	26	89	134	252	25	598

Résultats pour la période du 17 mars au 10 mai 2020 :

Patients	Conf Sport	Conf Social	Conf Psycho	Conf Med	Conf Inf	Conf Ergo	Total conf
1	5	0	8	4	8	0	25
2	7	1	0	4	6	0	18
3	11	0	7	2	14	4	38
4	0	0	3	4	8	0	15
5	9	0	0	3	1	11	24
6	0	0	0	9	0	0	9
7	0	0	4	1	6	0	11
8	5	0	2	0	17	0	24
9	0	0	9	4	1	0	14
10	0	0	1	1	0	0	2
11	0	0	3	3	1	0	7
12	0	0	5	2	4	0	11
13	0	0	0	3	0	0	3
14	0	0	5	0	4	0	9
15	0	0	4	3	3	0	10
16	2	1	6	7	19	2	37
17	1	0	3	3	3	0	10
18	0	0	0	2	3	0	5
19	2	0	9	3	18	0	32
20	0	1	0	2	9	0	12
Total	42	3	69	60	125	17	316

Résultats pour la période du 11 mai au 31 juillet 2020 :

Patients	Déconf Sport	Déconf Socia	Déconf Psych	Déconf Med	Déconf Inf	Déconf Ergo	Total déconf
1	5	0	0	6	6	0	17
2	3	4	0	3	5	0	15
3	8	1	0	3	5	0	17
4	1	0	0	4	14	0	19
5	4	0	0	5	2	4	15
6	0	4	0	7	2	1	14
7	0	0	0	1	1	0	2
8	2	0	0	4	15	1	22
9	1	0	5	3	14	0	23
10	0	1	0	4	0	0	5
11	0	3	0	3	1	0	7
12	0	0	0	3	9	0	12
13	4	0	9	4	13	0	30
14	0	0	1	0	13	0	14
15	0	8	0	14	0	1	23
16	1	2	1	1	3	0	8
17	1	0	0	1	4	0	6
18	0	0	0	4	0	1	5
19	0	0	4	4	16	0	24
20	0	0	0	0	4	0	4
Total	30	23	20	74	127	8	282

L'analyse de corrélation des actes et symptômes montre une corrélation avec une p-valeur à 0.022 entre les actes pratiqués et les symptômes retrouvés pendant le confinement.

N=	20
Corr (; Sympt)	0,512534995
Corr (; Actes)	
T ; Sympt	2,532417694
T ; Actes	
P valeurs, Sympt	0,022
P valeurs, Actes	

[\[Annexe 24 – Tableau de l'analyse de corrélation des actes et symptômes\]](#)

(c) Echelles

Les résultats des échelles sont résumés dans les tableaux en Annexe [\[Annexe 25 à 31 – Tableaux des résultats aux échelles par patient\]](#). Certains patients ont refusé de passer une ou plusieurs échelles, notamment un patient a refusé de remplir les auto-questionnaires, sans se retirer totalement de l'étude. Ces patients ont été gardés dans l'étude, mais exclus de l'analyse statistique pour les échelles qu'ils n'avaient pas remplies.

(d) Analyse de corrélation des échelles

L'analyse de corrélation entre le nombre de symptômes et les résultats à chaque échelle, ainsi que la même analyse de corrélation entre le nombre d'actes pratiqués et les résultats à chaque échelle, sont résumées dans le tableau [\[Annexe 32 – Tableau des résultats de l'analyse statistique par échelle\]](#). Aucune des P-valeurs dans ces analyses n'est inférieure 0.05, que ça soit pour la recherche d'une corrélation entre les résultats de chacune des échelles avec le nombre de symptômes observés, ou bien avec le nombre d'actes pratiqués.

Corrélation des totaux des échelles avec les symptômes et les actes :

	PANSS	GAF	BPRS	SANS	ROSENBERG	SERS	CDSS	STAI	LIEBOWITZ A	LIEBOWITZ E
N=	20,00	20,00	20,00	20,00	19,00	19,00	19,00	18,00	18,00	18,00
Corr (; Sympt)	-0,29	0,05	-0,13	-0,19	0,14	-0,17	0,02	0,29	0,00	0,13
Corr (; Actes)	-0,17	0,29	-0,08	-0,21	0,06	-0,11	-0,08	0,07	0,13	0,16
T ; Sympt	-1,27	0,23	-0,57	-0,84	0,59	-0,71	0,09	1,19	-0,01	0,54
T ; Actes	-0,71	0,98	-0,35	-0,90	0,23	-0,45	-0,34	0,30	0,51	0,63
P valeurs, Sympt	0,25	0,79	0,53	0,37	0,54	0,47	0,94	0,23	0,99	0,59
P valeurs, Actes	0,48	0,25	0,73	0,38	0,82	0,66	0,74	0,76	0,61	0,54

Cette même analyse de corrélation des symptômes, puis des actes a été faite de façon plus spécifique pour chaque item des échelles PANSS, BPRS et SANS.

(e) Analyse de corrélation pour la PANSS

PANSS :

	Sous-score P	Sous-score N	Sous-score G	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	
N=																					
Corr (; Sympt)	-0,13	-0,20	-0,31	0,17	-0,25	0,08	0,01	-0,12	-0,24	-0,17	-0,25	-0,16	-0,07	-0,26	0,09	-0,25	0,09	-0,25	0,07		
Corr (; Actes)	0,09	-0,27	-0,15	0,02	0,08	-0,28	0,06	-0,12	0,10	-0,03	-0,28	-0,19	0,09	-0,28	0,05	-0,28	0,05	-0,28	0,05		
T ; Sympt	-0,97	-0,88	-1,28	0,72	-1,10	0,32	0,03	-0,49	-1,08	-0,74	-1,12	-0,67	-0,29	-1,13	0,29	-1,13	0,29	-1,08	0,30		
T ; Actes	0,13	-1,28	-0,02	0,08	0,24	-1,25	1,14	-0,20	0,84	-0,12	-1,19	-0,83	0,31	-1,25	0,21	-1,25	0,21	-0,38	0,31		
P valeurs, Sympt	0,58	0,30	0,19	0,49	0,29	0,75	0,97	0,63	0,30	0,47	0,38	0,51	0,76	0,27	0,81	0,27	0,81	0,30	0,77		
P valeurs, Actes	0,90	0,21	0,54	0,93	0,81	0,29	0,77	0,81	0,41	0,98	0,20	0,42	0,74	0,21	0,83	0,21	0,83	0,72	0,31		

	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9	G10	G11	G12	G13	G14	G15	G16
N=																
Corr (; Sympt)	0,15	-0,17	0,08	-0,28	-0,11	-0,03	-0,13	-0,24	0,07	-0,01	-0,39	-0,31	-0,33	-0,13	-0,04	-0,11
Corr (; Actes)	0,01	-0,22	0,02	-0,07	-0,01	-0,35	-0,39	0,10	0,24	-0,29	0,02	0,01	-0,28	0,01	0,11	-0,04
T ; Sympt	0,65	-0,71	0,25	-1,22	-0,48	-0,11	-0,58	-1,08	0,29	-0,04	-1,80	-1,36	-1,47	-0,57	-0,16	-0,45
T ; Actes	0,03	-0,95	0,09	-0,31	-0,05	-1,57	-1,78	0,42	1,04	-1,29	0,08	0,09	-1,14	0,04	0,47	-0,07
P valeurs, Sympt	0,52	0,44	0,81	0,24	0,63	0,91	0,57	0,30	0,78	0,97	0,09	0,18	0,16	0,58	0,87	0,84
P valeurs, Actes	0,98	0,35	0,93	0,76	0,98	0,13	0,09	0,68	0,31	0,21	0,94	0,93	0,27	0,98	0,84	0,94

[\[Annexe 33 – Tableau des résultats de l'analyse statistique par item de la PANSS\]](#)

Aucune de ces analyses de corrélation n'a de p-valeur significative (p<0,05)

(f) Analyse de corrélation pour la BPRS

BPRS :

BPRS	1. Préoccupation somatique	2. Anxiété	3. Dépression	4. Tendances suicidaires	5. Culpabilité	6. Hostilité	7. Euphorie	8. Mégalomanie	9. Méfiance	10. Hallucinations	11. Contenu inhabituel de la pensée	12. Comportement bizarre
N=20												
Corr (; Sympt)												
Corr (; Actes)	0,01	-0,35	-0,07	-0,15	0,02	0,15	-0,03	-0,08	-0,15	0,21	0,25	0,04
	-0,20	-0,38	-0,44	-0,33	0,09	0,02	-0,27	0,12	0,11	-0,18	-0,15	0,02
T: Sympt												
T: Actes	0,05	-1,58	-0,32	-0,66	0,09	0,63	-0,11	-0,32	-0,64	0,90	1,10	0,15
	-0,89	-1,65	-2,10	-1,46	0,38	0,07	-1,20	0,51	0,46	-0,78	-0,64	0,08
P valeurs, Sympt												
P valeurs, Actes	0,96	0,13	0,75	0,52	0,93	0,54	0,92	0,63	0,53	0,38	0,29	0,88
	0,39	0,13	0,05	0,16	0,71	0,94	0,25	0,75	0,69	0,44	0,53	0,83

On voit dans l'analyse une corrélation avec une p-valeur $p=0,05$ entre les scores de l'item 3 « Dépression » de la BPRS et le nombre d'actes validés pendant la période du confinement. Le seuil de significativité retenu ici est p strictement inférieur à $0,05$, cette corrélation n'est donc pas retenue comme significative.

BPRS	13. Négligence corporelle	14. Désorientation	15. Désorganisation conceptuelle	16. Émoussement affectif	17. Retrait affectif	18. Ralentissement moteur	19. Tension	20. Non coopération	21. Excitation	22. Distractibilité	23. Hyperactivité locomotrice	24. Maniérisme
N=												
Corr (; Sympt)												
Corr (; Actes)	-0,04	-0,15	0,08	-0,31	-0,03	-0,22	-0,17	-0,06	0,03	-0,49	0,07	0,09
	-0,23	0,00	0,48	-0,47	0,08	-0,32	-0,12	0,33	0,34	-0,06	0,20	0,38
T: Sympt												
T: Actes	-0,15	-0,63	0,25	-1,40	-0,13	-0,95	-0,74	-0,26	0,14	-2,37	0,29	0,40
	-1,01	0,00	2,35	-2,28	0,28	-1,43	-0,50	1,47	1,55	-0,24	0,86	1,81
P valeurs, Sympt												
P valeurs, Actes	0,88	0,54	0,80	0,18	0,90	0,35	0,47	0,80	0,88	0,03	0,77	0,70
	0,33	1,00	0,03	0,04	0,80	0,17	0,63	0,16	0,14	0,81	0,40	0,09

[Annexe 34 - Tableau des résultats de l'analyse statistique par item de la BPRS]

On trouve également des corrélations statistiquement significatives (respectivement $P=0,03$ et $P=0,04$) entre le nombre d'actes validés pendant le confinement et les scores aux items « désorganisation conceptuelle » et « émoussement affectif » de la BPRS. Enfin, il y a une corrélation statistiquement significative ($P = 0,03$) entre le nombre de symptômes rapportés et le score à l'item « Distractibilité » de la BPRS.

Les autres analyses statistiques ne retrouvent pas de corrélation significative entre les scores des autres items de la BPRS et les actes ou les symptômes.

(g) Analyse de corrélation pour la SANS

SANS :

SANS	1 : expressio	2 : diminutio	3. expressio	4 : Contact v	5 : Réponses	6 : Affects in	7. monotonie	8 : Evaluatio	Sous score	9. Pauvreté d	10. Pauvreté	11. Barrages	12. Temps d	13. Evaluatio	Sous score	14. Hygièn
N=20																
Corr (; Sympt)	-0,23	-0,36	-0,07	0,18	-0,35	0,07	-0,06	-0,26	-0,19	-0,27	-0,17	-0,08	0,02	-0,29	-0,19	0,18
Corr (; Actes)	-0,39	-0,56	-0,26	0,17	-0,29	0,14	-0,40	-0,37	-0,36	-0,04	-0,07	0,36	-0,06	-0,10	0,03	0,15
T ; Sympt	-1,00	-1,63	-0,32	0,77	-1,61	0,30	-0,25	-1,13	-0,81	-1,19	-0,75	-0,35	0,09	-1,28	-0,81	0,76
T ; Actes	-1,80	-2,88	-1,14	0,72	-1,27	0,59	-1,88	-1,70	-1,63	-0,16	-0,29	1,65	-0,24	-0,44	0,14	0,66
P valeurs, Sympt	0,33	0,12	0,76	0,45	0,13	0,77	0,8	0,27	0,19	0,25	0,47	0,73	0,93	0,22	0,43	0,46
P valeurs, Actes	0,08	0,01	0,27	0,48	0,22	0,56	0,08	0,11	0,43	0,88	0,77	0,12	0,81	0,66	0,89	0,52

Dans l'analyse de la SANS par item, on retrouve une corrélation significative entre le nombre d'actes validés pendant le confinement et le score à l'item « Diminution des mouvements spontanés » ($P=0,01$). Les autres items ne sont pas statistiquement corrélés aux actes validés, ni aux symptômes rapportés.

SANS	15. Assiduité	16. Energie	17. Evaluatio	Sous score	18. Loisirs	19. Libido	20. Relations	21. Amis et	22. Evaluatio	Sous score	23. Inattenti	24. Inattenti	25. Evaluatio	Sous score	Somme des	Somme des
N=																
Corr (; Sympt)	0,22	0,03	0,10	0,20	-0,10	-0,12	-0,04	-0,27	-0,05	-0,22	-0,23	-0,01	-0,15	-0,14	-0,20	-0,17
Corr (; Actes)	-0,13	-0,16	-0,17	-0,08	-0,35	-0,30	0,25	0,02	0,17	-0,12	-0,13	-0,05	-0,10	-0,10	-0,18	-0,21
T ; Sympt	0,97	0,15	0,41	0,85	-0,41	-0,53	-0,17	-1,17	-0,22	-0,94	-1,00	-0,04	-0,65	-0,58	-0,87	-0,74
T ; Actes	-0,55	-0,70	-0,73	-0,33	-1,58	-1,36	1,10	0,09	0,74	-0,52	-0,56	-0,22	-0,41	-0,44	-0,76	-0,93
P valeurs, Sympt	0,36	0,88	0,17	0,41	0,69	0,6	0,86	0,26	0,83	0,36	0,33	0,97	0,53	0,57	0,39	0,47
P valeurs, Actes	0,59	0,5	0,68	0,75	0,13	0,19	0,29	0,93	0,47	0,61	0,58	0,82	0,68	0,67	0,46	0,37

[\[Annexe 35 - Tableau des résultats de l'analyse statistique par item de la SANS\]](#)

III. Discussion

1) Interprétation des résultats

Les résultats de l'analyse des GAF nous permettent de supposer que les mesures de distanciation sociale et de limitation des déplacements sur une durée de 55 jours n'ont pas altéré de façon significative le fonctionnement de notre échantillon de patients schizophrènes suivis en réhabilitation psychosociale au NHN. Ces résultats sont en accord avec une méta-analyse de 2010 sur la télé-médecine appliquée à la psychiatrie, qui suggère une absence de différence clinique entre psychiatrie « présenteielle » et télé-psychiatrie sur le court terme. (73)

L'analyse des actes pratiqués aux patients portait de l'hypothèse que les soignants de réhabilitation allaient intervenir plus fréquemment chez un patient qui leur paraissait en difficulté que chez un patient qui semblait bien tolérer la situation. Cette hypothèse est appuyée dans les résultats de l'étude, puisqu'on y observe une corrélation forte entre les actes pratiqués et le nombre de symptômes déclarés.

La recherche de corrélation entre les échelles et le nombre d'actes validés et de symptômes décrits avait pour objectif d'identifier si certains symptômes étaient particulièrement associés à des difficultés d'adaptation clinique à la situation. L'analyse de ces corrélations n'a pas été possible en ciblant les difficultés spécifiques aux conditions sanitaires car le nombre total de ces difficultés était trop faible pour réaliser des calculs de corrélation pertinents.

L'analyse de corrélation de l'échelle d'anxiété sociale de Liebowitz et d'anxiété trait-état STAI s'avère non significative ; cela peut être dû à un manque de puissance de l'étude, ou bien que le niveau d'anxiété n'est pas lié à tolérance clinique du confinement. Néanmoins, l'étude CoviPrev (74) réalisée par Santé Publique France durant le confinement montre un effet bénéfique du confinement sur l'anxiété et redoute une hausse de la prévalence des états anxieux après le confinement.

L'analyse de corrélation du questionnaire d'estime de soi de Rosenberg et de la SERS ne s'avèrent pas non plus significatifs, cela permet de suggérer l'absence de lien entre l'estime de soi et la tolérance clinique au confinement, sans toutefois écarter le manque de puissance de nos test.

L'analyse de corrélation entre les résultats à l'échelle de dépression de la schizophrénie CDSS et les actes et symptômes ne retrouve de lien significatif retrouvé dans notre étude. Néanmoins, l'analyse détaillée de la BPRS retrouve un lien significatif entre le score de dépression et les actes pratiqués [[Annexe 36 – Figure représentant la corrélation entre le score de dépression \(BPRS\) et le nombre d'actes validés](#)]. Ce lien n'est pas retrouvé pour les scores de dépression dans la PANSS, qui est une échelle proche de la BPRS, avec 19 items communs et la même cotation des items (de 1 à 7). Cette hétérogénéité reste à explorer dans des études de plus grande ampleur afin de diminuer le risque β ; le risque de rejeter une hypothèse vraie.

Si on regarde de plus près les manuels de cotation de la PANSS et de la BPRS, l'item « dépression de la BPRS » demande d' « Inclure la tristesse, l'anhédonie, les préoccupations sur des thèmes dépressifs, perte d'espoir, autodépréciation (insatisfaction et dégoût de soi-même ou sentiment d'inutilité.)

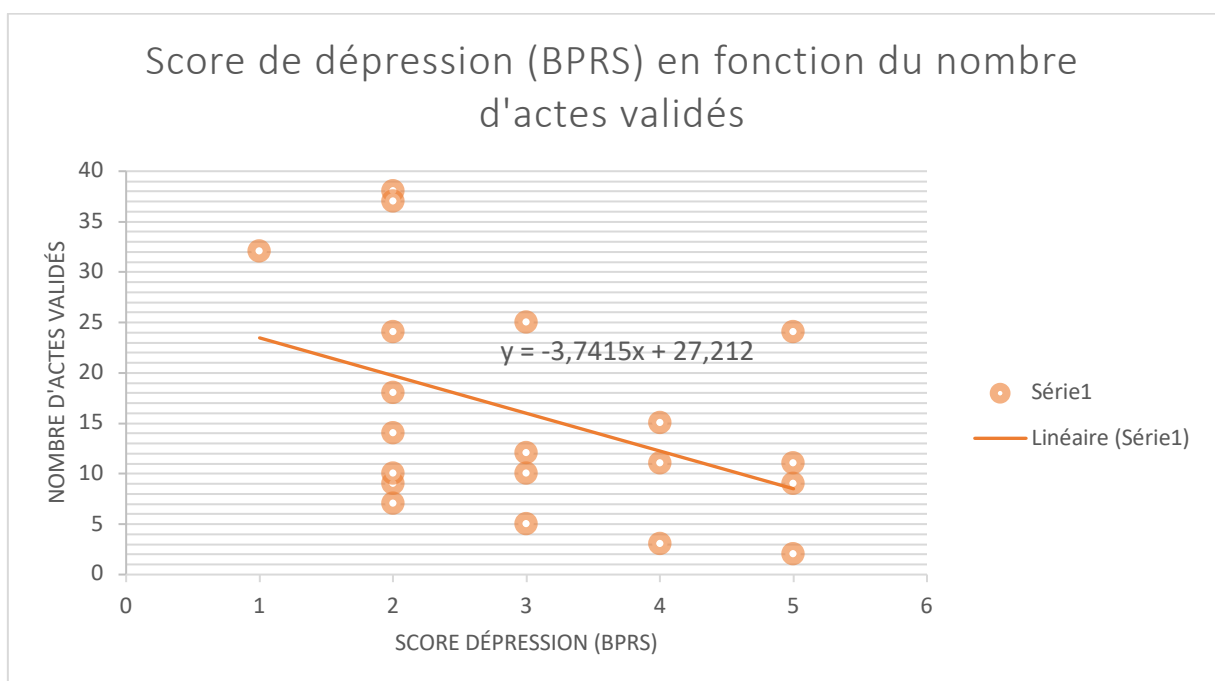
Ne pas inclure les symptômes végétatifs, par exemple, le ralentissement moteur, le réveil

précoce, ni l'avolition qui accompagne le syndrome déficitaire. » [\[Annexe 41 – Extrait du Manuel de Cotation de la BPRS \(item « dépression »\)\]](#)

L'item « dépression » de la PANSS est classé comme 6^{ème} item de la psychopathologie générale (G6), et est défini dans le manuel de cotation comme suit :

« Sentiment de tristesse, de découragement, d'impuissance et de pessimisme. Éléments de cotation : Relation verbale d'humeur dépressive durant le déroulement de l'entretien et son influence observée sur l'attitude et le comportement. » [\[Annexe 42 – Extrait du Manuel de Cotation de la PANSS \(item « dépression »\)\]](#)

Si la différence de corrélation entre les deux échelles n'est pas intrinsèque à notre étude, il peut être dû au fait que la BPRS met en avant l'anhédonie dans la dépression psychotique et pas la PANSS.



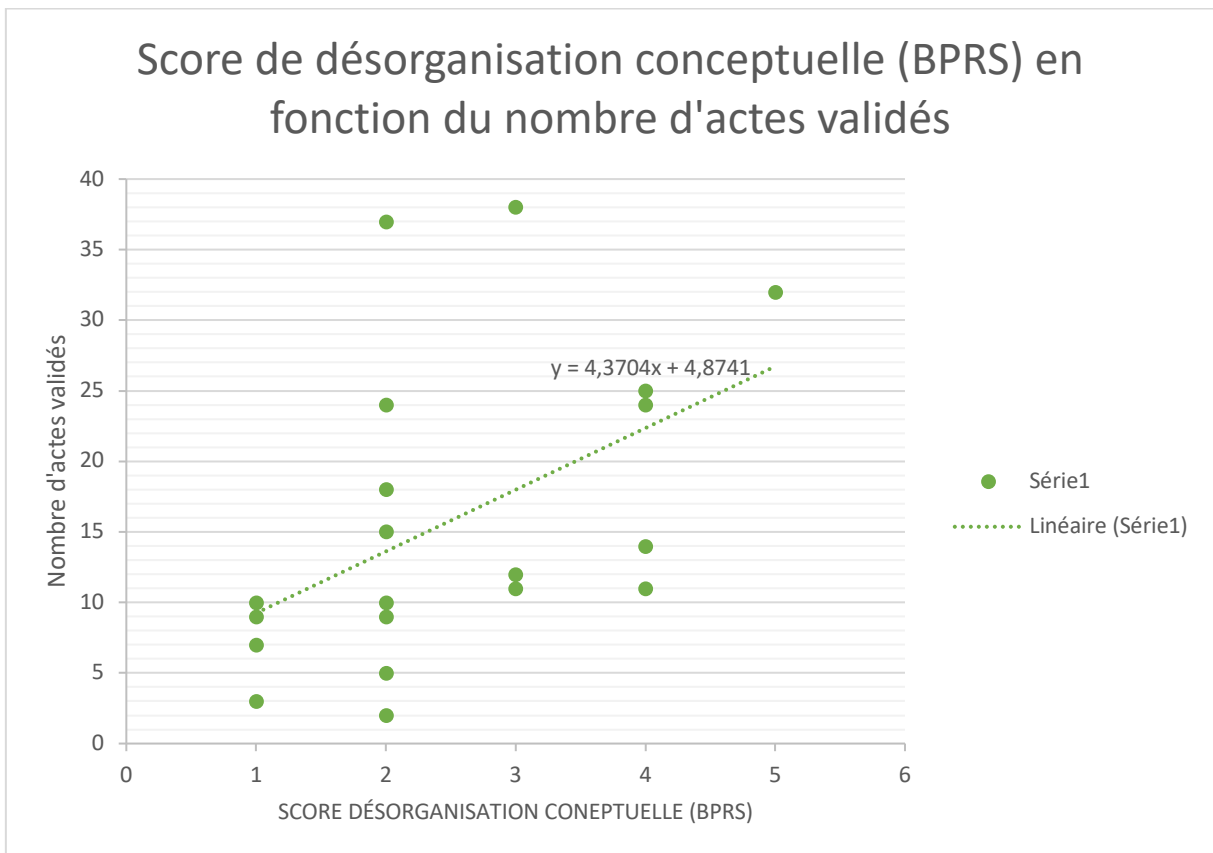
[\[Annexe 36 – Figure représentant la corrélation entre le score de dépression \(BPRS\) et le nombre d'actes validés\]](#)

Concernant l'analyse plus détaillée de la BPRS, les autres scores ayant une corrélation statistiquement significative sont les items « désorganisation conceptuelle », « émoussement affectif » corrélés aux actes pratiqués et l'item « distractibilité » corrélé aux symptômes rapportés. Comme l'item « dépression », ces items sont communs à la BPRS et à la PANSS, et ne sont pas corrélés de façon significative dans la PANSS.

L'item « désorganisation conceptuelle » est le 2^{ème} item de la dimension positive de la PANSS (P2), elle est définie comme « Processus de désorganisation de la pensée caractérisé par l'interruption des séquences intentionnelles : pensée digressive, tangentielle, perte des associations, absence de suivi, grave manque de logique ou blocage de la pensée, par

exemple. » dans le manuel de cotation. [\[Annexe 44 – Extrait du Manuel de Cotation de la PANSS \(item « Désorganisation conceptuelle »\)\]](#)

Dans la BPRS la désorganisation conceptuelle est définie comme « Confusion, d'incohérence, d'imprécision, de désorganisation du discours. Coter la tangentialité, la circonstantialité, les brusques changements de sujets, l'incohérence, les déconnexions, les blocages, les néologismes, et les autres troubles du discours. Ne pas prendre en compte le contenu du discours. » [\[Annexe 43 – Extrait du Manuel de Cotation de la BPRS \(item « désorganisation conceptuelle»\)\]](#) Là encore, la différence de corrélation entre les deux items est probablement dû au manque de puissance de l'étude, mais s'il s'avérait être toujours présent malgré ce biais écarté, il pourrait être dû au fait que la BPRS demande explicitement de ne pas prendre en compte le contenu du discours.



[\[Annexe 37 – Figure représentant la corrélation entre le score de désorganisation conceptuelle \(BPRS\) et le nombre d'actes validés\]](#)

L'éroussement affectif est défini dans la BPRS comme une « Gamme limitée dans l'expression émotionnelle du visage, de la voix et des gestes. Indifférence marquée ou manque de réactivité quand les sujets pénibles sont débloqués. Dans le cas de patients euphoriques ou dysphoriques, coter « l'éroussement affectif », si le manque de profondeur affective est aussi clairement présent. » [\[Annexe 45 - Extrait du Manuel de Cotation de la BPRS \(item « éroussement affectif »\)\]](#)

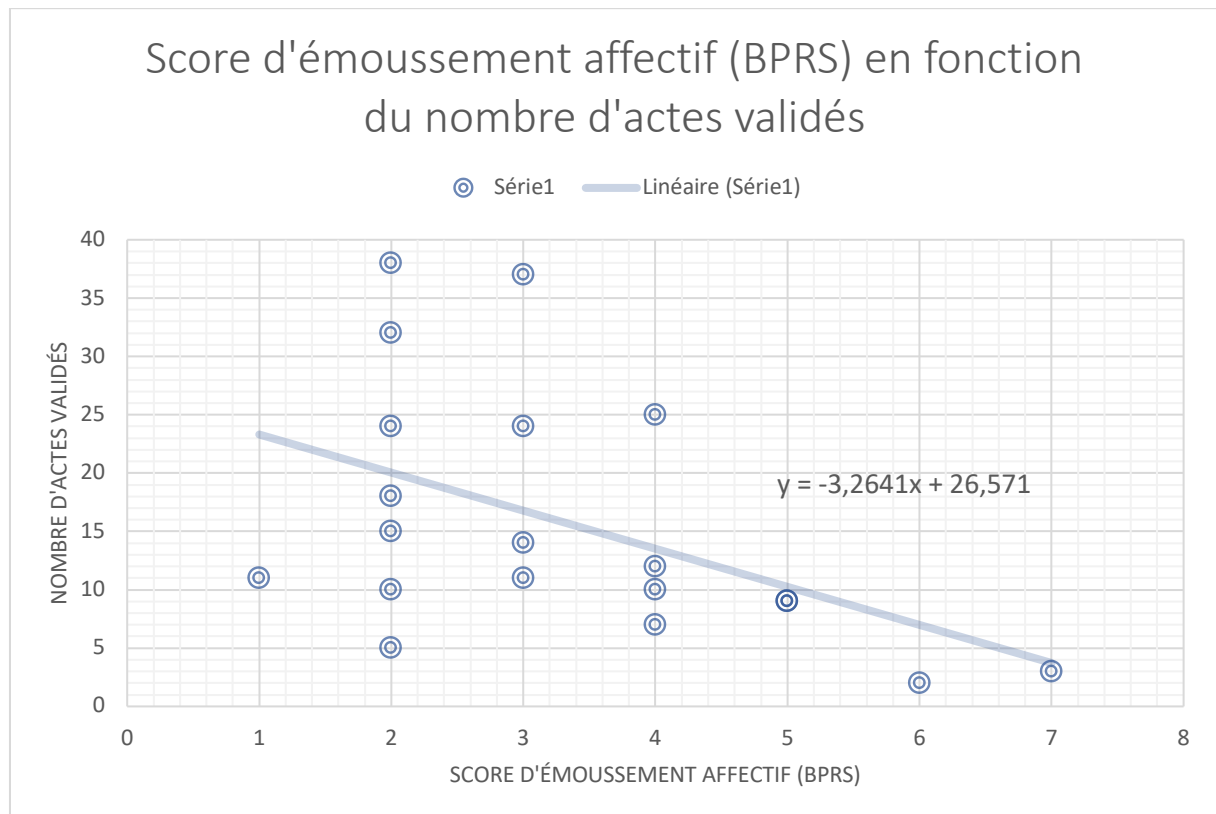
Tandis que dans la PANSS, il est défini comme « Diminution de la réponse émotionnelle caractérisée par une réduction de l'expression faciale, de la modulation des sentiments et des gestes de communication » [\[Annexe 46 - Extrait du Manuel de Cotation de la PANSS \(item](#)

[« émoussement émotionnel »](#)], et est classé comme 1^{er} item de la dimension négative (N1)

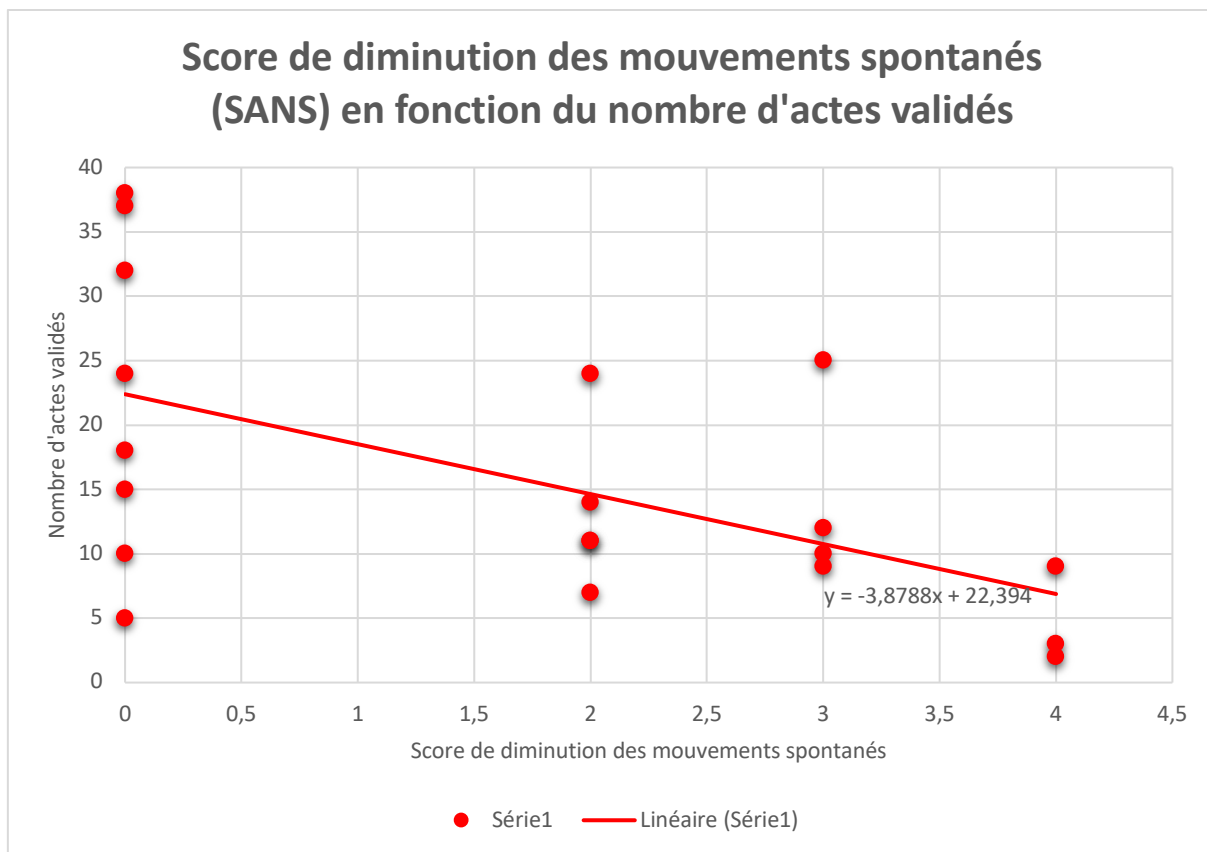
Dans la SANS, la limitation de la gamme émotionnelle du visage est un item à part entière (Expression figée du visage), de même pour la limitation de la gamme émotionnelle de la voix (Monotonie de la voix) et des gestes (Pauvreté de l'expression gestuelle), et l'indifférence marquée et le manque de réactivité sont cotés dans l'item (Absence de réponses affectives), tous ces items appartiennent à la dimension « Retrait ou pauvreté affective » de la SANS.(62)

L'analyse statistique par item de la SANS nous montre une corrélation significative entre la cotation à l'item « Diminution des mouvements spontanés », qui appartient à la même dimension « Retrait ou pauvreté affective ».

Ces items semblent être de bonnes pistes à explorer pour définir des phénotypes de patients schizophrènes plus à risque de décompensation clinique pendant le confinement.



[Annexe 38 – Figure représentant la corrélation entre le score d'émoussement affectif (BPRS) et le nombre d'actes validés]

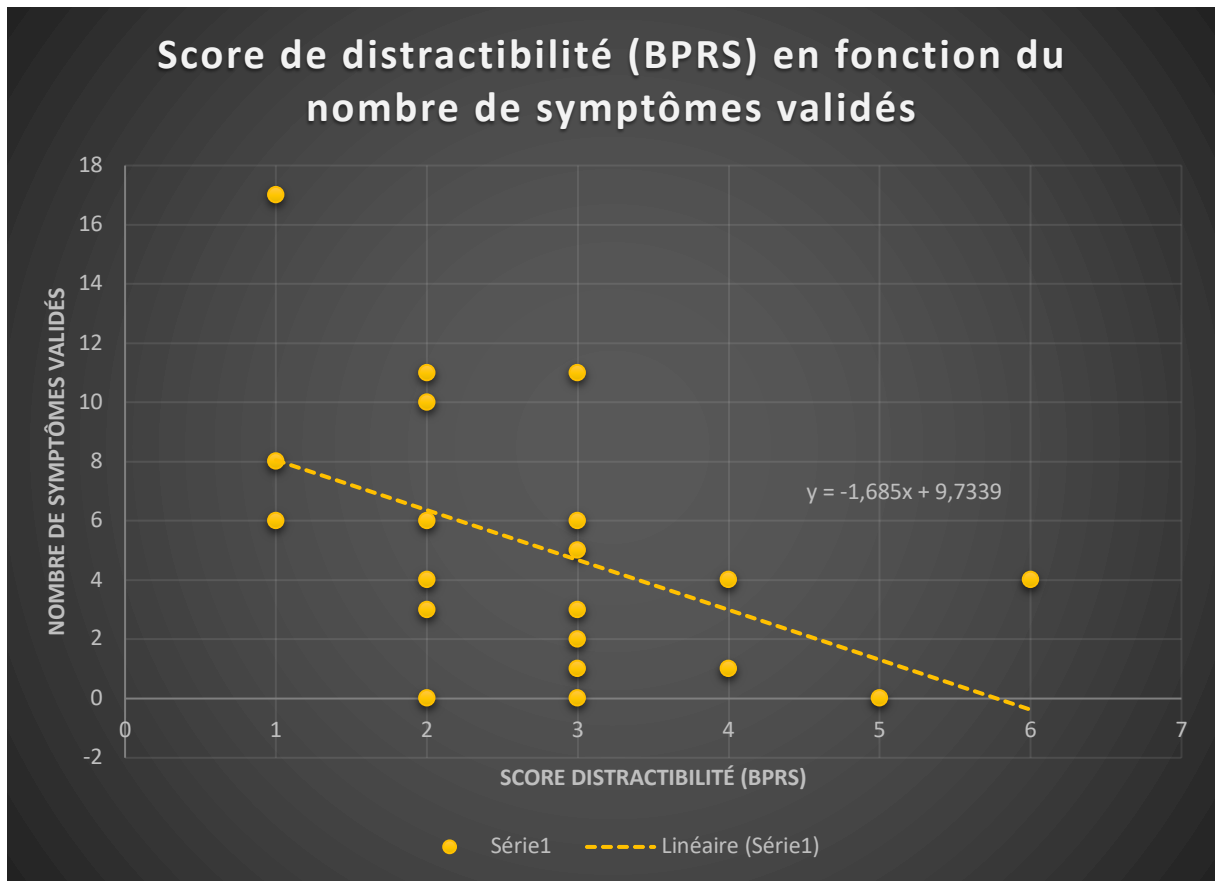


[\[Annexe 39 – Figure représentant la corrélation entre le score de diminution des mouvements spontanés \(SANS\) et le nombre d’actes validés\]](#)

Enfin l’item « distractibilité » de la BPRS est corrélé de façon significative au nombre de symptômes déclarés. Cet item est également retrouvé dans la PANSS et la SANS. Dans la BPRS, elle est définie ainsi. : « Degré auquel les séquences observées des discours et actions sont interrompus par des stimuli sans rapport avec l’interview. La distractibilité est cotée quand le patient montre un changement dans l’objet de son attention ou un déplacement marqué du regard. L’attention du patient peut être attirée par des bruits dans une pièce voisine, par des livres sur une étagère, par les vêtements de l’interviewer... Ne pas prendre en compte la tangentialité, la circonstancialité ou la fuite des idées. De même, ne pas coter la rumination d’idée délirante. Coter même si les stimuli distracteurs ne peuvent pas être identifiés. » [\[Annexe 47 - Extrait du Manuel de Cotation de la BPRS \(item « distractibilité »\)\]](#)

Dans la PANSS, l’item est appelé « Manque d’attention », c’est le 11^{ème} item de la psychopathologie générale (G11), qui est définie comme : « Echec de la vigilance focalisée comme en témoignent les difficultés de concentration, une distractibilité par les stimuli internes et externes et des difficultés à se Fixer sur un stimulus ou à se focaliser sur un autre. » [\[Annexe 48 - Extrait du Manuel de Cotation de la PANSS \(item « manque d’attention »\)\]](#)

Dans la SANS la dimension « Attention » comprend l’ « Inattention dans les activités sociales » et l’ « Inattention durant la cotation ». (62)



[\[Annexe 40 – Figure représentant la corrélation entre le score de distractibilité \(BPRS\) et le nombre de symptômes\]](#)

Aucun de ces autres items n'est corrélé significativement au nombre de symptômes, et comme vu précédemment, cela peut-être dû à un manque de puissance du test.

Il est également important de noter que 2 de nos 20 patients étudiés ont été hospitalisés en urgence pendant le confinement, ils ont tous les 2 déclaré avoir été particulièrement affectés par la pandémie et/ou le confinement.

3 patients ont été en hospitalisation programmée sur la période d'observation, 2 en post-confinement, et 1 pendant le confinement.

2) Synthèse des résultats

Nos résultats ne montrent pas de différence significative du fonctionnement chez les patients schizophrènes suivis en réhabilitation au NHN avant et après le confinement, ce qui est en accord avec la littérature, qui décrit des effets de la réhabilitation psychosociale persistants jusqu'à 12 mois après l'arrêt des exercices renforcés par le maintien du lien et certaines activités poursuivies si besoin établis lors de ce suivi en numérique. (39,75)

Les résultats de l'analyse statistique des échelles nous montrent donc que certains

symptômes pourraient être en lien avec la capacité de bien tolérer ou non le confinement chez les patients schizophrènes. Parmi ces symptômes, l'émoussement affectif est une piste qui est appuyée par un faisceau d'arguments : la corrélation statistiquement significative des items « émoussement affectif » et « diminution des mouvements spontanés » respectivement de la BPRS et de la SANS, et l'influence connue des symptômes négatifs sur le pronostic fonctionnel (54)

La dépression psychotique est également un symptôme à surveiller, car la littérature montre également le rôle de ce symptôme dans le pronostic évolutif de la maladie. (76)

La distractibilité, qui est un des symptômes cognitifs, également associés au pronostic dans la littérature, est corrélée de façon significative au nombre d'actes validés pendant le confinement.(54)

Enfin, la désorganisation conceptuelle, un symptôme positif selon la PANSS, est corrélée de façon significative aux actes pratiqués pendant le confinement.

3) Limites de l'étude

Cette étude comporte plusieurs biais, tout d'abord elle est monocentrique, ce qui la rend difficilement généralisable.

De plus, il s'agit d'une étude rétrospective ce qui comporte des biais mnésiques, majorés par le fait que les soignants étaient en télétravail et que certains ont rapporté leurs observations a posteriori car ils étaient à domicile au moment de l'entretien. De plus, certains actes n'ont pas été cotés, puisque la cotation n'a pas toujours été faite au moment de l'acte, créant un biais de mesure.

La mesure des symptômes a été faite sur base de déclarations, ce qui ajoute un biais de subjectivité aux biais précédemment cités. Ce biais est minimisé par l'analyse rétrospective, qui fait que les soignants ignoraient que les notes seraient utilisées dans l'étude.

Le faible nombre de patient répondant, malgré plusieurs tentatives d'appels téléphoniques est un des biais majeurs de l'étude, et limite fortement la puissance de l'étude. Ceci pourrait être dû au phénomène de « déconfinement » ; les patients auraient été occupés à retrouver leurs proches. D'autant plus que la phase de recrutement a eu lieu sur la période des vacances scolaires d'été.

Enfin, la comparaison entre l'activité pendant la même période de l'année à un an d'intervalle n'a pas été possible, en raison de nombreux patients suivis en réhabilitation depuis moins d'un an.

4) Forces de l'étude

La première force de cette étude est que la population étudiée avant et après est la même,

les échantillons sont donc comparables.

Les échelles ont toutes été réalisées par le même observateur, même si les échelles ont une bonne validité inter-évaluateur. Toutes les échelles utilisées sont validées dans la littérature pour l'évaluation de la schizophrénie.

Les résultats sont en accord avec la littérature française et internationale sur la psychiatrie pendant le confinement (77,78)

A ce jour, il s'agit de la seule étude évaluant l'évolution des patients schizophrènes pendant le confinement sur le format avant-après.(72,72,74,78–84)

E. Conclusion

Cette thèse mesurant les effets précoces du confinement chez les patients schizophrènes suivis en réhabilitation psychosociale ne montre pas de différence significative dans leur fonctionnement avant et après cette période.

On peut supposer l'influence de certains symptômes sur la tolérance clinique du confinement, ce qui serait intéressant à confronter à des études de plus grande puissance.

Peut-être peut-on considérer les interventions fréquentes de l'équipe de réhabilitation psychosociale comme efficaces pour prévenir les décompensations nécessitant ou non une hospitalisation. Une comparaison avec le nombre d'hospitalisation de patients dans des structures autres que de réhabilitation serait intéressante.

F. Bibliographie

1. Mahieu R, Dubée V. Caractéristiques cliniques et épidémiologiques de la Covid-19. Actual Pharm [Internet]. 21 août 2020 [cité 13 sept 2020]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0515370020302974>
2. Jamai Amir I, Lebar Z, yahyaoui G, Mahmoud M. Covid-19 : virologie, épidémiologie et diagnostic biologique. Option/Bio. 2020;31(619):15-20.
3. Metzner JL, Fellner J. Solitary confinement and mental illness in U.S. prisons: a challenge for medical ethics. J Am Acad Psychiatry Law. 2010;38(1):104-8.
4. Psychopathological effects of solitary confinement. Am J Psychiatry. 1 nov 1983;140(11):1450-4.
5. Liu N, Zhang F, Wei C, Jia Y, Shang Z, Sun L, et al. Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. Psychiatry Res. 1 mai 2020;287:112921.
6. FARKAS M, ANTHONY W, DANSEREAU J. La réadaptation: une idée mûrit à point? Réadapt Une Idée Mûrit À Point. 1989;20(6):49-63.
7. Galland F, Jalenques I. Schizophrénie et vieillissement. Ann Méd-Psychol Rev

Psychiatr. 1 août 2009;167(6):476-7.

8. Hjorthøj C, Stürup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 1 avr 2017;4(4):295-301.

9. Dollfus et al. S. Les schizophrénies. 2019^e éd. Lavoisier; (Coll. Psychiatrie).

10. SPF. Mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux. Analyse en causes multiples des certificats de décès en France, 2000-2013 [Internet]. [cité 15 août 2020]. Disponible sur: /notices/mortalite-des-personnes-souffrant-de-troubles-mentaux.-analyse-en-causes-multiples-des-certificats-de-deces-en-france-2000-2013

11. Principaux repères sur la schizophrénie [Internet]. [cité 3 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

12. ALD n°23 - Schizophrénies [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 15 août 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_565630/fr/ald-n23-schizophrenies

13. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev*. 2008;30:67-76.

14. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2016.

15. Maliki L, Tazi I. Retard diagnostique dans la schizophrénie. :3.

16. David AS. Insight and Psychosis. *Br J Psychiatry*. juin 1990;156(6):798-808.

17. Barbalat G, Rouault M, Bazargani N, Shergill S, Blakemore S-J. The influence of prior expectations on facial expression discrimination in schizophrenia. *Psychol Med*. nov 2012;42(11):2301-11.

18. Development of a blood-based molecular biomarker test for identification of schizophrenia before disease onset | Translational Psychiatry [Internet]. [cité 15 août 2020]. Disponible sur: <https://www.nature.com/articles/tp201591>

19. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013. 1414 p.

20. WHO, Organization WH. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. World Health Organization; 1993. 263 p.

21. Simonet M, Brazo P. Modèle cognitivocomportemental de la schizophrénie. *EMC - Psychiatr*. 1 janv 2005;2(1):62-80.

22. Lakhan SE, Vieira KF. Schizophrenia pathophysiology: are we any closer to a complete model? *Ann Gen Psychiatry*. 15 mai 2009;8(1):12.

23. Krebs M-O. Chapitre 4. Modèles physiopathologiques : modèle neurodéveloppemental, maturation cérébrale et « double hit ». *Psychotherapies*. 2015;53-66.

24. Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. oct 2005;162(10):1785-804.

25. Johnstone EC, Crow TJ, Johnson AL, MacMillan JF. The Northwick Park Study of first episodes of schizophrenia. I. Presentation of the illness and problems relating to admission. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. févr 1986;148:115-20.

26. Morin L, Franck N. Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from

- Schizophrenia: A Systematic Review. *Front Psychiatry* [Internet]. 2017 [cité 9 août 2020];8. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2017.00100/full>
27. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 1: Update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. *World J Biol Psychiatry*. juill 2012;13(5):318-78.
 28. Molina JD, Jiménez-González AB, López-Muñoz F, Cañas F. Evolution of the Concept of Treatment-resistant Schizophrenia: Toward a Reformulation for Lack of an Adequate Response. *J Exp Clin Med*. 1 avr 2012;4(2):98-102.
 29. Bromet EJ, Fennig S. Epidemiology and natural history of schizophrenia. *Biol Psychiatry*. 1 oct 1999;46(7):871-81.
 30. *Antipsychotiques : Les points essentiels [Internet]. [cité 18 août 2020]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/antipsychotiques-les-points-essentiels>
 31. Leucht S, Arbter D, Engel RR, Kissling W, Davis JM. How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Mol Psychiatry*. avr 2009;14(4):429-47.
 32. Leucht S, Corves C, Arbter D, Engel RR, Li C, Davis JM. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *The Lancet*. 3 janv 2009;373(9657):31-41.
 33. Correll CU, Leucht S, Kane JM. Lower Risk for Tardive Dyskinesia Associated With Second-Generation Antipsychotics: A Systematic Review of 1-Year Studies. *Am J Psychiatry*. 1 mars 2004;161(3):414-25.
 34. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB, McGlashan TH, Miller AL, Perkins DO, et al. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *Am J Psychiatry*. févr 2004;161(2 Suppl):1-56.
 35. Leucht S, Cipriani A, Spineli L, Mavridis D, Örey D, Richter F, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *The Lancet*. 14 sept 2013;382(9896):951-62.
 36. Mazmanian S, Mirabel-Sarron C, Dardennes R. Les thérapies cognitivo-comportementales face aux hallucinations auditives dans la schizophrénie : une revue de la littérature. *J Thérapie Comport Cogn*. 1 nov 2015;25(4):177-88.
 37. Petitjean F. Les effets de la psychoéducation. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 avr 2011;169(3):184-7.
 38. Psychiatre FP. Psychoéducation dans la schizophrénie. :12.
 39. Wykes T, Reeder C, Williams C, Corner J, Rice C, Everitt B. Are the effects of cognitive remediation therapy (CRT) durable? Results from an exploratory trial in schizophrenia. *Schizophr Res*. 1 juin 2003;61(2):163-74.
 40. Blondeau C, Nicole L, Lalonde P. Schizophrénie et réadaptation. Interventions spécifiques selon les phases de la maladie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 déc 2006;164(10):869-76.
 41. Aleman A, Lange JD. TMS in Psychotic Disorders. In: Dell'Osso B, Di Lorenzo G, éditeurs. *Non Invasive Brain Stimulation in Psychiatry and Clinical Neurosciences* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020 [cité 16 sept 2020]. p. 79-95. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-3-030-43356-7_7

42. Li J, Cao X, Liu S, Li X, Xu Y. Efficacy of repetitive transcranial magnetic stimulation on auditory hallucinations in schizophrenia: A meta-analysis. *Psychiatry Res.* 1 août 2020;290:113141.
43. Rothärmel M. La résistance pharmacologique dans les pathologies psychiatriques : Exemple de la dépression, la schizophrénie et l'autisme. [Internet] [phdthesis]. Normandie Université; 2019 [cité 16 sept 2020]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02509119>
44. Simon N, Guillin O, Kaladjian A, Drapier D. Schizophrénie résistante : état des lieux physiopathologique et thérapeutique. *Fr J Psychiatry.* 1 déc 2019;1:S44.
45. Cnaan RA, Blankertz L, Messinger KW, Gardner JR. Psychosocial rehabilitation: Toward a definition. *Psychosoc Rehabil J.* 1988;11(4):61-77.
46. Massé G. Pour une réhabilitation psychosociale à la française. *Inf Psychiatr.* 2006;Volume 82(4):291-6.
47. Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - INSTRUCTION N° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires [Internet]. [cité 16 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=44293>
48. Duprez M. Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. *Inf Psychiatr.* 2008;Volume 84(10):907-12.
49. La réhabilitation psychosociale [Internet]. Ascodocpsy. [cité 3 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ascodocpsy.org/trouvez-de-linformation-psychiatrie-sante-mentale/dossiers-thematiques/la-rehabilitation-psychosociale/>
50. cognitive R psychosociale et remédiation. Trouver un centre de réhabilitation psychosociale [Internet]. Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive. 2020 [cité 3 sept 2020]. Disponible sur: <https://centre-ressource-rehabilitation.org/-trouver-un-centre-de-rehabilitation-psychosociale->
51. cognitive R psychosociale et remédiation. Réhabilitation [Internet]. Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive. 2020 [cité 5 sept 2020]. Disponible sur: <https://centre-ressource-rehabilitation.org/-rehabilitation->
52. vero. Troubles psychiques et troubles du spectre de l'autisme [Internet]. Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive. 2020 [cité 5 sept 2020]. Disponible sur: <https://centre-ressource-rehabilitation.org/-troubles-psychiques-et-troubles-du-spectre-de-l-autisme->
53. Centres support Réhabilitation Psychosociale en Normandie [Internet]. [cité 5 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.normandie.ars.sante.fr/centres-support-rehabilitation-psychosociale-en-normandie>
54. Bowie CR, Reichenberg A, Patterson TL, Heaton RK, Harvey PD. Determinants of Real-World Functional Performance in Schizophrenia Subjects: Correlations With Cognition, Functional Capacity, and Symptoms. *Am J Psychiatry.* 1 mars 2006;163(3):418-25.
55. Schwartz RC. Concurrent Validity of the Global Assessment of Functioning Scale for Clients with Schizophrenia. *Psychol Rep.* 1 avr 2007;100(2):571-4.
56. Karilampi U, Helldin L, Archer T. Cognition and Global Assessment of Functioning in Male and Female Outpatients With Schizophrenia Spectrum Disorders. *J Nerv Ment Dis.* juill 2011;199(7):445-448.
57. Stefanopoulou E, Lafuente AR, Fonseca AS, Keegan S, Vishnick C, Huxley A. Global assessment of psychosocial functioning and predictors of outcome in schizophrenia. *Int J*

Psychiatry Clin Pract. 1 mars 2011;15(1):62-8.

58. Gaite L, Vázquez-Barquero JL, Herrán A, Thornicroft G, Becker T, Sierra-Biddle D, et al. Main determinants of Global Assessment of Functioning score in schizophrenia: a European multicenter study. *Compr Psychiatry*. 1 nov 2005;46(6):440-6.

59. Mouaffak F, Morvan Y, Bannour S, Chayet M, Bourdel M-C, Thepaut G, et al. Validation de la version française de l'échelle abrégée d'appréciation psychiatrique étendue avec ancrage, BPRS-E(A). *L'Encéphale*. 1 sept 2010;36(4):294-301.

60. *Psychopharmacology Bulletin*. National Institute of Mental Health; 1988. 462 p.

61. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale. *Br J Psychiatry Suppl*. déc 1993;(22):39-44.

62. Andreasen NC. The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS): Conceptual and Theoretical Foundations. *Br J Psychiatry*. nov 1989;155(S7):49-52.

63. Shahid A, Wilkinson K, Marcu S, Shapiro CM. State-Trait Anxiety Inventory (STAI). In: Shahid A, Wilkinson K, Marcu S, Shapiro CM, éditeurs. *STOP, THAT and One Hundred Other Sleep Scales* [Internet]. New York, NY: Springer; 2012 [cité 3 sept 2020]. p. 367-8. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-1-4419-9893-4_90

64. Hedberg AG. Review of State-Trait Anxiety Inventory. *Prof Psychol*. 1972;3(4):389-90.

65. Markiewicz I, Pilszyk A, Kudlak G. Psychological factors of aggressive behaviour in patients of forensic psychiatry wards with the diagnosis of schizophrenia. *Int J Law Psychiatry*. 1 sept 2020;72:101612.

66. Lecomte T, Corbière M, Laisné F. Investigating self-esteem in individuals with schizophrenia: Relevance of the Self-Esteem Rating Scale-Short Form. *Psychiatry Res*. 30 juin 2006;143(1):99-108.

67. Nugent WR, Thomas JW. Validation of a Clinical Measure of Self-Esteem. *Res Soc Work Pract*. 1 avr 1993;3(2):191-207.

68. Lecomte T, Cyr M, Lesage AD, Wilde J, Leclerc C, Ricard N. Efficacy of a Self-Esteem Module in the Empowerment of Individuals with Schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. juill 1999;187(7):406-413.

69. Violeau L, Dudilot A, Roux S, Prouteau A. How internalised stigma reduces self-esteem in schizophrenia: the crucial role of off-line metacognition. *Cognit Neuropsychiatry*. 3 mars 2020;25(2):154-61.

70. Pallanti S, Quercioli L, Hollander E. Social Anxiety in Outpatients With Schizophrenia: A Relevant Cause of Disability. *Am J Psychiatry*. 1 janv 2004;161(1):53-8.

71. Romm KL, Rossberg JI, Berg AO, Hansen CF, Andreassen OA, Melle I. Assessment of social anxiety in first episode psychosis using the Liebowitz Social Anxiety scale as a self-report measure. *Eur Psychiatry*. 1 mars 2011;26(2):115-21.

72. Asmundson GJG, Taylor S. Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *J Anxiety Disord*. mars 2020;70:102196.

73. García-Lizana F, Muñoz-Mayorga I. What About Telepsychiatry? A Systematic Review. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* [Internet]. 2010 [cité 3 sept 2020];12(2). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2911004/>

74. Chan-Chee C. LA SANTÉ MENTALE DES FRANÇAIS FACE AU COVID-19 : PRÉVALENCES, ÉVOLUTIONS ET DÉTERMINANTS DE L'ANXIÉTÉ AU COURS

DES DEUX PREMIÈRES SEMAINES DE CONFINEMENT (ENQUÊTE COVIPREV, 23-25 MARS ET 30 MARS-1er AVRIL 2020) / THE MENTAL HEALTH OF THE FRENCH FACING THE COVID-19 CRISIS: PREVALENCE, EVOLUTION AND DETERMINANTS OF ANXIETY DISORDERS DURING THE FIRST TWO WEEKS OF LOCKDOWN (COVIPREV STUDY, 23-25 MARCH AND 30 MARCH-1 APRIL, 2020). :10.

75. Wexler BE, Bell MD. Cognitive Remediation and Vocational Rehabilitation for Schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1 janv 2005;31(4):931-41.

76. Roy M-A, Devriendt X. Symptômes Positifs Et Négatifs De La Schizophrénie: Une Mise à jour. *Can J Psychiatry.* 1 sept 1994;39(7):407-14.

77. Flevaud L, Pham A, Gourevitch R. Les urgences psychiatriques pendant l'état d'urgence sanitaire. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* [Internet]. 20 août 2020 [cité 13 sept 2020]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448720302171>

78. Salamin V, Rossier V, Joye D, Nolde C, Pierrehumbert T, Gothuey I, et al. Adaptations de la thérapie comportementale dialectique ambulatoire en période de pandémie COVID-19 et conséquences du confinement sur des patients souffrant d'un état-limite. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* [Internet]. 20 août 2020 [cité 13 sept 2020]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448720302183>

79. Chevance A, Gourion D, Hoertel N, Llorca P-M, Thomas P, Bocher R, et al. Assurer les soins aux patients souffrant de troubles psychiques en France pendant l'épidémie à SARS-CoV-2. *Wwwem-Premiumcomdatarevues00137006unassignS0013700620300646* [Internet]. 18 avr 2020 [cité 1 mai 2020]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.ezproxy.normandie-univ.fr/article/1360596/resultatrecherche/1>

80. Ingold F-R. Les représentations de la pandémie SARS-CoV-2 et du confinement dans une patientèle de psychiatrie libérale à Paris. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* [Internet]. 19 mai 2020 [cité 9 juin 2020]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000344872030158X>

81. Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L, et al. Conséquences psychopathologiques du confinement. *L'Encephale* [Internet]. 22 avr 2020 [cité 9 juin 2020]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7174176/>

82. Fovet T, Lancelevée C, Eck M, Scouflaire T, Bécache E, Dandelot D, et al. Prisons confinées : quelles conséquences pour les soins psychiatriques et la santé mentale des personnes détenues en France ? *L'Encéphale.* 1 juin 2020;46(3, Supplément):S60-5.

83. Marehin M-S, Hinnouo AM, Obiang PA. Organisation des soins en psychiatrie au Gabon durant l'épidémie du Covid-19. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* [Internet]. 22 août 2020 [cité 13 sept 2020]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448720302274>

84. Zhou X. Psychological crisis interventions in Sichuan Province during the 2019 novel coronavirus outbreak. *Psychiatry Res.* avr 2020;286:112895.

G. Annexes et abréviations

I. Abréviations

AP : Antipsychotique

APA : antipsychotique Atypique

APAP : Antipsychotiques à Action Prolongée

APC : Antipsychotique Conventionnels

BPRS : Brief Psychiatric Rating Scale

CDSS : Calgary Depression Scale for Schizophrenia

Covid19 : Coronavirus Disease 2019 (Maladie à Coronavirus 2019)

ECG : Électrocardiogramme

ECT : Électro-Convulsivothérapie

EEG : Électroencéphalogramme

EI : Effets Indésirables

GAF : Global Assessment of Functioning

HAS : Haute autorité de santé

NHN : Nouvel Hôpital de Navarre

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

PANSS : Positive and Negative Syndrom Scale

SANS : Scale for the Assessment of Negative Symptoms

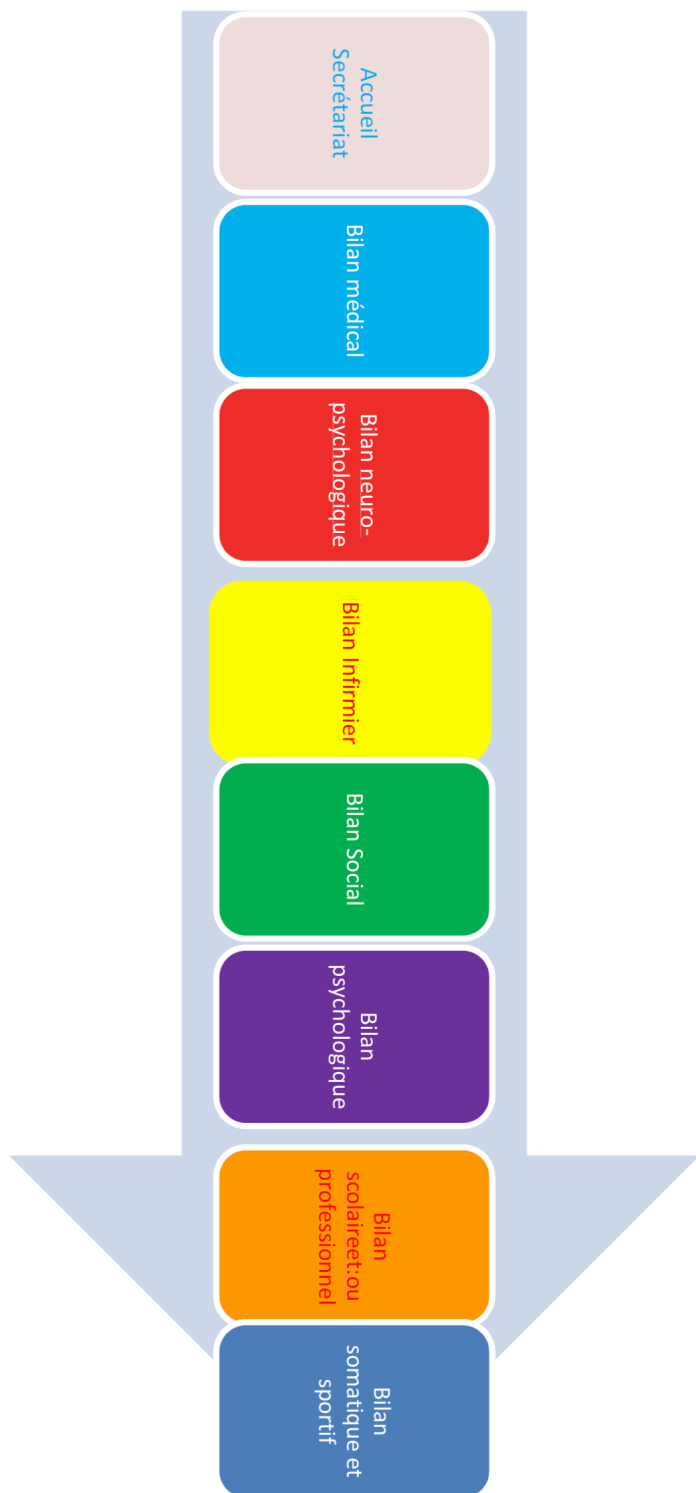
SERS : Sel-Esteem Rating Scale

STAI : State - Trait Anxiety Inventory

WFSBP : World Federation of Societies of Biological Psychiatry

II. Annexes

1) Annexe 1 – Le parcours du patient en bilan de réhabilitation



2) Annexe 2 – Types d'interventions proposées par la réhabilitation psychosociale, selon l'ARS Normandie

Interventions spécifiques	Outil utilisé	Nombre de sessions proposées
Programme d'éducation thérapeutique		
Programme de remédiation cognitive		
Programme d'entraînement des compétences et des habilités sociales		
Programme d'autonomie à l'hébergement		
Programme de soutien à l'insertion professionnelle		
Programme de soutien des familles		
Autres		

3) Annexe 3 – Formulaire de consentement



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Impact du confinement sanitaire CoviD19 chez les patients souffrants de schizophrénie suivis dans le centre de réhabilitation psychosociale.

M. GUINET, interne en psychiatrie vous propose de participer à une recherche clinique organisée par le Nouvel Hôpital de Navarre sur l'état de santé des patients souffrant de schizophrénie.

Cette recherche comprend un entretien avec M. GUINET, plusieurs auto-questionnaires et une analyse de votre dossier médical.

Elle a pour objectif :

- D'évaluer l'impact du confinement sanitaire CoviD19 chez les patients souffrant de schizophrénie suivis dans le centre de réhabilitation psychosociale du Nouvel Hôpital de Navarre.

En signant ci-dessous, vous acceptez de participer à cette recherche. Votre signature indique que :

1. Vous avez compris les informations concernant l'objectif de cette recherche, votre participation et vous consentez librement à y participer.
2. Votre consentement ne décharge pas les organisateurs de cette recherche de leurs responsabilités. Vous conservez vos droits garantis par la loi et vous êtes libre à tout moment d'interrompre votre participation en m'informant simplement de votre décision.
3. Vous acceptez que les données recueillies à l'occasion de cette recherche puissent faire l'objet de traitement informatisé, sachant que ces données seront strictement anonymes et confidentielles. Vous n'autorisez leur consultation que par les personnes directement impliquées dans cette recherche.
4. Vous avez reçu un résumé écrit des explications sous la forme d'une lettre.
5. Vous avez obtenu toutes les réponses souhaitées aux questions que vous désiriez poser.

Je soussigné M..... (Nom & Prénom),

né le

demeurant.....

.....

Signature du tuteur :

Accepte de participer à cette recherche.

Fait à Evreux le

Signature :

www.nouvel-hopital-navarre.fr

62, route de Conches - CS 32204 - 27022 Evreux Cedex - Tél : 02 32 31 76 76 - Fax : 02 32 31 77 91

4) Annexe 4 – Global Assessment of Functioning

EVALUATION GLOBALE DU FONCTIONNEMENT

Evaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie. Ne pas tenir compte d'une altération du fonctionnement due à des facteurs limitants d'ordre physique ou environnemental. N.B. : Utiliser des codes intermédiaires lorsque cela est justifié, p. ex. : 45, 68, 72.

- | | | | | |
|----|--|---------------------------------|-----|--|
| | | NON | OUI | |
| 1. | Le sujet est-il hospitalisé ? | 0 | 1 | |
| 2. | E.G.F. : Au pire moment durant l'épisode actuel | EPISODE ACTUEL E.G.F. : | | |
| 3. | E.G.F. : Durant le mois dernier
<i>Coter le niveau de fonctionnement le plus bas du sujet au cours du dernier mois (ou au moment de l'admission si hospitalisé)</i> | E.G.F. DURANT LE DERNIER MOIS : | | |
| 4. | E.G.F. : « Moyen » depuis le début des troubles | E.G.F. MOYEN : | | |

SCORE	
100	<p>Niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités. N'est jamais débordé par les problèmes rencontrés. Est recherché par autrui en raison de ses nombreuses qualités. Absence de symptômes.</p>
91	
90	
81	
80	
71	
70	
61	
60	
51	
50	<p>Symptômes absents ou minimes (par ex, anxiété légère avant un examen), fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous les jours (par ex, conflit occasionnel avec des membres de la famille).</p>
41	
40	
31	
30	
21	
20	
11	
10	
0	
100	<p>Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress (par ex, des difficultés de concentration après une dispute familiale); pas plus qu'une altération légère du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (par ex, retard temporaire du travail scolaire).</p>
91	
90	
81	
80	
71	
70	
61	
60	
51	
50	<p>Quelques symptômes légers (par ex, humeur dépressive et insomnie légère) ou une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (par ex, école buissonnière épisodique ou vol en famille) mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.</p>
41	
40	
31	
30	
21	
20	
11	
10	
0	
100	<p>Symptômes d'intensité moyenne (par ex, émoussement affectif, prolixité circonlocutoire, attaques de panique épisodiques) ou difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (par ex, peu d'amis, conflits avec les camarades de classe ou les collègues de travail).</p>
91	
90	
81	
80	
71	
70	
61	
60	
51	
50	<p>Symptômes importants (par ex, idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) ou altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (par ex, absence d'amis, incapacité à garder un emploi).</p>
41	
40	
31	
30	
21	
20	
11	
10	
0	
100	<p>Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (par ex, discours par moment illogique, obscur et inadapté) ou déficience majeure dans plusieurs domaines, par exemple, le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (par ex, un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provoquant à la maison et échoue à l'école).</p>
91	
90	
81	
80	
71	
70	
61	
60	
51	
50	<p>Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations ou trouble grave de la communication ou du jugement (par ex, parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire) ou incapable de fonctionner dans presque tous les domaines (par ex, reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis).</p>
41	
40	
31	
30	
21	
20	
11	
10	
0	
100	<p>Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro- agression (par ex, tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) ou incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimum (par ex, se barbouille d'excréments) ou altération massive de la communication (par ex, incohérence indiscutable ou mutisme).</p>
91	
90	
81	
80	
71	
70	
61	
60	
51	
50	<p>Danger persistant d'auto ou d'hétéro- agression grave (par ex, accès répétés de violence) ou incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimum ou geste suicidaire avec attente précise de la mort.</p>
41	
40	
31	
30	
21	
20	
11	
10	
0	
100	<p>Danger persistant d'auto ou d'hétéro- agression grave (par ex, accès répétés de violence) ou incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimum ou geste suicidaire avec attente précise de la mort.</p>
91	
90	
81	
80	
71	
70	
61	
60	
51	
50	<p>Information inadéquate.</p>
41	
40	
31	
30	
21	
20	
11	
10	
0	

5) Annexe 5 – Positive And Negative Syndrome Scale

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE (P.A.N.S.S.)

KAY R., OPLER L.A., FISZBEIN A.
(Traduction française : LEPINE J.P.)

Instructions : Entourer la cotation appropriée à chaque dimension à la suite de l'entretien clinique spécifique. Se reporter au Manuel de Cotation pour la définition des items, la description des différents degrés et la procédure de cotation.

	ABS	MIN	LÉGER	MOY	Mod SEV	SEV	EXT
ÉCHELLE POSITIVE							
P1 Idées délirantes	1	2	3	4	5	6	7
P2*° Désorganisation conceptuelle	1	2	3	4	5	6	7
P3*° Activité hallucinatoire	1	2	3	4	5	6	7
P4*° Excitation	1	2	3	4	5	6	7
P5*° Idées de grandeur	1	2	3	4	5	6	7
P6*° Méfiance / Persécution	1	2	3	4	5	6	7
P7*° Hostilité	1	2	3	4	5	6	7
ÉCHELLE NÉGATIVE							
N1*° Émoussement émotionnel	1	2	3	4	5	6	7
N2*° Retrait affectif	1	2	3	4	5	6	7
N3 Mauvais contact	1	2	3	4	5	6	7
N4 Repli social passif / apathique	1	2	3	4	5	6	7
N5 Difficultés d'abstraction	1	2	3	4	5	6	7
N6 Absence de spontanéité et de fluidité dans la conversation	1	2	3	4	5	6	7
N7 Pensée stéréotypée	1	2	3	4	5	6	7

	ABS	MIN	LÉGER	MOY	Mod SEV	SEV	EXT
ÉCHELLE PSYCHOPATHOLOGIQUE GÉNÉRALE							
G1*° Préoccupations somatiques	1	2	3	4	5	6	7
G2*° Anxiété	1	2	3	4	5	6	7
G3*° Sentiments de culpabilité	1	2	3	4	5	6	7
G4*° Tension	1	2	3	4	5	6	7
G5*° Maniérisme et troubles de la posture	1	2	3	4	5	6	7
G6*° Dépression	1	2	3	4	5	6	7
G7*° Ralentissement moteur	1	2	3	4	5	6	7
G8*° Non coopération	1	2	3	4	5	6	7
G9*° Contenu inhabituel de la pensée	1	2	3	4	5	6	7
G10*° Désorientation	1	2	3	4	5	6	7
G11° Manque d'attention	1	2	3	4	5	6	7
G12 Manque de jugement et de conscience de la maladie	1	2	3	4	5	6	7
G13 Trouble de la volition	1	2	3	4	5	6	7
G14 Mauvais contrôle pulsionnel	1	2	3	4	5	6	7
G15 Préoccupation excessive de soi (tendances autistiques)	1	2	3	4	5	6	7
G16 Évitement social actif	1	2	3	4	5	6	7

6) Annexe 6 – Brief Psychiatric Rating Scale

**Brief Psychiatric Rating Scale
BPRS (Version 4.0)**

Faire porter la cotation sur le mois précédent. Reportez vous au manuel de cotation pour les niveaux de cotation

1	2	3	4	5	6	7
Absent	Très peu	Peu	Moyen	Assez important	Important	Extrêmement important

1. Préoccupations somatiques	1	2	3	4	5	6	7
2. Anxiété ^p	1	2	3	4	5	6	7
3. Dépression ^r	1	2	3	4	5	6	7
4. Tendances suicidaires ^o	1	2	3	4	5	6	7
5. Sentiment de culpabilité	1	2	3	4	5	6	7
6. Hostilité ^p	1	2	3	4	5	6	7
7. Euphorie-Exaltation de l'humeur ^o	1	2	3	4	5	6	7
8. Mégalomanie-Idees de grandeur	1	2	3	4	5	6	7
9. Méfiance ^p	1	2	3	4	5	6	7
10. Hallucinations ^s	1	2	3	4	5	6	7
11. Contenu inhabituel de la pensée ^p	1	2	3	4	5	6	7
12. Comportement bizarre ^o	1	2	3	4	5	6	7
13. Négligence personnelle ^o	1	2	3	4	5	6	7
14. Désorientation ^r	1	2	3	4	5	6	7
15. Désorganisation conceptuelle	1	2	3	4	5	6	7
16. Emoussement affectif ^r	1	2	3	4	5	6	7
17. Retrait affectif ^r	1	2	3	4	5	6	7
18. Ralentissement moteur ^r	1	2	3	4	5	6	7
19. Tension ^r	1	2	3	4	5	6	7
20. Non coopération ^r	1	2	3	4	5	6	7
21. Excitation ^p	1	2	3	4	5	6	7
22. Distractibilité, manque d'attention ^o	1	2	3	4	5	6	7
23. Hyperactivité locomotrice ^o	1	2	3	4	5	6	7
24. Maniérisme et trouble de la posture	1	2	3	4	5	6	7

^o items rajoutés par rapport à la version classique

^p items présents dans la PANSS

7) Annexe 7 – Calgary Depression Scale for Schizophrenia

**Feuille de cotation pour
L'ÉCHELLE de DÉPRESSION de CALGARY pour la SCHIZOPHRÉNIE**

© Dr. Donald Addington & Dr. Jean Addington 



Le cadre temporel concerne les 2 dernières semaines.

	Absent	Léger	Modéré	Sévère
1) Dépression				
Comment pourriez-vous décrire votre humeur durant les 2 dernières semaines : avez-vous pu demeurer raisonnablement gai ou est ce que vous avez été très déprimé ou plutôt triste ces derniers temps ? Combien de fois vous êtes-vous senti ainsi, tous les jours ? toute la journée ?	0	1	2	3
2) Désespoir				
Comment entrevoyez-vous le futur pour vous-même ? Est ce que vous pouvez envisager un avenir pour vous ? Ou est-ce que la vie vous paraît plutôt sans espoir ? Est ce que vous avez tout laissé tomber ou est ce qu'il vous paraît y avoir encore des raisons d'essayer ?	0	1	2	3
3) Auto-dépréciation				
Quelle est votre opinion de vous-même, en comparaison avec d'autres personnes ? Est ce que vous vous sentez meilleur ou moins bon, ou à peu près comparable aux autres personnes en général ? Vous sentez-vous inférieur ou même sans aucune valeur ? Si oui quel serait le pourcentage de temps durant lequel vous ressentez ce sentiment ?	0	1	2	3
4) Idées de référence associées à la culpabilité				
Avez-vous l'impression que l'on vous blâme pour certaines choses ou même qu'on vous accuse sans raison ? A propos de quoi ? (ne pas inclure ici des blâmes ou des accusations justifiées. Exclure les délires de culpabilité ou les propos des hallucinations en tant que tels).	0	1	2	3
5) Culpabilité pathologique				
Avez-vous tendance à vous blâmer vous-même pour des petites choses que vous pourriez avoir faites dans le passé ? Pensez-vous que vous méritez d'être aussi préoccupé de cela ?	0	1	2	3
6) Dépression matinale				
Lorsque vous vous êtes senti déprimé au cours des deux dernières semaines, avez-vous remarqué que la dépression était pire à certains moments de la journée ?	0	1	2	3
7) Éveil précoce				
Vous réveillez-vous plus tôt le matin qu'à l'accoutumée ? Combien de fois par semaine cela vous arrive-t-il ?	0	1	2	3
8) Suicide				
Avez-vous déjà eu l'impression que la vie ne valait pas la peine d'être vécue ? Avez-vous déjà pensé mettre fin à tout cela ? Qu'est ce que vous pensez que vous auriez pu faire ? Avez-vous effectivement essayé ?	0	1	2	3
9) Dépression observée				
Se baser sur l'ensemble de l'entretien. Est-ce que vous ressentez parfois l'envie de pleurer ?	0	1	2	3
TOTAL	 / 27			

8) Annexe 8 – Scale for the Assessment of Negative Symptoms

Echelle d'appréciation des symptômes déficitaires (négatifs) SANS

Reporter l'intensité selon le système général suivant. Utiliser le guide de cotation de votre « classeur investigation » pour les débuts de la cotation.

0 : absente – aucune – inexistant
1 : doute (sur diminution) – discutable

2 : léger (e)
3 : moyen (ne)

4 : important (e)
5 : sévère - grave

Retrait ou pauvreté affective

/ **1. Expression figée du visage :**

L'expression faciale apparaît rigide, figée, mécanique. On note une absence ou une diminution des changements d'expression attendus, en rapport avec le contenu émotionnel du discours.

/ **2. Diminution des mouvements spontanés :**

Le patient est assis immobile durant l'entretien et présente, peu ou pas, de mouvements spontanés. Il ne change pas de position, ne bouge pas ses membres...

/ **3. Pauvreté de l'expression gestuelle :**

Le malade n'utilise pas les mouvements de son corps pour aider à l'expression de ses idées, tels que gestes des mains, posture penchée en avant...

/ **4. Pauvreté du contact visuel :**

Le malade évite de regarder l'autre, ou d'utiliser ses yeux pour s'exprimer. Son regard semble perdu dans le vide même lorsqu'il parle.

/ **5. Absence de réponses affectives :** Ne rit ou ne sourit pas, lorsqu'il y est incité.

/ **6. Affect inapproprié :** L'affect exprimé est inapproprié ou incongru, et non simplement pauvre et émoussé.

/ **7. Monotonie de la voix :**

Lorsqu'il parle, le malade ne présente pas les modulations vocales normales. Le discours est monotone

/ **8. Evaluation globale de la pauvreté affective :**

L'évaluation globale prend en compte la gravité de l'ensemble de l'émoussement affectif. Une importance particulière doit être donnée au noyau représenté par l'absence de réactivité, une diminution globale du vécu émotionnel et son caractère inapproprié.

/ Sous-score : somme de **1 à 7**

Alogie

/ **9. Pauvreté du discours :**

C'est la réduction de la quantité de propos spontanés, aboutissant à des réponses brèves, concrètes et non élaborées aux questions.

/ **10. Pauvreté du contenu du discours (idéique) :**

Bien que les réponses soient suffisamment longues pour que le discours soit normal en quantité, il comporte peu d'informations. Le langage tend à être vague, souvent trop abstrait ou concret, répétitif, stéréotypé.

/ **11. Barrages :** Le malade décrit spontanément ou à partir d'une question, une interruption du cours de sa pensée.

/ **12. Augmentation de la latence des réponses :**

La durée qui s'écoule avant que le malade ne réponde aux questions est plus longue que normalement. Il peut sembler "ailleurs". Il a cependant compris la question.

/ **13. Evaluation globale :**

Les signes nucléaires de l'alogie étant la pauvreté du discours et celle de son contenu, l'évaluation globale doit particulièrement en tenir compte.

/ __ / Sous-score : somme de 9 à 12

Avolition – Apathie

/ __ / 14. Toilette – hygiène :

Vêtements négligés ou sales, cheveux gras, odeur corporelle...

/ __ / 15. Manque d'assiduité au travail ou à l'école :

Le malade a des difficultés à trouver ou garder un emploi ou une insertion scolaire en rapport avec son âge, à effectuer les travaux ménagers. S'il est hospitalisé, il ne participe pas de façon durable aux activités du service.

/ __ / 16. Anergie physique :

L'inertie est physique : le sujet peut rester des heures assis sur une chaise sans entreprendre spontanément une activité.

/ __ / 17. Evaluation globale :

Un poids très important peut être accordé à un ou deux symptômes prédominants dans l'évaluation de globale s'ils sont particulièrement frappants.

/ __ / Sous-score : somme de 14 à 16

Anhédonie - Retrait social

/ __ / 18. Intérêts et activités de loisirs :

Le malade présente peu de centres d'intérêt, peu d'activités ou de « hobbies ». L'évaluation doit prendre en compte les aspects qualitatifs et quantitatifs de ces intérêts.

/ __ / 19. Intérêts et activités sexuels :

Les malades peuvent présenter une diminution des intérêts et activités sexuels ou du plaisir correspondant.

/ __ / 20. Incapacité à vivre des relations étroites ou intimes :

Le malade peut présenter une incapacité à développer des relations étroites ou intimes en particulier avec sa famille ou des sujets du sexe opposé.

/ __ / 21. Relations avec les amis et collègues :

Le malade peut avoir peu ou pas d'amis et faire peu d'effort pour y remédier, choisissant d'être pratiquement tout le temps seul.

/ __ / 22. Evaluation globale de l'anhédonie et du retrait social :

L'évaluation globale doit rendre compte de la sévérité de l'ensemble symptomatique anhédonie-retrait social en tenant compte des normes attendues selon l'âge, le sexe, le statut familial.

/ __ / Sous-score : somme de 18 à 21

ATTENTION

/ __ / 23. Inattention dans les activités sociales :

Au cours de ses activités ou relations sociales, le malade paraît inattentif. Il semble « perdu ».

/ __ / 24. Inattention durant la cotation :

Pour l'évaluer, on peut demander d'épeler le mot « monde » à l'envers ou proposer des épreuves arithmétiques simples tenant compte du niveau scolaire.

Score 0 = 0 erreur, Score 1 = 0 erreur, mais il/elle hésite, Score 2 = 1 erreur, Score 3 = 2 erreurs, Score 4 = 3 erreurs, Score 5 = plus de 3 erreurs.

/ __ / 25. Evaluation globale :

L'évaluation globale des possibilités d'attention ou de concentration doit tenir compte des éléments cliniques et des performances aux tests.

/ __ / Sous-score : somme de 23 à 24

Somme des évaluations globales : / __ __ /

Somme des sous-scores : / __ __ /

Score total (somme de tous les items) : / __ __ /

9) Annexe 9 – State-Trait Anxiety Inventory

**Questionnaire d’auto-évaluation de SPIELBERGER
STAI - A**

Consigne : Un certain nombre de phrase que l’on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis entourez, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez **A L’INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT**. Il n’y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l’une ou l’autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments actuels.

	1 : Non	2 : Plutôt Non	3 : Plutôt Oui	4 : Oui
1. Je me sens calme				1 2 3 4
2. Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté.				1 2 3 4
3. Je suis tendu(e), crispé(e).				1 2 3 4
4. Je me sens surmené(e).				1 2 3 4
5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau.				1 2 3 4
6. Je me sens ému(e), contrarié(e), bouleversé(e).				1 2 3 4
7. L’idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment.				1 2 3 4
8. Je me sens content(e).				1 2 3 4
9. Je me sens effrayé(e).				1 2 3 4
10. Je me sens à mon aise.				1 2 3 4
11. Je sens que j’ai confiance en moi.				1 2 3 4
12. Je me sens nerveux (se), irritable.				1 2 3 4
13. J’ai la frousse, la trouille (j’ai peur).				1 2 3 4
14. Je me sens indécis(e).				1 2 3 4
15. Je suis décontracté(e), détendu(e).				1 2 3 4
16. Je suis satisfait(e).				1 2 3 4
17. Je suis inquiet(e), soucieux (se).				1 2 3 4
18. Je ne sais plus où j’en suis, je me sens déconcerté(e), dérouté(e).				1 2 3 4
19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e).				1 2 3 4
20. Je me sens de bonne humeur, aimable.				1 2 3 4

Questionnaire d'auto-évaluation de SPIELBERGER STAI-B

Consigne : Un certain nombre de phrase que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis entourez, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez **GENERALEMENT**. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments habituels. _____

1 : Presque jamais. 2 : Parfois. 3 : Souvent. 4 : Presque toujours.

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 21. Je me sens de bonne humeur, aimable. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Je me sens nerveux (se) et agité(e). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Je me sens content de moi. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Je voudrais être aussi heureux (se) que les autres. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. J'ai un sentiment d'échec. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Je me sens reposé(e) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. J'ai tout mon sang-froid. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. J'ai l'impression que les difficultés s'accumulent à tel point que je ne peux plus les surmonter. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Je m'inquiète à propos de choses sans importance. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Je me sens heureux (se). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. J'ai des pensées qui me perturbent. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Je manque de confiance en moi. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Je me sens sans inquiétude, en sécurité, en sûreté. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Je prends facilement des décisions. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Je me sens incompetent(e), pas à la hauteur. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Je suis satisfait(e). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Les idées sans importance trottant dans ma tête me dérangent. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Je prends les déceptions tellement à cœur que je les oublie difficilement. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Je suis une personne posée, stable, solide. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Je deviens tendu(e) et agité(e) quand je réfléchis à mes soucis. | 1 | 2 | 3 | 4 |

10) Annexe 10 – Self-Esteem Rating Scale

SELF ESTEEM RATING SCALE

Nom _____

du Client _____

Ce questionnaire permet de mesurer ce que vous ressentez à propos de vous-même. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. Veuillez répondre à chacune des phrases en utilisant l'échelle ci-dessous :

- 1 = Jamais
- 2 = Rarement
- 3 = Quelquefois
- 4 = Parfois
- 5 = Souvent
- 6 = La plupart du temps
- 7 = Toujours

- ___ 1. J'ai l'impression que les autres font les choses beaucoup mieux que moi.
- ___ 2. Je suis confiant(e) dans mes capacités à interagir avec les gens.
- ___ 3. Je pense que j'ai tendance à ne pas réussir les choses que je fais.
- ___ 4. Je pense que les gens ont du plaisir à parler avec moi.
- ___ 5. Je pense être une personne compétente.
- ___ 6. Quand je suis avec des gens, j'ai l'impression qu'elles sont contentes en ma présence.
- ___ 7. Je pense faire bonne impression sur les autres.
- ___ 8. Je suis confiant(e) dans mes capacités à débiter de nouvelles relations, si je le souhaite.
- ___ 9. J'ai honte de moi-même.
- ___ 10. Je me sens inférieur(e) aux autres.
- ___ 11. Je pense que mes ami(e)s me trouvent intéressant(e).
- ___ 12. Je crois avoir un bon sens de l'humour.
- ___ 13. Je suis en colère contre moi-même.
- ___ 14. Mes ami(e)s me valorisent beaucoup.
- ___ 15. J'ai peur d'avoir l'air stupide face aux autres.
- ___ 16. Je voudrais disparaître quand je suis entouré(e) de monde.
- ___ 17. Je crois que si je pouvais davantage ressembler aux autres, je me sentirais mieux avec moi-même.
- ___ 18. Je crois que je me laisse marcher sur les pieds plus que les autres.
- ___ 19. Je pense que les gens ont du plaisir lorsqu'ils sont avec moi.
- ___ 20. Je voudrais être quelqu'un d'autre.

Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg

Par Nathalie Crépin et Florence Delerue

L'estime de soi est définie comme le jugement ou l'évaluation que l'on fait de soi-même, de sa valeur personnelle. De façon plus simple, l'estime de soi peut-être également assimilée à l'affirmation de soi. L'estime de soi est un facteur essentiel dans la performance sportive. (Voir article : « encore une erreur d'arbitrage ou comment maintenir une estime de soi positive... »)
En répondant à ce test, vous pourrez ainsi obtenir une évaluation de votre estime de soi.

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4
1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre			1-2-3-4
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.			1-2-3-4
3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté			1-2-3-4
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens			1-2-3-4
5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi.			1-2-3-4
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.			1-2-3-4
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.			1-2-3-4
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même			1-2-3-4
9. Parfois je me sens vraiment inutile.			1-2-3-4
10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.			1-2-3-4

12) Annexe 12 – Echelle d’anxiété sociale de Liebowitz

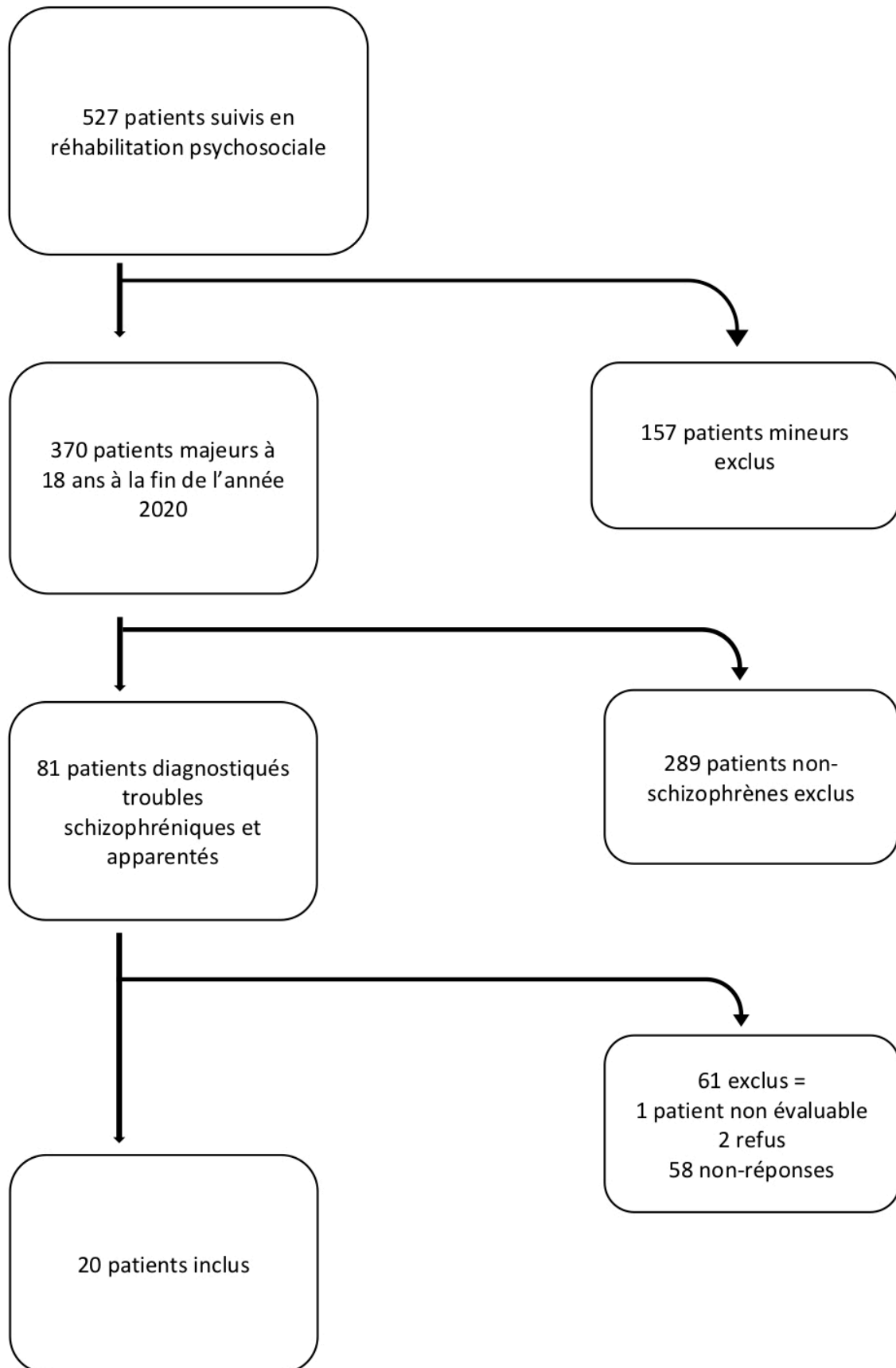
Échelle d’anxiété sociale de Liebowitz

Date :/...../.....

Nom : Prénom : Sexe : Âge :

	ANXIÉTÉ 0 = Aucune 1 = Légère 2 = Moyenne 3 = Sévère	ÉVITEMENT 0 = Jamais 1 = Occasionnel (0-33 %) 2 = Fréquent (33-66 %) 3 = Habituel (67-100 %)
1. Téléphoner en public (P)		
2. Participer au sein d'un petit groupe (P)		
3. Manger dans un lieu public (P)		
4. Boire en compagnie dans un lieu public (P)		
5. Parler à des gens qui détiennent une autorité (S)		
6. Jouer, donner une représentation ou une conférence (P)		
7. Aller à une soirée (S)		
8. Travailler en étant observé (P)		
9. Écrire en étant observé (P)		
10. Contacter par téléphone quelqu'un que vous ne connaissez pas très bien (S)		
11. Parler à des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)		
12. Rencontrer des Inconnus (S)		
13. Uriner dans les toilettes publiques (P)		
14. Entrer dans une pièce alors que tout le monde est déjà assis (P)		
15. Être le centre d'attention (S)		
16. Prendre la parole à une réunion (P)		
17. Passer un examen (P)		
18. Exprimer son désaccord ou sa désapprobation à des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)		
19. Regarder dans les yeux des gens que vous ne connaissez pas très bien (S)		
20. Faire un compte-rendu à un groupe (P)		
21. Essayer de « draguer » quelqu'un (S)		
22. Rapporter des marchandises dans un magasin (S)		
23. Donner une soirée (S)		
24. Résister aux pressions d'un vendeur insistant (S)		
TOTAL	A =	E =
Deux scores : S = Interaction sociale	A.S =	E.S =
P = Performance	A.P =	E.P =

13) Annexe 13 – Flow Chart



14) Annexe 14 – Tableau données démographiques et épidémiologiques.

Patients	20
Sexe = Femme	2
Bac obtenu	8
Alcool régulier	6
Tabac quotidien	8
Consommation de cannabis	6
Autres toxiques	1
Stabilité du traitement > 6 mois	11
Hospitalisation < 1 an	8

15) Annexe 15 – Facteurs de risque propres aux conditions sanitaires

	Activité physique	Hygiène alimentaire	Poids	Isolément social	Exposition aux écrans
Patient 1	Oui				
Patient 2	Oui	Amélioration durant le confinement	Prise estimée	Oui	Oui
Patient 3	Oui				
Patient 4	Non			Oui	Oui
Patient 5	Oui				Oui
Patient 6	Non				
Patient 7	Non				
Patient 8	Oui				Oui
Patient 9	Non			Oui	Oui
Patient 10	Oui	Hyperorexie vespérale		Oui	Oui
Patient 11	Non				
Patient 12	Non		Prise estimée		
Patient 13	Non		Prise estimée		
Patient 14	Oui		Prise objective		
Patient 15	Non				
Patient 16	Non				Oui
Patient 17	Oui				
Patient 18	Non			Oui	
Patient 19	Oui	Destruction des repas, grignottage			
Patient 20	Oui			Oui	

17) Annexe 17 – Tableau des résultats et analyse statistique de GAF

Patient	Post-confine	Pré-confinement	Diff
1	40,5	41	-0,5
2	60	61	-1
3	45	35	10
4	65	75	-10
5	55	35	20
6	25	35	-10
7	38	20	18
8	68	69	-1
9	50	61	-11
10	35	30	5
11	60	62	-2
12	65	80	-15
13	31	32	-1
14	25	31	-6
15	68	75	-7
16	61	82	-21
17	40	50	-10
18	67	69	-2
19	25	51	-26
20	65	70	-5
Moyenne	49,425	53,2	-3,775
T	0,15335851		
p value	0,88		

18) Annexe 18 – Tableau de comptage des symptômes détaillés :
période du 17 mars au 31 juillet

	TOTAL	Anosognosie	Anxiété	Asthénie	Claustrophobie	Cognitif	Colère	Delire	Désorganisé	Estime de soi	Euphorie	Sommeil	Hallucination	IMV	Incurie	Labilité	Négatif	Tristesse	
1	19	1	6	1	0	2	0	0	1	0	0	6	0	0	0	0	0	1	0
2	8	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0
3	20	0	3	1	1	0	0	0	1	0	0	14	0	0	0	0	0	0	0
4	12	0	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	6	0	0	0	0	0	0
5	10	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0	2
6	13	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	5	1
7	11	4	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	1	1
8	10	0	1	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	4	1
9	10	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	2	1
10	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	1	1	0
11	4	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
12	7	0	3	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1
13	12	1	2	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	2
14	13	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	4	3	0	0	0	0	2	2
15	17	1	4	0	0	0	0	3	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0
16	19	0	2	0	4	1	1	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	4	3
17	7	0	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
18	4	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	15	0	3	0	0	1	0	2	2	0	0	4	0	0	0	0	0	1	1
20	6	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0
TOTAL	224	9	38	5	13	10	4	7	8	7	8	51	12	1	5	5	5	26	15

19) Annexe 19 - Tableau de comptage des symptômes détaillés :
période du 17 mars au 10 mai

	TOTAL	Déconf Anos	Déconf Anxie	Déconf Asthé	Déconf Claus	Déconf Cogni	Déconf Coler	Déconf Délir	Déconf Désori	Déconf Estim	Déconf Euph	Déconf Sorni	Déconf Hallu	IMV déconf	Déconf Incur	Déconf Labill	Déconf Nega	Déconf Triste
1	13	1	3	1	0	2	0	1	1	0	0	3	0	0	0	0	1	0
2	5	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
3	10	0	3	1	1	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0
4	6	0	2	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0
5	9	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	2
6	11	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	4	1
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	4	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0
9	5	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1
10	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	1	1	0
11	4	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
12	3	0	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	12	1	2	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	2
14	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
15	9	1	1	0	0	0	0	1	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0
16	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
17	6	0	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
18	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	11	0	2	0	1	1	0	2	2	0	0	2	0	0	0	0	1	0
20	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	122	5	23	4	5	10	3	5	5	4	5	23	6	0	3	1	14	6

20) Annexe 20 - Tableau de comptage des symptômes détaillés :
période du 11 mai au 31 juillet

	TOTAL	Conf Anosogn	Conf Anxiété	Conf Asthén	Confinement	Conf Cognitif	Conf Colère	Conf Délire	Conf Désordre	Conf Estime	Conf Euphor	Conf Somme	Conf Halluc	IMV conf	Conf Inculte	Conf Labilité	Conf Négatif	Confinement
1	6	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
2	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
3	10	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	9	0	0	0	0	0	0
4	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0
5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
6	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
7	11	4	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	1	0	1	1	1
8	6	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	1	1
9	5	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	4	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	11	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	2	2	0
15	8	0	3	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0	1	0	2	0
16	17	0	2	0	4	0	1	0	0	0	0	3	0	0	0	3	3	3
17	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
18	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
19	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1
20	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0
TOTAL	102	4	15	1	8	0	1	2	3	3	3	28	6	1	2	4	12	9

21) Annexe 21 – Tableau de comptage des actes pratiqués détaillés :
période du 17 mars 2020 au 31 août 2020 :

Patients	Sport	Social	Psycho	Med	Inf	Ergo	Total
1	10	0	8	10	14	0	42
2	10	5	0	7	11	0	33
3	19	1	7	5	19	4	55
4	1	0	3	8	22	0	34
5	13	0	0	8	3	15	39
6	0	4	0	16	2	1	23
7	0	0	4	2	7	0	13
8	7	0	2	4	32	1	46
9	1	0	14	7	15	0	37
10	0	1	1	5	0	0	7
11	0	3	3	6	2	0	14
12	0	0	5	5	13	0	23
13	4	0	9	7	13	0	33
14	0	0	6	0	17	0	23
15	0	8	4	17	3	1	33
16	3	3	7	8	22	2	45
17	2	0	3	4	7	0	16
18	0	0	0	6	3	1	10
19	2	0	13	7	34	0	56
20	0	1	0	2	13	0	16
Total	72	26	89	134	252	25	598

22) Annexe 22 – Tableau de comptage des actes pratiqués détaillés :
période du 17 mars au 10 mai 2020 :

Patients	Conf Sport	Conf Social	Conf Psycho	Conf Med	Conf Inf	Conf Ergo	Total conf
1	5	0	8	4	8	0	25
2	7	1	0	4	6	0	18
3	11	0	7	2	14	4	38
4	0	0	3	4	8	0	15
5	9	0	0	3	1	11	24
6	0	0	0	9	0	0	9
7	0	0	4	1	6	0	11
8	5	0	2	0	17	0	24
9	0	0	9	4	1	0	14
10	0	0	1	1	0	0	2
11	0	0	3	3	1	0	7
12	0	0	5	2	4	0	11
13	0	0	0	3	0	0	3
14	0	0	5	0	4	0	9
15	0	0	4	3	3	0	10
16	2	1	6	7	19	2	37
17	1	0	3	3	3	0	10
18	0	0	0	2	3	0	5
19	2	0	9	3	18	0	32
20	0	1	0	2	9	0	12
Total	42	3	69	60	125	17	316

23) Annexe 23 – Tableau de comptage des actes pratiqués détaillés :
période du 11 mai au 31 juillet 2020 :

Patients	Déconf Sport	Déconf Socia	Déconf Psych	Déconf Med	Déconf Inf	Déconf Ergo	Total déconf
1	5	0	0	6	6	0	17
2	3	4	0	3	5	0	15
3	8	1	0	3	5	0	17
4	1	0	0	4	14	0	19
5	4	0	0	5	2	4	15
6	0	4	0	7	2	1	14
7	0	0	0	1	1	0	2
8	2	0	0	4	15	1	22
9	1	0	5	3	14	0	23
10	0	1	0	4	0	0	5
11	0	3	0	3	1	0	7
12	0	0	0	3	9	0	12
13	4	0	9	4	13	0	30
14	0	0	1	0	13	0	14
15	0	8	0	14	0	1	23
16	1	2	1	1	3	0	8
17	1	0	0	1	4	0	6
18	0	0	0	4	0	1	5
19	0	0	4	4	16	0	24
20	0	0	0	0	4	0	4
Total	30	23	20	74	127	8	282

24) Annexe 24 – Tableau de l'analyse de corrélation des actes et symptômes

N=	20
Corr (; Sympt)	0,512534995
Corr (; Actes)	
T ; Sympt	2,532417694
T ; Actes	
P valeurs, Sympt	0,022
P valeurs, Actes	

25) Annexe 25 – Tableau des résultats de la PANSS par patient

Patient	TOTAL PANSS	Sous-score P	Sous-score N	Sous-score G
1	112	29	27	56
2	101	21	22	58
3	104	26	22	56
4	80	18	20	42
5	106	20	29	57
6	122	21	35	66
7	122	30	28	64
8	83	20	20	43
9	106	21	25	60
10	119	28	33	58
11	98	19	29	50
12	94	19	21	54
13	128	28	34	66
14	116	22	35	59
15	74	17	17	40
16	90	16	28	46
17	110	23	30	57
18	91	17	20	54
19	123	29	27	67
20	115	24	35	56

26) Annexe 26 – Tableau des résultats de la BPRS par patient

Patient	Total BPRS
1	70
2	60
3	74
4	38
5	60
6	71
7	90
8	47
9	64
10	83
11	46
12	54
13	82
14	70
15	39
16	45
17	62
18	54
19	78
20	54

27) Annexe 27 – Tableau des résultats de la SANS par patient

SANS	Sous score 1	Sous score 2	Sous score 3	Sous score 4	Sous score 5	Somme des éval globales	Somme des sous-scores	Score Total
1	25	11	10	13	1	18	60	78
2	12	5	6	13	5	11	41	52
3	9	9	10	15	1	11	44	55
4	5	0	7	6	0	5	18	23
5	10	9	7	10	4	13	40	53
6	22	12	11	14	3	18	62	80
7	15	11	8	14	6	15	54	69
8	16	2	5	3	0	7	26	33
9	14	7	9	11	2	12	43	55
10	23	8	12	17	3	17	63	80
11	16	6	1	10	2	10	35	45
12	7	4	9	6	1	8	27	35
13	27	10	10	15	4	20	66	86
14	27	11	12	12	7	19	69	88
15	6	0	4	4	0	6	14	20
16	10	2	11	9	0	9	32	41
17	19	9	10	13	3	15	54	69
18	3	1	10	10	1	5	25	30
19	5	14	5	12	8	15	44	59
20	21	12	9	13	3	17	58	75

28) Annexe 28 – Tableau des résultats de la CDSS par patient

Patient	Total CDSS
1	3
2	4
3	9
4	5
5	10
6	2
7	11
8	3
9	11
10	10
11	2
12	7
13	10
14	9
15	1
16	6
17	5
18	9
19	0
20	7

29) Annexe 29 – Tableau des résultats de l'échelle de Liebowitz par patient

Patient	A.S	A.P	E.S	E.P	A	E
1	12	11	24	21	23	45
2	13	8	17	6	21	23
3	22	25	22	25	47	47
4	10	9	9	3	19	12
5	32	31	19	17	63	36
6	10	10	11	11	20	22
7	10	20	11	20	30	31
8	15	16	11	11	31	22
9	32	24	28	17	56	45
10	7	1	12	17	8	29
11	13	4	0	0	17	0
12	33	29	33	28	62	61
13	22	22	18	15	44	33
14	11	11	9	12	22	21
15	5	11	5	9	16	14
16	18	15	21	15	33	36
17	26	21	21	16	47	37
18	0	0	0	0	0	0
19	0	0	0	0	0	0
20	33	26	32	28	59	60

30) Annexe 30– Tableau des résultats des échelles SERS et Rosenberg par patient

Patients	Rosenberg	SERS
1	34	-15
2	37	51
3	20	5
4	36	-22
5	19	21
6	38	-44
7	23	15
8	34	-26
9	23	9
10	34	-24
11	37	-14
12	21	42
13	13	39
14	23	17
15	39	-36
16	36	-29
17	19	-18
18	29	23
19	0	0
20	28	-24

31) Annexe 31 – Tableau de résultats de l'échelle STAI par patient

Patient	STAI A	STAI B
1	0	0
2	79	74
3	52	46
4	76	66
5	41	37
6	76	61
7	74	39
8	76	48
9	65	39
10	60	56
11	74	55
12	60	34
13	42	27
14	46	50
15	80	72
16	79	62
17	56	44
18	72	68
19	0	0
20	45	51

32) Annexe 32 – Tableau des résultats de l'analyse statistique par échelle

	PANSS	GAF	BPRS	SANS	ROSENBERG	SERS	CDSS	STAI	LIEBOWITZ A	LIEBOWITZ E
N=	20,00	20,00	20,00	20,00	19,00	19,00	19,00	18,00	18,00	18,00
Corr (; Sympt)	-0,29	0,05	-0,13	-0,19	0,14	-0,17	0,02	0,29	0,00	0,13
Corr (; Actes)	-0,17	0,29	-0,08	-0,21	0,06	-0,11	-0,08	0,07	0,13	0,16
T : Sympt	-1,27	0,23	-0,57	-0,84	0,59	-0,71	0,09	1,19	-0,01	0,54
T : Actes	-0,71	0,98	-0,35	-0,90	0,23	-0,45	-0,34	0,30	0,51	0,63
P valeurs, Sympt	0,25	0,79	0,53	0,37	0,54	0,47	0,94	0,23	0,99	0,59
P valeurs, Actes	0,48	0,25	0,73	0,38	0,82	0,66	0,74	0,76	0,61	0,54

33) Annexe 33 – Tableau des résultats de l'analyse statistique par item de la PANSS

	Sous-score P	Sous-score N	Sous-score G	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	
Ma																					
Corr (Sympt)	-0,13	-0,20	-0,31	0,17	-0,25	0,08	0,01	-0,13	-0,34	-0,17	-0,25	-0,16	-0,07	-0,28	0,08	-0,28	0,08	0,08	0,25	0,25	0,25
Corr (Anx)	0,03	-0,27	-0,12	0,02	0,06	-0,38	0,28	-0,13	0,19	-0,02	-0,28	-0,18	0,08	-0,28	0,05	0,05	-0,28	0,05	0,05	0,05	0,05
T. Sympt	-0,37	-0,48	-1,36	0,72	-1,10	0,32	0,01	-0,49	-1,06	-0,14	-1,12	-0,27	-0,28	-1,13	0,25	-1,13	0,25	-1,08	0,25	0,25	0,25
T. Anx	0,13	-1,20	-0,62	0,29	0,24	-1,75	1,14	-0,22	0,84	-0,12	-1,75	-0,43	0,24	-1,25	0,27	0,27	-1,25	0,27	0,27	0,27	0,27
P. Sympt, Sympt	0,28	0,31	0,12	0,48	0,29	0,75	0,27	0,21	0,32	0,32	0,32	0,32	0,32	0,32	0,32	0,32	0,32	0,32	0,32	0,32	0,32
P. Anx, Anx	0,28	0,21	0,42	0,28	0,21	0,28	0,21	0,28	0,21	0,28	0,21	0,28	0,21	0,28	0,21	0,28	0,21	0,28	0,21	0,28	0,21

	G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9	G10	G11	G12	G13	G14	G15	G16	G17
Ma																	
Corr (Sympt)	0,15	-0,17	0,09	-0,28	-0,11	-0,03	-0,13	-0,24	0,27	-0,01	-0,29	-0,31	-0,23	-0,13	-0,13	-0,14	-0,11
Corr (Anx)	0,21	-0,22	0,02	-0,27	-0,01	-0,35	-0,29	0,10	0,24	-0,29	0,02	0,07	-0,28	0,07	0,11	0,11	-0,02
T. Sympt	0,25	-0,71	0,22	-1,22	-0,48	-0,11	-0,28	-1,06	0,29	-0,04	-1,26	-1,28	-1,47	-0,27	-0,16	-0,44	-0,44
T. Anx	0,23	-0,23	0,02	-0,21	-0,02	-1,57	-1,78	0,42	1,24	-1,28	0,25	0,25	-1,14	0,24	0,27	0,27	-0,07
P. Sympt, Sympt	0,22	0,48	0,31	0,24	0,21	0,21	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27
P. Anx, Anx	0,28	0,21	0,28	0,21	0,28	0,21	0,28	0,21	0,28	0,21	0,28	0,21	0,28	0,21	0,28	0,21	0,28

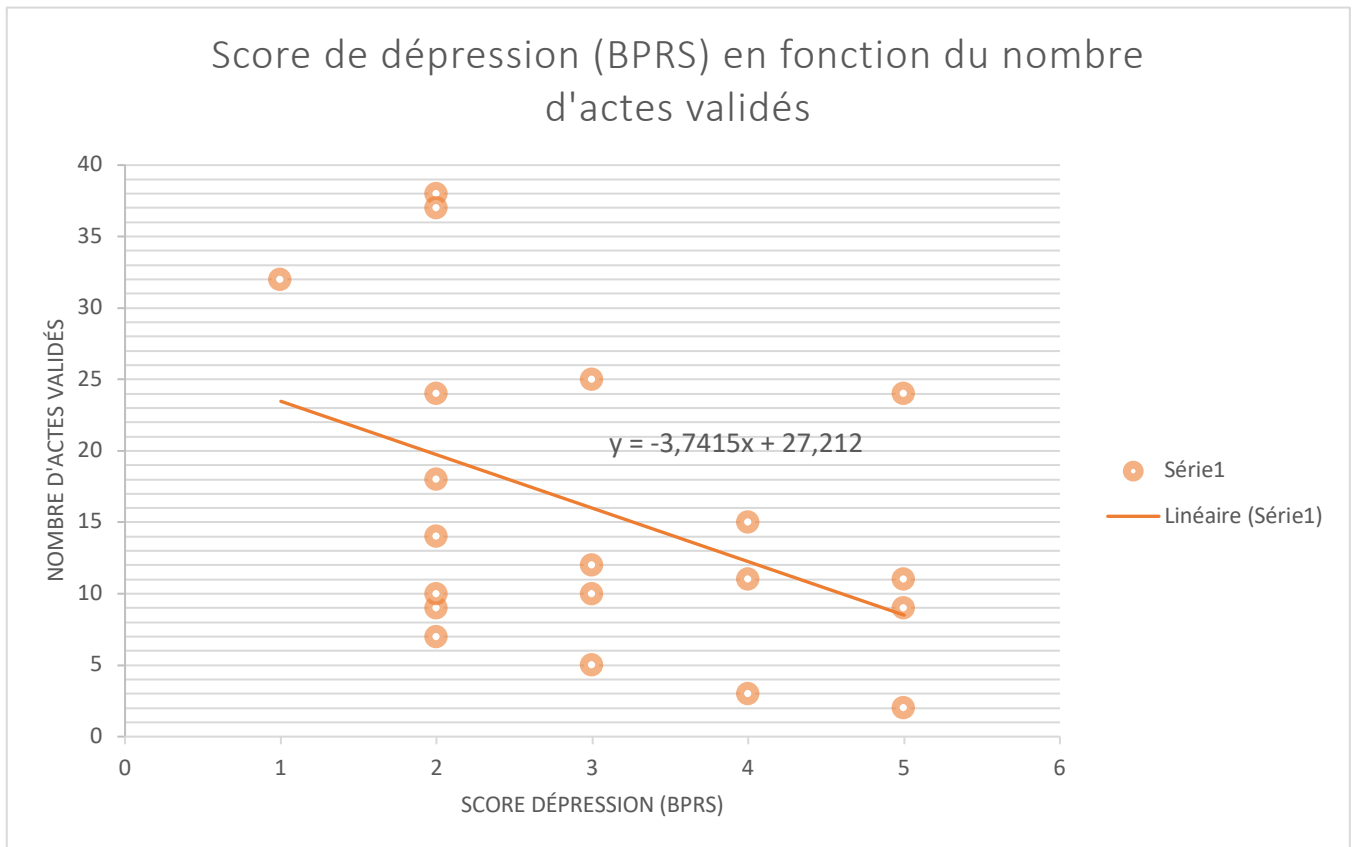
34) Annexe 34 - Tableau des résultats de l'analyse statistique par item de la BPRS

BPRS	1. Préoccupation somatique	2. Anxiété	3. Dépression	4. Tendances suicidaires	5. Culpabilité	6. Hostilité	7. Euphorie	8. Magnétisme	9. Mélanco	10. Hallucinations	11. Contenu délirant de type 2	12. Comportement bizarre
N=20												
Corr (: Sympt)	0.01		-0.25	-0.07	-0.15	0.02	0.15	-0.03	-0.08	-0.15	0.21	0.25
Corr (: Actes)	-0.20		-0.26	-0.44	-0.33	0.09	0.02	-0.27	0.12	0.11	-0.18	-0.15
T : Sympt												
T : Actes	0.05		-1.93	-0.32	-0.66	0.09	0.63	-0.11	-0.22	-0.64	0.90	1.10
P valeurs, Sympt												
P valeurs, Actes	0.98		0.13	0.75	0.32	0.93	0.54	0.92	0.63	0.53	0.38	0.29
	0.39		0.12	0.05	0.16	0.71	0.94	0.25	0.75	0.69	0.44	0.53
BPRS	13. Négligence corporelle	14. Désorientation	15. Désorganisation conceptuelle	16. Encroisement affectif	17. Réalité affectif	18. Remuement morbu	19. Tension	20. Non coopération	21. Excitation	22. Distraction	23. Hyperactivité locomotrice	24. Manège
N=												
Corr (: Sympt)	-0.04	-0.15	0.06	-0.31	-0.03	-0.22	-0.17	-0.06	0.03	-0.49	0.07	0.09
Corr (: Actes)	-0.23	0.00	-0.48	-0.47	0.09	-0.32	-0.12	0.33	0.34	-0.06	0.20	0.39
T : Sympt												
T : Actes	-0.15	-0.63	0.25	-1.40	-0.13	-0.95	-0.74	-0.26	0.14	-2.37	0.29	0.40
P valeurs, Sympt												
P valeurs, Actes	0.88	0.54	0.60	0.18	0.90	0.26	0.47	0.60	0.88	0.03	0.77	0.79
	0.33	1.00	0.03	0.04	0.90	0.17	0.63	0.16	0.14	0.81	0.40	0.09

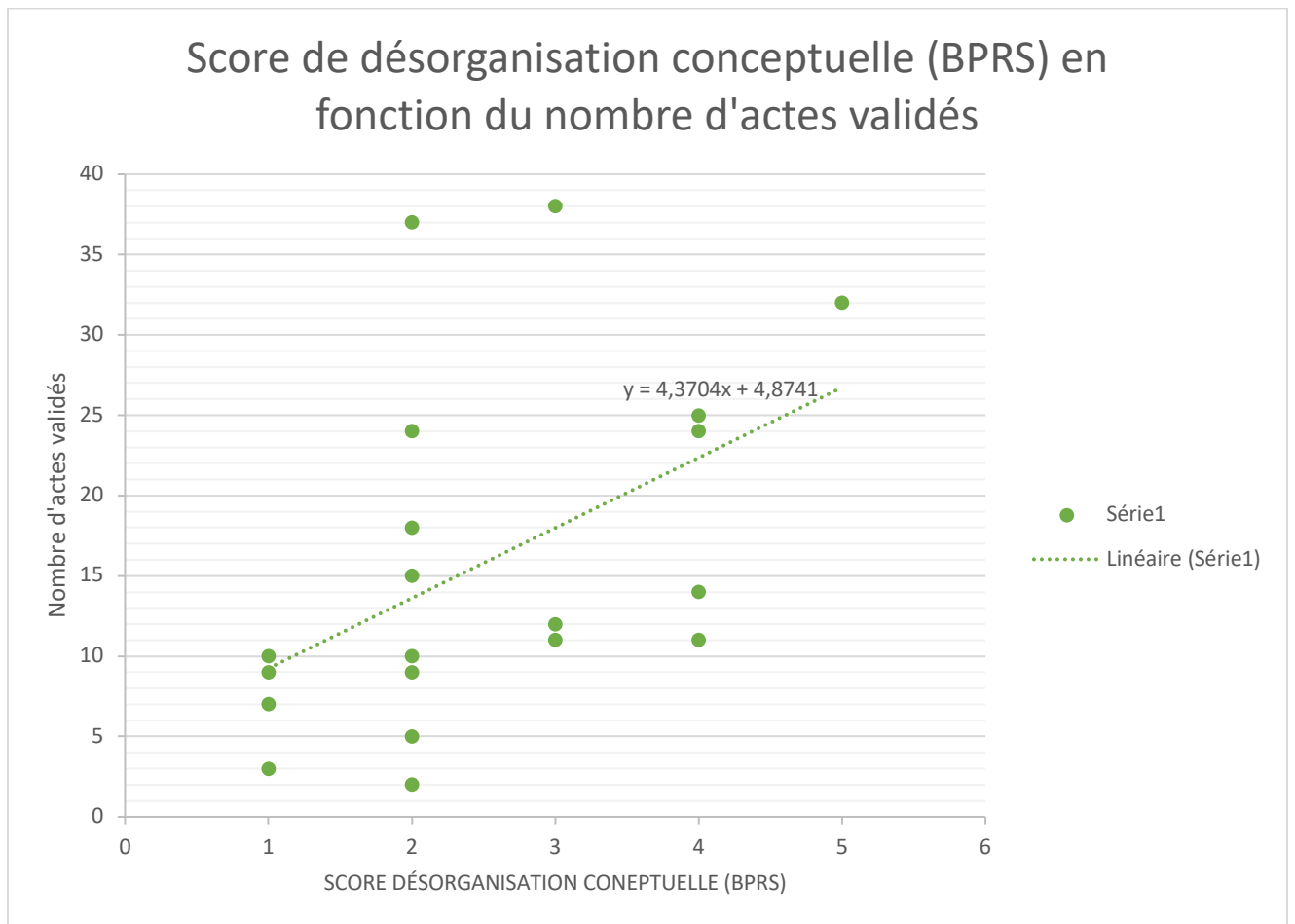
35) Annexe 35 - Tableau des résultats de l'analyse statistique par item de la SANS

SANS	1 : expression	2 : diminution	3 : expression	4 : Contact vis	5 : Réponses	6 : Affects in	7 : monotonie	8 : Evaluatio	Sous score	9 : Pauvreté	10 : Pauvreté	11 : Barrages	12 : Temps d	13 : Evaluatio	Sous score	14 : Hygiène
N=20																
Corr (: Sympt)	-0,23	-0,36	-0,07	0,18	-0,35	0,07	-0,06	-0,26	-0,19	-0,27	-0,17	-0,08	0,02	-0,29	-0,19	0,18
Corr (: Actes)	-0,39	-0,56	-0,26	0,17	-0,29	0,14	-0,40	-0,37	-0,36	-0,04	-0,07	0,36	-0,06	-0,10	0,03	0,15
T : Sympt	-1,00	-1,63	-0,32	0,77	-1,61	0,30	-0,25	-1,13	-0,81	-1,19	-0,75	-0,35	0,09	-1,28	-0,81	0,76
T : Actes	-1,80	-2,88	-1,14	0,72	-1,27	0,59	-1,88	-1,70	-1,63	-0,16	-0,29	1,65	-0,24	-0,44	0,14	0,66
P valeurs, Sympt	0,33	0,12	0,76	0,45	0,13	0,77	0,8	0,27	0,19	0,25	0,47	0,73	0,93	0,22	0,43	0,46
P valeurs, Actes	0,08	0,01	0,27	0,48	0,22	0,56	0,08	0,11	0,43	0,88	0,77	0,12	0,81	0,66	0,89	0,52
SANS	15. Assiduité	16. Anergie	17. Evaluatio	Sous score	18. Loisirs	19. Libido	20. Relations	21. Amis et	22. Evaluatio	Sous score	23. Inattenti	24. Inattenti	25. Evaluatio	Sous score	Somme des	Somme des
N=																
Corr (: Sympt)	0,22	0,03	0,10	0,20	-0,10	-0,12	-0,04	-0,27	-0,05	-0,22	-0,23	-0,01	-0,15	-0,14	-0,20	-0,17
Corr (: Actes)	-0,13	-0,16	-0,17	-0,08	-0,35	-0,30	0,25	0,02	0,17	-0,12	-0,13	-0,05	-0,10	-0,10	-0,18	-0,21
T : Sympt	0,97	0,15	0,41	0,85	-0,41	-0,53	-0,17	-1,17	-0,22	-0,94	-1,00	-0,04	-0,65	-0,58	-0,87	-0,74
T : Actes	-0,55	-0,70	-0,73	-0,33	-1,58	-1,36	1,10	0,09	0,74	-0,52	-0,56	-0,22	-0,41	-0,44	-0,76	-0,93
P valeurs, Sympt	0,36	0,88	0,17	0,41	0,69	0,6	0,86	0,26	0,83	0,36	0,33	0,97	0,53	0,57	0,39	0,47
P valeurs, Actes	0,59	0,5	0,68	0,75	0,13	0,19	0,29	0,93	0,47	0,61	0,58	0,82	0,68	0,67	0,46	0,37

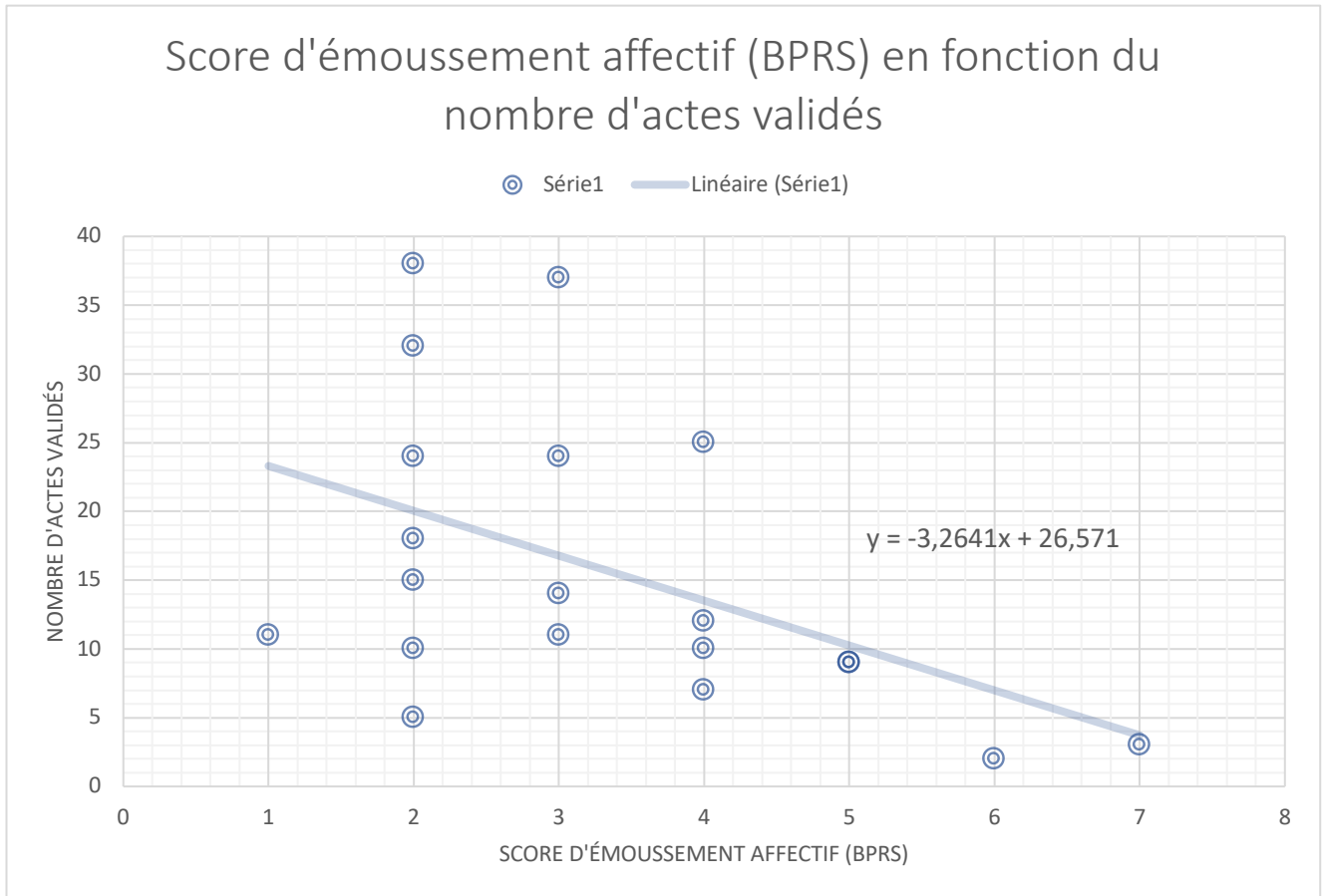
36) Annexe 36 – Figure représentant la corrélation entre le score de dépression (BPRS) et le nombre d'actes validés



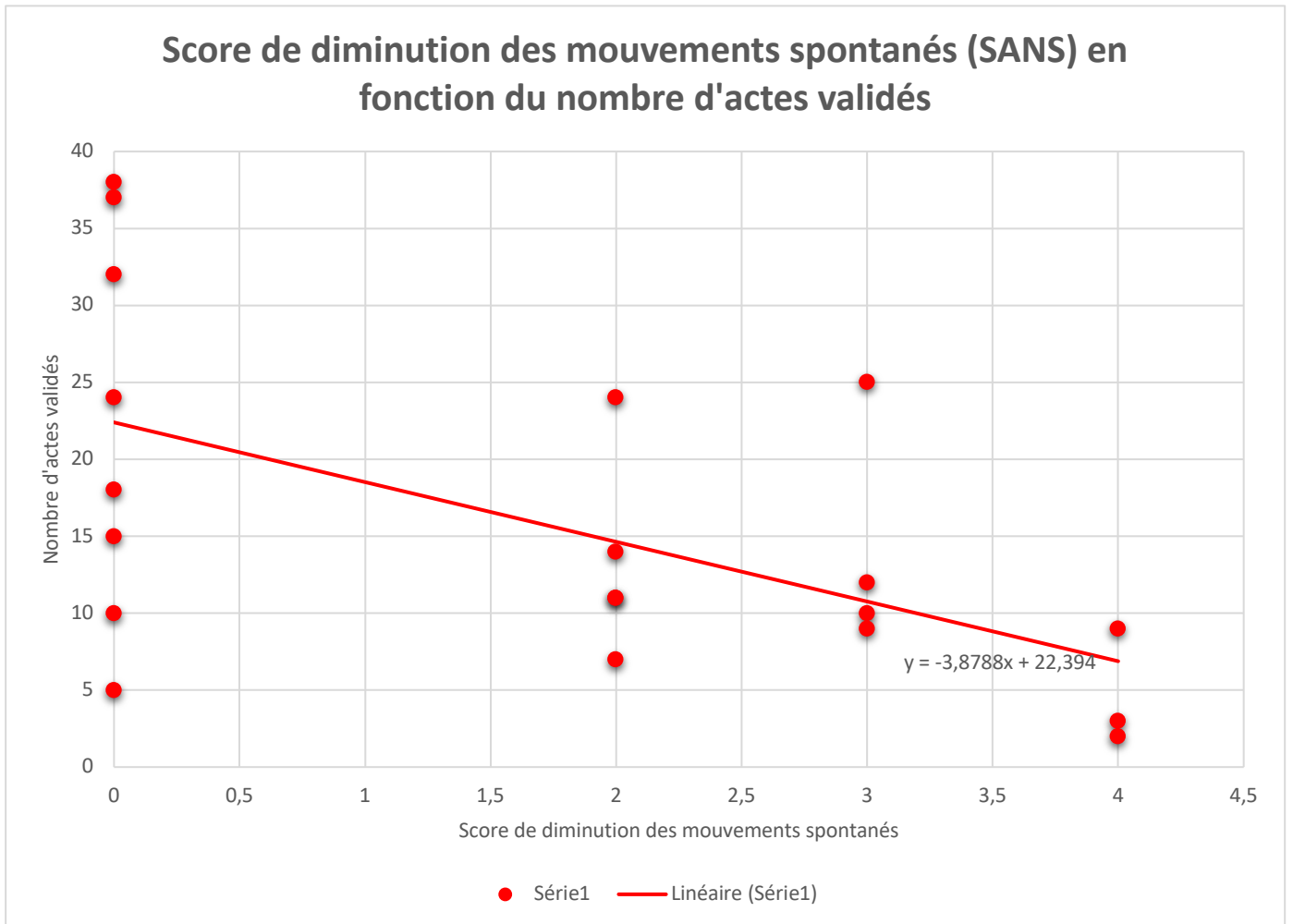
37) Annexe 37 – Figure représentant la corrélation entre le score de désorganisation conceptuelle (BPRS) et le nombre d'actes validés



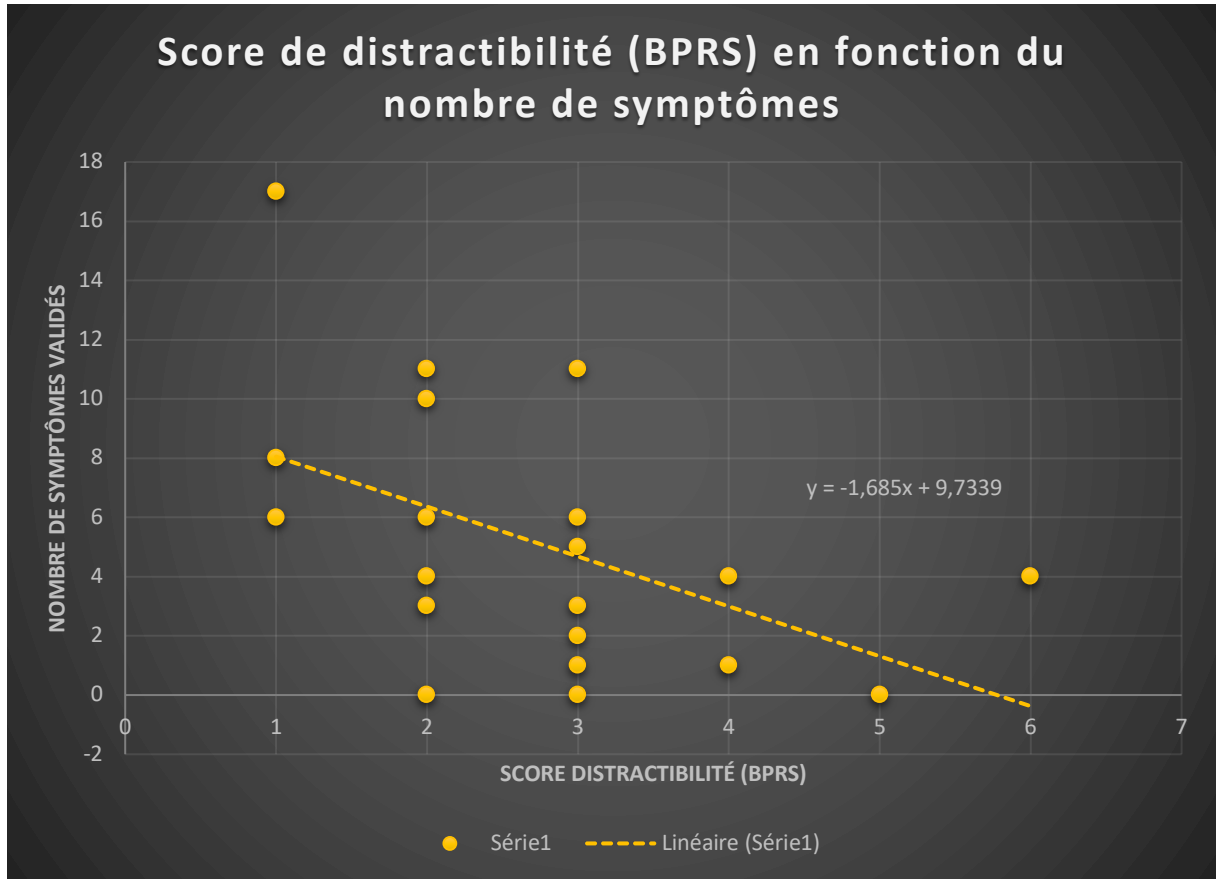
38) Annexe 38 – Figure représentant la corrélation entre le score d'émoussement affectif (BPRS) et le nombre d'actes validés



39) Annexe 39 – Figure représentant la corrélation entre le score de diminution des mouvements spontanés (SANS) et le nombre d'actes validés



40) Annexe 40 – Figure représentant la corrélation entre le score de distractibilité (BPRS) et le nombre de symptômes



41) Annexe 41 – Extrait du Manuel de Cotation de la BPRS (item « dépression »)

3) Dépression.

Inclure la tristesse, l'anhédonie, les préoccupations sur des thèmes dépressifs, perte d'espoir, autodépréciation (insatisfaction et dégoût de soi-même ou sentiment d'inutilité).

Ne pas inclure les symptômes végétatifs, par exemple, le ralentissement moteur, le réveil précoce, ni l'avolition qui accompagne le syndrome déficitaire.

Comment est votre humeur ces derniers temps ? Vous êtes-vous senti déprimé, triste, malheureux ? Arrivez-vous à vous changer les idées sur des choses plus agréables si vous le souhaitez ?

Trouvez-vous que vous avez moins d'intérêt ou prenez-vous moins de plaisir aux choses que vous appréciez d'habitude, la famille, les amis, les loisirs ou regarder la télévision ou manger ?

[Si le sujet fait état de sentiment dépressif, posez les questions suivantes :]

Combien ces sentiments ont-ils duré ? Est-ce qu'ils vous ont gêné dans vos activités habituelles ou professionnelles ?

(2) très léger :

Occasionnellement, se sent triste, malheureux ou déprimé.

(3) léger :

Se sent fréquemment triste, malheureux mais peut facilement s'intéresser aux autres choses.

(4) moyen :

Se sent fréquemment très triste, malheureux ou moyennement déprimé mais capable de fonctionner au prix d'un effort supplémentaire.

(5) moyennement sévère :

Fréquentes périodes de dépression profonde, mais non quotidiennes OU certains domaines de fonctionnement sont perturbés par la dépression.

(6) sévère :

Dépression profonde quotidienne mais ne persistant pas toute la journée OU plusieurs domaines de fonctionnement sont perturbés par la dépression.

(7) extrêmement sévère :

Dépression sévère quotidienne OU la plupart des domaines de fonctionnement sont perturbés par la dépression.

42) Annexe 42 – Extrait du Manuel de Cotation de la PANSS (item « dépression »)

G6. DEPRESSION

Sentiment de tristesse, de découragement, d'impuissance et de pessimisme.

ELEMENTS DE COTATION : Relation verbale d'humeur dépressive durant le déroulement de l'entretien et son influence observée sur l'attitude et le comportement.

1 = ABSENT - Définition non applicable.

2 = MINIME - Pathologie douteuse, sujet pouvant être dans les limites de la normale

3 = LEGERE - Le sujet exprime un certain degré de tristesse ou de découragement uniquement lorsqu'il est interrogé mais il n'y a pas d'élément en faveur d'une dépression dans l'attitude générale ou les comportements.

4 = MOYEN - Sentiment net de tristesse ou de désespoir, qui peut être révélé spontanément, mais l'humeur dépressive n'a pas d'impact majeur sur le comportement ou le fonctionnement social et le patient peut, en principe, se déridier s'il est stimulé.

5 = MODEREMENT SEVERE - Humeur dépressive nette associée à une tristesse, un pessimisme, à une perte des intérêts sociaux, un ralentissement psychomoteur évidents, avec un certain retentissement sur l'appétit et le sommeil. Le patient ne se déride pas facilement même s'il est stimulé.

6 = SEVERE - Humeur dépressive marquée associée à une impression soutenue de détresse, des pleurs occasionnels, du désespoir et un sentiment d'inutilité. De plus, il existe un retentissement majeur sur l'appétit et/ou le sommeil ainsi que sur les fonctions sociales et le fonctionnement moteur avec éventuellement des signes de laisser-aller.

7 = EXTREME - Les sentiments dépressifs retentissent gravement sur la plupart des fonctions majeures. Les manifestations comprennent des pleurs fréquents, des symptômes somatiques marqués, des difficultés de concentration, un ralentissement psychomoteur, un désintérêt social, un laisser-aller, éventuellement des idées délirantes dépressives ou nihilistes et/ou des idées ou comportements suicidaires.

43) Annexe 43 – Extrait du Manuel de Cotation de la BPRS (item « désorganisation conceptuelle »)

15) Désorganisation conceptuelle.

Confusion, d'incohérence, d'imprécision, de désorganisation du discours. Coter la tangentialité, la circonstantialité, les brusques changements de sujets, l'incohérence, les déconnexions, les blocages, les néologismes, et les autres troubles du discours. Ne pas prendre en compte le contenu du discours.

(2) Très léger :

Usage singulier de mots, déraillements mais le discours reste compréhensible.

(3) Léger :

Le discours est un peu difficile à comprendre et à interpréter du fait de la tangentialité, la circonstantialité ou des brusques changements de sujet.

(4) Moyen :

Difficultés, discours difficile à comprendre du fait de la tangentialité, la circonstantialité et utilisation idiosyncrasique de mots ou des changements de sujets à de nombreuses occasions ou 1 ou 2 exemples de phrases incohérentes.

(5) Modérément sévère :

Discours difficile à comprendre dû à la tangentialité la circonstantialité, néologismes, blocages, coqs à l'âne la plupart du temps ou 3-5 exemples de phrases incohérentes.

(6) Sévère :

Discours incompréhensible du fait de sévères perturbations, la plupart du temps. Beaucoup d'items ne peuvent pas être cotés du fait par le seul récit du sujet.

(7) Extrêmement sévère :

Discours incompréhensible tout au long de l'interview.

44) Annexe 44 – Extrait du Manuel de Cotation de la PANSS (item « Désorganisation conceptuelle »)

P2. DESORGANISATION CONCEPTUELLE :

Processus de désorganisation de la pensée caractérisé par l'interruption des séquences intentionnelles : pensée digressive, tangentielle, perte des associations, absence de suivi, grave manque de logique ou blocage de la pensée, par exemple.

ELEMENTS DE COTATION : Processus cognitivo-verbaux observés durant le déroulement de l'entretien.

1 = ABSENT - Définition non applicable.

2 = MINIME - Pathologie douteuse, sujet pouvant être dans les limites de la normale.

3 = LEGERE - La pensée est digressive, tangentielle ou paralogique. Il existe une certaine difficulté à orienter la pensée vers un but précis et une certaine perte des associations peut être mise en évidence lors des sollicitations.

4 = MOYEN - Capable de focaliser la pensée quand les communications sont brèves et structurées, mais relâchement ou pensée inadéquate quand il s'agit de communications plus complexes ou quand il existe des sollicitations minimales.

5 = MODEREMENT SEVERE - A généralement des difficultés à organiser sa pensée comme le montrent les nombreuses inadéquations, déconnexions ou pertes des associations même lorsqu'il n'y a pas de sollicitation.

6 = SEVERE - la pensée est sévèrement relâchée et son contenu est incohérent, ce qui entraîne de graves inadéquations et des interruptions incessantes des processus de pensée.

7 = EXTREME - les pensées sont interrompues à un point tel que le patient est incohérent. Il existe une perte marquée des associations, ce qui entraîne un échec total de la communication, avec "salade verbale" ou mutisme par exemple.

45) Annexe 45 - Extrait du Manuel de Cotation de la BPRS (item « émoussement affectif »)

16) Émoussement affectif.

Gamme limitée dans l'expression émotionnelle du visage, de la voix et des gestes. Indifférence marquée ou manque de réactivité quand les sujets pénibles sont débloqués. Dans le cas de patients euphoriques ou dysphoriques, coter « l'émoussement affectif », si le manque de profondeur affective est aussi clairement présent. Utiliser les propositions suivantes, à la fin de l'interview pour évaluer la réactivité émotionnelle :

Avez-vous déjà entendu de bonnes blagues récemment, est-ce que vous aimeriez écouter une histoire drôle ?

(2) Très léger :

Gamme émotionnelle et légèrement inférieure à celle attendue ou réservée mais montre des expressions faciales appropriées et un ton de voix dans la limite de la normale.

(3) Léger :

Gamme émotionnelle globalement diminuée inférieure à celle attendue ou réservée, sans réponse émotionnelle fréquente, spontanée et appropriée. Le ton de la voix est légèrement monotone.

(4) Modéré :

Gamme émotionnelle et notablement diminuée, le patient ne montre des émotions ou ne réagit à des sujets pénibles que rarement. Le ton de voix est monotone et il y a une diminution notable des mouvements

spontanés. Une expression d'émotion, de gestes sont généralement suivis d'un retour à un manque d'expression affective.

(5) Modérément sévère :

La gamme émotionnelle est très diminuée, le patient ne montre d'émotions, des sourires, ou ne réagit à des sujets pénibles que de façon minimale ; peu de gestes ; les expressions faciales ne changent que rarement. Le ton de la voix est monotone la plupart du temps.

(6) Sévère :

Très petite gamme émotionnelle de l'expression. Le discours et les gestes sont mécaniques, la plupart du temps. Pas de changement de l'expression faciale. Le ton de la voix monotone, la plupart du temps.

(7) Extrêmement sévère :

Pratiquement aucune émotion ou expression, aucune gamme émotionnelle ou expressivité, mouvements raides. Le ton de voix est monotone, tout le temps.

46) Annexe 46 - Extrait du Manuel de Cotation de la PANSS (item « émoussement émotionnel »)

N1. EMOUSSEMENT EMOTIONNEL :

Diminution de la réponse émotionnelle caractérisée par une réduction de l'expression faciale, de la modulation des sentiments et des gestes de communication.

ELEMENTS DE COTATION: Observation des manifestations physiques du tonus affectif et de la réponse émotionnelle durant le déroulement de l'entretien.

1 = ABSENT - Définition non applicable.

2 = MINIME - Pathologie douteuse, sujet pouvant être dans les limites de la normale.

3 = LEGER - Les changements de l'expression faciale et des gestes de communication semblent être guidés, forcés, artificiels ou manquer de modulation.

4 = MOYEN - Une réduction de la gamme des expressions faciales et la pauvreté des expressions gestuelles entraînent un aspect morne.

5 = MODEREMENT SEVERE : L'affect est en général émoussé avec des changements uniques occasionnels de l'expression faciale et une pauvreté de l'expression gestuelle.

6 = SEVERE - Émoussement et déficit émotionnels marqués, manifestes la plupart du temps. Il peut exister des décharges affectives excessives et non modulées telles excitation, rage ou rire inapproprié et incontrôlé.

7 = EXTREME - Les changements d'expression faciale et l'expression gestuelle sont pratiquement absents. Le patient semble constamment être sans vie ou figé.

47) Annexe 47 - Extrait du Manuel de Cotation de la BPRS (item « distractibilité »)

22) Distractibilité.

Degré auquel les séquences observées des discours et actions sont interrompus par des stimuli sans rapport avec l'interview. La distractibilité cotée quand le patient montre un changement dans l'objet de son attention ou un déplacement marqué du regard. L'attention du patient peut être attiré par des bruits dans une pièce voisine, par des livres sur une étagère, par les vêtements de l'interviewer... Ne pas prendre en compte la tangentialité, la circonstancialité ou la fuite des idées. De même, ne pas coter la ruminant d'idée délirante. Coter même si les stimuli distrayeurs ne peuvent pas être identifiés.

(2) Très léger :

Peut, en général, focaliser son attention sur les questions de l'interview avec seulement une distraction ou un détournement de l'attention inappropriée, de durée brève.

(3) Léger :

Le patient dévie son attention à des sujets et des objets qui ne sont pas en rapport avec l'interview 2 à 3 fois.

(4) Moyen :

Souvent réactifs à des stimuli non pertinents dans la pièce, par exemple, détourne son regard de l'interviewer.

(5) Modérément sévère :

Comme ci-dessus, mais la distractibilité interfère clairement avec la poursuite de l'interview.

(6) Sévère :

Très difficile de conduire l'interview ou débattre un sujet car le patient s'intéresse à des stimuli non pertinents.

(7) Extrêmement sévère :

Impossible de conduire l'interview car le patient s'intéresse à des stimuli non pertinents.

48) Annexe 48 - Extrait du Manuel de Cotation de la PANSS (item « manque d'attention »)

G11. MANQUE D'ATTENTION:

Echec de la vigilance focalisée comme en témoignent les difficultés de concentration, une distractibilité par les stimuli internes et externes et des difficultés à se Fixer sur un stimulus ou à se focaliser sur un autre.

ELEMENTS DE COTATION: Manifestations durant la conduite de l'entretien.

1 = ABSENT - Définition non applicable.

2 = MINIME - Pathologie douteuse, sujet pouvant être dans les limites de la normale.

3 = LEGER - Concentration limitée, mise en évidence par une facilité de distraction occasionnelle ou une diminution de l'attention vers la fin de l'entretien.

4 = MOYEN - La conversation est perturbée par une tendance à la distraction, une difficulté de concentration prolongée sur un thème donné ou des problèmes pour changer de sujet.

5 = MODEREMENT SEVERE - La conversation est sévèrement perturbée par une mauvaise concentration, une distractibilité et des difficultés à changer de sujet de manière appropriée.

6 = SEVERE - L'attention ne peut être retenue que durant de brefs instants ou au prix de grands efforts, car le patient se laisse constamment distraire par les stimuli internes ou externes.

7 = EXTREME - L'attention est si désorganisée qu'une conversation, même brève, est impossible.

H. Résumé

Étude quantitative unicentrique réalisée du 23 juin 2020 au 28 août 2020 dans l'unité de réhabilitation psychosociale du NHN.

I. Introduction

Il existe de nombreuses complications psychiatriques de l'isolement social.

La réhabilitation nécessite un suivi rapproché et montre un impact positif sur le fonctionnement chez les patients schizophrènes.

Le but de cette étude est d'observer de façon chiffrée l'impact du confinement sur les patients schizophrènes à travers :

1. La comparaison avant-après d'échelles de fonctionnement GAF
2. La recherche de symptômes pourvoyeurs de difficultés en lien avec le confinement.

II. Matériel et méthode

- 1) Recherche dans les dossiers. Entretiens. Passation d'échelles.

Le but de cette étude est de comparer avant-après le niveau de fonctionnement des patients à travers l'échelle de fonctionnement GAF. Les dossiers des patients ont été analysés avec l'accord des patients afin de déterminer les symptômes et leur nombre d'occurrences, ainsi que les actes pratiqués par les soignants de la réhabilitation. Enfin, les patients ont passé plusieurs échelles et auto-questionnaires, afin de rechercher un lien de causalité entre les scores des échelles et le nombre d'actes ou de symptômes rapportés pendant le confinement.

- 2) Critères d'inclusion et d'exclusion

Les patients inclus étaient des majeurs diagnostiqués schizophrènes avant l'annonce du confinement et suivis à l'unité de réhabilitation psychosociale du NHN avant le confinement. Les patients en décompensation psychotique entravant la réalisation des entretiens étaient exclus.

III. Résultats

20 patients ont été évalués (58 non-réponses, 2 refus, 1 exclu).

L'analyse des GAF ne retrouve pas de différence significative avant et après le confinement (différence moyenne entre les échelles -3,78, $p=0,88$)

L'analyse des scores totaux des échelles ne retrouve pas de corrélation significative avec les actes ou les symptômes comptés.

L'analyse par items de la BPRS, de la SANS et de la PANSS retrouve une corrélation significative avec les actes pratiqués pour les items « dépression », « désorganisation conceptuelle », « émoussement des affects » de la BPRS et « diminution des mouvements spontanés » de la SANS, et une corrélation significative avec les symptômes rapportés de l'item « distractibilité » de la BPRS.

IV. Discussion

On ne retrouve pas de différence de fonctionnement des patients avant et après le confinement. Certains symptômes semblent être des pistes à explorer comme prédicteurs d'une mauvaise tolérance clinique du confinement.

Cette étude présente comme biais principal un faible nombre de patients inclus. Elle présente l'avantage de faire une comparaison avant-après immédiat du confinement.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.