

**Appel à projets permanent
« Handicap et perte d'autonomie »
2009**

DREES-MiRe et CNSA

**Facteurs métacognitifs et handicap psychique dans
la schizophrénie : une étude longitudinale**

**Responsable scientifique :
Antoinette PROUTEAU**

**Laboratoire responsable de la recherche :
EA4139 – Santé et qualité de vie
Université Bordeaux Segalen**

RAPPORT FINAL

Table des matières

I.	Contexte et état des connaissances	3
1-	Le handicap psychique dans la schizophrénie : une priorité de prise en charge	3
2-	Les prédicteurs du handicap psychique : limites des modèles actuels	3
3-	Intérêts des facteurs subjectifs dans le handicap psychique	4
4-	Les facteurs métacognitifs : une piste originale dans l'étude du handicap psychique	4
5-	Synthèse et limites des études actuelles	5
II.	Objectifs	6
III.	Méthode.....	7
1-	Sujets.....	7
2-	Procédure.....	8
3-	Évaluations.....	8
4-	Analyses statistiques.....	13
IV.	Résultats	14
1.	Description sociodémographique de l'échantillon.....	14
1.1.	<i>Description à T1</i>	14
1.2.	<i>Description de l'échantillon à T2 (6mois)</i>	15
2.	Description du handicap psychique	17
2.1.	<i>Evaluation de la QdV subjective à T1</i>	17
2.2.	<i>Evaluation de la QdV objective à T1</i>	17
3.	Description des Variables psychologiques à l'inclusion (T1)	19
4.	Comparaison des lieux de recrutements à l'inclusion (T1)	20
5.	Modèles de prédiction de la QdV	22
5.1.	<i>Analyses transversales</i>	22
5.2.	<i>Analyses longitudinales</i>	25
V.	Discussion	26
5.1.	La relative indépendance des variables subjectives et objectives	26
5.2.	Intérêts et limites des modélisations classiques	26
5.3.	Apports concernant la mesure du handicap psychique.....	27
VI.	Limites	28
VII.	Modifications par rapport aux analyses initialement prévues et perspectives	28
VIII.	Calendrier de la recherche	28
IX.	Détails des projets des jeunes chercheurs.....	29
X.	Conclusion.....	30
XI.	Bibliographie.....	31
XII.	ANNEXES	35
1.	Distribution des variables d'intérêt à T1.....	35
1-1	Distribution de la variable dépendante : Qualité de Vie (QdV) (N=80).....	35
1-2	Distribution des variables cognitives	36
1-3	Distributions des variables métacognitives	38
2.	Liste des tableaux et figures.....	39

I. Contexte et état des connaissances

1- Le handicap psychique dans la schizophrénie : une priorité de prise en charge

La schizophrénie est une pathologie mentale grave qui affecte environ 1% de la population générale (APA, 2000; Kessler et al., 1994). Depuis l'avènement des traitements pharmacologiques, les principales cibles thérapeutiques se sont déplacées des symptômes vers le fonctionnement quotidien et l'insertion des individus dans la communauté. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2001), la schizophrénie représente la 8^e cause d'incapacité chez les 15-44 ans, devant plusieurs affections médicales majeures, comme le cancer ou l'asthme. En Europe, 80% des individus souffrant de schizophrénie sont sans emploi, 65% sont célibataires et seulement 17 % sont mariés (Thornicroft et al., 2004), avec peu de variations selon les pays (Gaite et al., 2002). En outre, selon des données récentes, les individus souffrant de schizophrénie rapportent significativement moins d'événements en rapport avec les loisirs, les relations sociales, la famille et le travail que des sujets exempts de pathologie mentale (Prouteau et al., 2009).

L'insertion dans la communauté est depuis longtemps prise en compte dans les études sur la schizophrénie, puisque sa détérioration précède fréquemment le début de la maladie et prédit une évolution plus sévère de cette dernière. Même après le début de la pathologie, elle constitue toujours un prédicteur robuste du fonctionnement à long terme, ainsi que du nombre de rechutes et de réhospitalisations (Caron et al., 2003; Mueser, 2000).

2- Les prédicteurs du handicap psychique : limites des modèles actuels

Les limitations d'activité et les restrictions de participation occasionnées par les troubles du spectre schizophrénique occupent une place de plus en plus importante dans l'organisation des soins. Actuellement, les modèles de prédiction tentent d'intégrer des facteurs cliniques (symptômes positifs et négatifs, anxiété, dépression), des facteurs cognitifs, et des facteurs pharmacologiques (traitements). En outre, la distinction entre des niveaux de complexité différents au sein du handicap psychique, telle que la propose la Classification Internationale du Fonctionnement (OMS, 2001), est une condition à l'établissement de relations spécifiques entre différents facteurs prédicteurs et le handicap. Si l'on se réfère à la loi du 11 février 2005, le poids des troubles cognitifs dans le handicap est aujourd'hui reconnu. Dans la schizophrénie, les facteurs cognitifs (mémoire, fonctions exécutives) constituent le principal prédicteur du statut fonctionnel (Green et al., 2004), des difficultés de vie dans la communauté (Prouteau and Doron, 2008), ou encore des limitations d'activités (Bowie et al., 2008). Cette littérature a connu un développement important ces dernières années et favorisé la création et la validation d'interventions thérapeutiques complémentaires dans le traitement du handicap psychique, comme la remédiation cognitive.

Cependant, dans ce domaine, plusieurs interrogations majeures demeurent. Les modèles n'expliquent qu'une partie de la variabilité du handicap psychique entre les individus, et ne suffisent pas à prédire son évolution dans le temps. Ainsi, les facteurs cognitifs, n'expliquent, au mieux, que 50% de la variabilité du handicap (Koren and Harvey, 2006).

Même en les associant à d'autres facteurs importants comme la dépression, le pourcentage de variance expliquée n'est pas meilleur (McKibbin et al., 2008). De plus, certaines données apparaissent contradictoires. Ainsi, un handicap psychique plus sévère peut être associé à un fonctionnement cognitif de meilleure qualité (McKibbin et al., 2008; Prouteau et al., 2005), ce qui paraît contre-intuitif de prime abord. De manière intéressante, les sujets ayant le plus de plaintes cognitives sont également ceux qui s'améliorent le plus sur certaines dimensions du fonctionnement à long terme (Verdoux et al., 2010). Ces données mettent en évidence que les facteurs actuellement identifiés sont insuffisants pour permettre de prédire le handicap. Une hypothèse récemment avancée dans la littérature internationale postule que l'inclusion de facteurs subjectifs dans les modèles permettrait de pallier ces limites (Koren and Harvey, 2006; Prouteau, 2009).

3- Intérêts des facteurs subjectifs dans le handicap psychique

Les études actuelles ciblent le handicap et ses prédicteurs dans une acception très majoritairement objective. Cependant, plusieurs études suggèrent l'existence d'un niveau parallèle de description du handicap psychique. Ainsi, au niveau objectif largement exploré dans la littérature, se superposerait un niveau subjectif, tout aussi influent et interagissant avec le niveau objectif (Prouteau, 2009). La description d'un niveau subjectif offre plusieurs intérêts : la prise en compte de la qualité de vie subjective comme une mesure essentielle du handicap psychique et l'amélioration du pouvoir prédictif des modèles.

Il faut souligner que la question de la subjectivité dans le handicap psychique demeure actuellement peu développée. Elle a longtemps pâti d'un stéréotype encore actif, qui part du principe que les individus souffrant de schizophrénie n'ont pas les capacités de s'auto-évaluer ou de décrire leur expérience de manière fiable, notamment eu égard aux difficultés d'insight et de fonctionnement cognitif largement décrits dans cette pathologie (Katschnig, 2000; Strauss, 2008). Cependant, des données récemment recueillies par notre équipe montrent que les sujets gardent une évaluation stable de leur qualité de vie dans le temps, et ce indépendamment des conditions de cette évaluation (moment de la journée, environnement usuel de vie versus hôpital) (Prouteau et al, article en préparation¹). En outre, une des difficultés inhérentes à l'inclusion des facteurs subjectifs reste la définition et l'opérationnalisation des concepts. Issue de la recherche en neuropsychologie, la métacognition pourrait apporter un éclairage nouveau sur ce dernier point.

4- Les facteurs métacognitifs : une piste originale dans l'étude du handicap psychique

La métacognition (i.e. la cognition sur sa propre cognition) se réfère à la connaissance qu'on a de ses propres processus cognitifs, de leurs produits et de tout ce qui y touche (Le Gall et al., 2009). Dans une acception très cognitive de la représentation de soi (capacités, performances, savoirs), elle appartient à ce domaine des facteurs subjectifs (Flavell, 1979), et a été rapportée comme pouvant être déficitaire dans la schizophrénie (Carruthers, 2009; Farrer and Franck, 2009; Lysaker et al., 2008; Prouteau et al., 2004). Les facteurs

¹ Etude réalisée grâce au soutien de la MiRe-DREES (Appel d'offre « Handicap psychique », 2005)
Facteurs métacognitifs et handicap psychique dans la schizophrénie : une étude longitudinale

métacognitifs comprennent plusieurs aspects (connaissances sur son propre fonctionnement, plaintes, sentiment d'efficacité personnelle etc.), qui ont donné lieu à la création d'outils de mesure fiables (autoquestionnaires, tâches expérimentales). Quelques études récentes ont rapporté que ces facteurs peuvent entretenir des liens avec le handicap psychique des personnes souffrant de schizophrénie.

Ainsi, la qualité de vie subjective, une mesure centrale du handicap psychique, n'entretient pas de liens très clairs avec la cognition, puisque les performances cognitives sont associées tantôt positivement, tantôt négativement avec la satisfaction qu'a un sujet concernant sa vie (Narvaez et al., 2008; Prouteau et al., 2005). Les facteurs métacognitifs seraient susceptibles d'expliquer cette incohérence. Ainsi, une étude rapporte que la qualité de vie subjective est prédite par la perception qu'a un sujet de sa propre efficacité, alors qu'elle n'entretient aucun lien avec les performances réelles ou objectives. Ces dernières sont quant à elle reliées au niveau de handicap « objectivement » défini, c'est-à-dire tel que conçu par les cliniciens en charge des patients (Bowie et al., 2007).

On peut également souligner que la qualité de l'expérience de soi (en termes de richesse, de sentiment d'être acteur de sa vie et de proximité avec autrui) a été reliée avec un meilleur fonctionnement social (Lysaker et al., 2006). Dans le domaine des relations entre cognition et handicap psychique, deux études avancent que ce ne sont pas tant les facteurs cognitifs objectifs (i.e. les performances aux tests) qui prédisent le niveau de limitation d'activité, mais bien davantage les facteurs métacognitifs (i.e. la façon dont le sujet perçoit son propre fonctionnement) (Koren et al., 2006; Stratta et al., 2009). Enfin, les facteurs métacognitifs ont un impact sur l'utilisation de stratégies de coping pour faire face aux stressors de la vie quotidienne. Ainsi, l'utilisation de stratégies centrées sur le problème est conjointement prédite par les capacités attentionnelles et le sentiment d'efficacité personnelle (Ventura et al., 2004). En outre, le niveau de stigma internalisé affecte, par le biais de l'espoir et de l'estime de soi, l'utilisation de stratégies de coping efficaces dans la vie quotidienne (Yanos et al., 2008).

5- Synthèse et limites des études actuelles

Les données internationales récentes suggèrent que des facteurs métacognitifs pourraient être impliqués dans le handicap psychique, et interagir avec les prédicteurs objectifs classiques, en particulier cognitifs. Malgré ces premiers résultats et les applications cliniques directes qui pourraient en découler, les facteurs métacognitifs demeurent peu étudiés dans la littérature actuelle. En effet, les construits précédemment cités sont récents (même si depuis toujours présents dans les descriptions cliniques) et les rares études les impliquant majoritairement anglophones. Cependant, plusieurs outils commencent à être disponibles en français (Laroi and Van der Linden, 2005; Tastet et al., soumis). De plus, aucune étude, à notre connaissance, ne s'est intéressée aux liens spécifiques qu'entretiennent ces facteurs avec plusieurs aspects du handicap psychique, tels que l'insertion dans la communauté, l'insertion professionnelle, ou enfin la qualité de vie subjective. Ces derniers sont pourtant les plus à même de refléter le réel niveau d'activité et d'autonomie des individus au quotidien. Enfin, seules les études incluant des échantillons importants suivis sur plusieurs mois sont susceptibles de mettre en évidence les profils de facteurs prédicteurs du handicap et de son évolution dans le temps.

II. Objectifs

L'objectif global de ce projet est d'améliorer la prédiction du handicap psychique et de sa dynamique d'évolution en incluant les facteurs métacognitifs dans les modèles actuels.

Ce projet comporte deux sous-objectifs :

- 1- étudier les liens entre facteurs cognitifs et métacognitifs de manière transversale et longitudinale
- 2- étudier les effets conjoints des facteurs cognitifs et métacognitifs dans la prédiction du handicap psychique de manière transversale et longitudinale

La figure 1 schématise le modèle descriptif de l'étude.

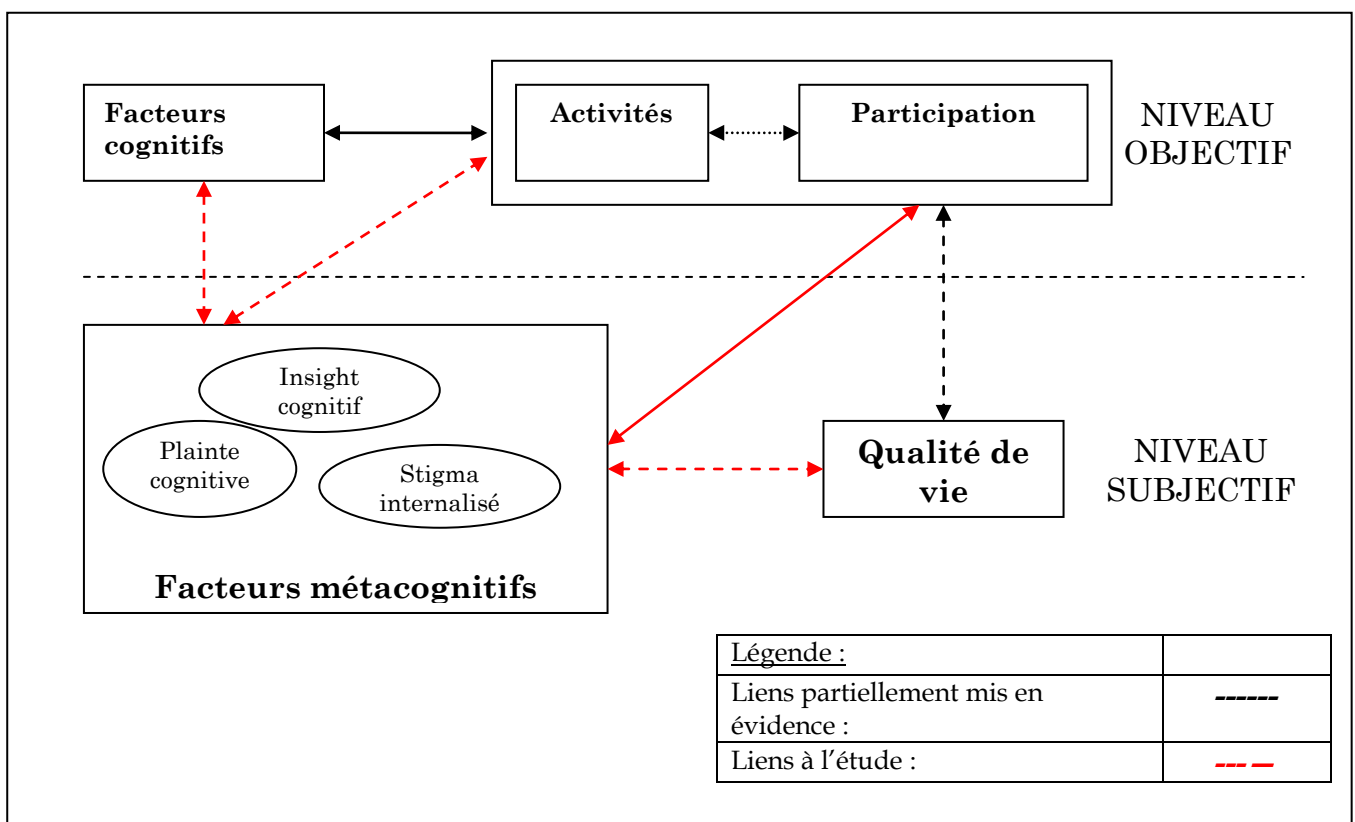


Figure 1 : Modèle descriptif de l'étude : place des facteurs métacognitifs dans le handicap psychique des personnes souffrant de schizophrénie

III. Méthode

1- Sujets

Critères d'inclusion et d'exclusion

Les sujets répondent aux critères d'inclusion suivants : 1) présenter une schizophrénie ou un trouble schizoaffectif selon les critères du DSM-IV-TR (APA, 2000) ; 2) être âgé de 18 à 60 ans ; 3) être stable du point de vue clinique (se situer à distance d'un épisode psychotique aigu, traitement pharmacologique stable depuis au moins un mois) ; 4) être suivi en ambulatoire.

Les critères d'exclusion sont : suivre un protocole de traitement par électroconvulsivothérapie ou stimulation magnétique transcrânienne ; présenter des antécédents neurologiques (sur la vie, tel que traumatisme crânio-cérébral) ; présenter à l'inclusion un épisode dépressif majeur ou un épisode maniaque, un trouble lié à l'usage d'alcool ou à une autre substance psycho-active selon les critères du DSM-IV-TR pendant le cours de l'étude.

Lieux de recrutement

Le recrutement des sujets souffrant de schizophrénie ou de trouble schizoaffectif s'est d'abord déroulé dans le pôle universitaire de psychiatrie adulte, CH Charles Perrens de Bordeaux (responsable de pôle Pr H. Verdoux). Ce pôle assure les soins sectoriels d'une population urbaine de 170 000 habitants (secteurs 33G05 et 33G06), avec une file active de plus de 200 personnes souffrant de schizophrénie et trouble schizoaffectif.

Pour augmenter la taille de l'échantillon et s'approcher au maximum du nombre de sujets prévus initialement (environ 100), le recrutement de sujets a été mis en place dans deux milieux cliniques supplémentaires, en suivant les mêmes procédures :

-CRPS (Centre de Réadaptation Psycho-Sociale) de la Tour de Gassies (Communauté Urbaine de Bordeaux, responsable de pôle Dr M. Monlun ; cadre M. Dupérier) : structure d'accueil de personnes souffrant d'un handicap psychique (essentiellement schizophrénie ou trouble schizo-affectif), dévolue à l'insertion professionnelle. Il est à noter que ce type de structure spécialisée est rare, comme l'est l'opportunité pour les projets de recherche d'avoir accès à un échantillon suffisamment important de sujets souffrant de schizophrénie concernés directement par une problématique de retour au travail. A l'occasion de la présente étude, un partenariat de recherche a donc été établi avec cette structure bordelaise.

-CH de Jonzac (Charente maritime, responsable du secteur Dr JM. Destailhats) : centre hospitalier regroupant deux secteurs de population urbaine et rurale. La collaboration s'est établie depuis plusieurs années avec les secteurs VI et VII de psychiatrie adulte polyvalente.

Les deux structures cliniques ayant accepté de collaborer sont susceptibles de fournir environ 15 participants chacune. L'addition de lieux de recrutement crée cependant un biais supplémentaire par rapport au projet initialement présenté. Par conséquent, des analyses ont spécifiquement porté sur les différences inter-milieux, et cette variable sera incluse comme facteur potentiellement confondant dans les analyses.

2- Procédure

Procédure de recrutement

Les participants ont été recrutés de la manière suivante :

- 1-Repérage de tous les patients répondant au diagnostic de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif (à partir du dossier informatisé).
- 2-Repérage de tous les patients répondant aux critères d'inclusion par les psychiatres.
- 3-Proposition de participation par les cliniciens (psychiatres) : acceptation ou refus.
- 4-Si acceptation, alors inclusion dans le projet.

Phases d'évaluation

L'étude s'est déroulée en 2 phases. Après avoir sélectionné les participants selon les critères d'inclusion et d'exclusion, une première phase a concerné l'évaluation à l'inclusion, effectuée dans le cadre des centres médico-psychologiques, hôpitaux de jour, ou centre de réhabilitation. Elle a ciblé les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des sujets, le diagnostic, les antécédents médicaux, le fonctionnement cognitif, le fonctionnement métacognitif et le handicap psychique, ainsi que plusieurs autres facteurs d'influence reconnus dans la littérature (états émotionnels, insight). La deuxième phase a consisté en un suivi des sujets inclus à 6 mois, avec un re-test sur les variables principales (handicap psychique, fonctionnement cognitif et métacognitif, émotions et insight).

Les sujets ont été évalués à l'inclusion et au cours du suivi par des psychologues cliniciens, et des étudiants en master 2 (psychologie, psychiatrie) ayant une expérience dans le domaine de la psychiatrie. Le reste de l'évaluation clinique (diagnostic, troubles comorbides) a quant à elle été conduite par le médecin psychiatre responsable de la prise en charge clinique du participant.

3- Évaluations

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

Une fiche de recueil standardisée a été utilisée pour réunir les informations sur les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'éducation, statut conjugal et familial, résidentiel et professionnel, ressources), les antécédents psychiatriques (âge de la première hospitalisation psychiatrique, durée de maladie, nombre d'hospitalisations), le diagnostic et le traitement pharmacologique actuel. La symptomatologie psychotique a été évaluée à l'aide de l'échelle PANSS (Kay et al., 1987), traduite et validée en français (Guelfi, 1996). L'insight a été évalué avec 2 outils. Le premier est la SUMD (Scale to assess unawareness of mental disorder) (Amador et al., 1994) traduite et validée en français (Paillot et al., 2010). En hétéro-passation, chaque item est évalué sur une échelle de Likert de 1 à 5. Plus le sujet obtient un score élevé moins la personne a conscience de ces troubles et/ou moins il parvient à les expliquer. La seconde échelle est l'IS (Insight Scale) (Birchwood et al., 1994) traduite en français (Linder and Favrod, 2006). Il s'agit ici d'un auto-questionnaire où les réponses sont cotées de 0 (pas du tout conscient), 1 (partiellement conscient) ou 2 (conscient). Ici, plus le sujet obtient un score élevé meilleure est sa conscience des troubles.

Évaluation du fonctionnement cognitif

Une courte batterie de tests neuropsychologiques standards, similaires à ceux administrés dans les milieux cliniques, a été utilisée pour évaluer les principales fonctions cognitives. Le choix des tests a été effectué en fonction de trois critères : correspondre aux grandes fonctions déficitaires et à celles les plus reliées au handicap dans la littérature internationale sur la schizophrénie (Prouteau and Verdoux, 2011), avoir fait l'objet d'une validation en langue française. Ainsi, quatre tests ont été sélectionnés : Rappel Libre / Rappel Indicé 16 (RL/RI 16) (Van der Linden and GREMEM, 2004) évaluant la mémoire épisodique verbale ; Codes de la Wechsler Adult Intelligence Scale, third version (WAIS-III) (Wechsler, 2001) évaluant la vitesse de traitement; Mémoire des chiffres et Séquence Lettre-Chiffre de la WAIS-III évaluant la mémoire à court terme et la mémoire de travail ; le Modified Card Sorting Test (Godefroy and GREFEX, 2008; Nelson, 1976) évaluant le fonctionnement exécutif ; le Faces Test (Baron-Cohen et al., 1997) évaluant la cognition sociale, et plus précisément la reconnaissance des émotions faciales. Pour ce dernier test, il n'existe pas de version validée en français. Par conséquent une version bordelaise a été utilisée, en cours de validation auprès d'une population de sujets sains. Les scores s'étendent de 0 à 20.

Évaluation du fonctionnement métacognitif

Le fonctionnement métacognitif sera mesuré selon 3 dimensions : l'internalisation de la stigmatisation, l'insight cognitif, les plaintes cognitives. Ces trois dimensions, correspondant à différents niveaux de la représentation de soi, ont été reliées au moins partiellement au handicap psychique. Pour chacune, les outils existent à la fois en version francophone et anglophone, rendant possible la comparaison des résultats avec la littérature internationale. Les mesures retenues sont détaillées ci-après.

- Internalisation de la stigmatisation

L'échelle d'internalisation de la stigmatisation (Internalized Stigma of Mental Illness scale : ISMI, (Boyd Ritsher et al., 2003; Livingston and Boyd, 2010) est un questionnaire d'auto-évaluation conçu pour évaluer l'expérience subjective de la stigmatisation. Elle contient 29 items rédigés à la première personne sur une échelle de Likert en quatre points. Plus le score est élevé plus la personne internalise la stigmatisation. L'ISMI est constituée de cinq sous échelles. L'*aliénation* (six items) mesure l'expérience subjective de ne pas se considérer comme un membre à part entière de la société. L'*approbation du stéréotype* reflète le degré d'accord avec les stéréotypes négatifs sur les personnes ayant des troubles psychiatriques en sept items. L'*expérience de discrimination* évalue par cinq items la perception du répondant sur comment il est considéré par les autres. La sous dimension *retrait social* (6 items) reflète l'évitement des autres à cause du trouble psychiatrique. La dernière sous échelle, *résistance à la stigmatisation* rend compte de l'expérience de ne pas être affecté par la stigmatisation avec 5 items du type. Ces derniers items servent également à contrôler la validité puisqu'ils suivent une cotation inverse. L'échelle, dans sa version anglaise, montre de bonnes propriétés psychométriques : consistance interne coefficient de $\alpha = 0.90$ et une fiabilité test-retest $r = 0.92$. Cette échelle avait fait l'objet d'une traduction en français (Brohan et al., 2007). Cependant, devant le manque de données concernant sa validation, et la méthode utilisée pour sa traduction, une version francophone a été développée pour la présente étude, dont les données serviront pour la validation (Grados, 2010).

- Insight cognitif

Le concept d'insight cognitif, correspondant à un haut niveau de fonctionnement d'ordre métacognitif (Beck et al., 2004), se rapporte à la flexibilité des croyances et la façon dont les individus évaluent leur jugement (Warman et al. 2006). La flexibilité des croyances se réfère à la capacité métacognitive de réfléchir sur ses propres croyances, de les changer à la lumière de la réflexion ainsi que des preuves, et comme la capacité de générer ou de considérer des possibilités alternatives (Garety et al. 2005). L'évaluation de l'insight cognitif s'effectuera avec la version française de la Beck Cognitive Insight Scale (BCIS, Beck et al. 2004) qui permet de mesurer les processus à l'œuvre dans l'insight à l'aide de deux dimensions, « réflexion sur soi » et « certitude de soi », et d'un index composite résultant de la soustraction entre ces deux dimensions. Elle se présente sous la forme de 15 affirmations, auxquelles le sujet doit répondre selon une échelle de Likert en 4 points (0 : pas du tout d'accord à 3 : complètement d'accord). La version française de l'échelle possède de bonnes qualités psychométriques (Favrod et al., 2008), même si des études longitudinales demeurent nécessaires.

- Plaintes cognitives

L'échelle Subjective Scale To Investigate Cognition in Schizophrenia (SSTICS) offre une mesure des connaissances que possède le sujet sur son propre fonctionnement cognitif. Il s'agit d'un autoquestionnaire destiné à évaluer les plaintes cognitives des sujets atteints de troubles du spectre schizophrénique. La SSTICS est un outil francophone, développé au Québec par Stip et collaborateurs (Stip et al., 2003). Elle comporte 21 items sous forme de questions, auxquelles le sujet doit répondre en quantifiant la fréquence de sa plainte sur une échelle de 5 graduations (de 0 : « jamais » à 4 : « très souvent »). A l'heure actuelle, elle est la seule échelle francophone spécifique de l'autoperception des déficits cognitifs chez les sujets souffrant de troubles psychotiques. L'échelle a été validée auprès de sujets sains ainsi qu'auprès de sujets souffrant d'un trouble du spectre schizophrénique. Elle présente une bonne cohérence interne (alpha global : 0,88, variant de 0,57 à 0,72 selon les sous-échelles), une bonne fiabilité test-retest (r : 0,82) (Stip et al., 2003), ainsi qu'une bonne concordance avec d'autres mesures de la conscience des troubles (Lecardeur et al., 2009). Le STICCS constitue un outil sensible puisqu'il existe une différence de score entre les sujets sains et les sujets atteints de schizophrénie (Mancini et al., 2002).

Évaluation du handicap psychique

Deux variables du handicap psychique dans la schizophrénie ont été retenues : la qualité de vie subjective et la qualité de vie objective. Ces deux mesures permettent d'avoir une vision double du handicap : sous l'angle subjectif et sous l'angle objectif, et ciblent les limitations d'activité et les restrictions de participation. L'outil sélectionné existe là encore en version anglophone et francophone, permettant de comparer les futurs résultats à la littérature internationale. Un outil adapté à la population souffrant de schizophrénie a ainsi été choisi.

- Qualité de Vie (QdV) subjective et objective

La qualité de vie subjective et objective des participants est évaluée à l'aide de la Lancashire Quality of Life Profile (LQOLP) (Oliver et al., 1997), traduite et validée en français (Salome et al., 2004). La LQOLP contient 94 items, et fournit une mesure de la

qualité de vie objective (hétéro-évaluation) et de la qualité de vie subjective (auto-évaluation) dans 9 domaines de la vie : travail, loisirs, religion, finances, mode de vie, loi et sécurité, relations familiales, relations sociales, santé. Les mesures de la qualité de vie objective sont basées sur des réponses catégorielles (oui, non, ne sait pas) et celles de la qualité de vie subjective (par domaine et globale) sur une échelle de satisfaction en 7 points (de 1 : « ne peut être pire » à 7 : « ne peut être mieux »). La LQOLP possède des qualités psychométriques satisfaisantes et a été traduite en plusieurs langues (Gaite et al., 2002; Oliver et al., 1997).

De plus, la LQOLP fournit, à la fin de la passation, deux évaluations de la QdV à partir d'une échelle visuelle analogique (EVA) : l'une subjective, l'autre objective. L'évaluation subjective correspond à la réponse du sujet à la question suivante : « Ceci représente une échelle. Le bas de l'échelle correspond au résultat le pire que vous puissiez espérer avoir dans la vie. Le haut correspond au résultat le meilleur que vous puissiez espérer. Pouvez-vous m'inscrire sur cette échelle une croix à l'endroit où vous situeriez votre vie actuellement ? ». L'évaluation objective correspond, quant à elle, à la réponse de l'évaluateur à la question suivante : « Mettez une croix à la place appropriée afin d'indiquer votre estimation de la qualité de vie actuelle de la personne. La qualité la plus élevée s'applique à une personne physiquement et mentalement indépendantes, communiquant bien avec autrui, capable de faire la plupart des choses avec satisfaction, fournissant sa part d'effort, avec une attitude optimiste et réaliste. ».

Les variables retenues dans le présent rapport sont : la QdV subjective globale évaluée sur l'échelle de Likert (de 1 à 7) ; la QdV subjective évaluée avec l'EVA (de 0 à 100) ; la QdV objective évaluée avec l'EVA (de 0 à 100).

Évaluation des états émotionnels

Les états émotionnels pourraient constituer des facteurs potentiellement confondants, eu égard aux relations multiples qu'ils entretiennent avec le fonctionnement cognitif et le handicap psychique, notamment la qualité de vie subjective. L'évaluation des états émotionnels sera effectuée grâce aux versions françaises de deux autoquestionnaires validés dans la population générale et auprès de diverses populations cliniques. L'anxiété et la dépression seront respectivement mesurées par le State-Trait Anxiety Inventory (STAI Y-B) (Spielberger, 1983), traduit et validé en français (Bruchon-Schweitzer and Paulhan, 1993) et l'inventaire de dépression de Beck (Beck Depression Inventory : BDI-II) (Beck et al., 1998).

Le tableau 1 synthétise les mesures effectuées à l'inclusion et au cours du suivi.

Tableau 1 : Evaluations des participants à l'inclusion et au suivi à 6 mois

Construits mesurés	Outils utilisés / Source
Caractéristiques sociodémographiques - Age, genre, niveau d'études, niveau socioculturel des parents, statut marital et familial	- Dossier médical, entretien

- Domicile, ressources, profession	- Dossier médical, entretien
Caractéristiques cliniques - Diagnostics - Durée de maladie - Nombre d'hospitalisations - Traitement pharmacologique - Symptomatologie	- Dossier médical - Dossier médical - Dossier médical - Dossier médical - PANSS (Kay et al, 1987)
Fonctionnement cognitif - Mémoire verbale - Vitesse de traitement / Attention - Fonctionnement exécutif : mémoire de travail ; inhibition - Cognition sociale	- RL/RI 16 (van der Linden et al, 2004) - Codes de la WAIS-III (Wechsler, 2001) - MCST (GREFEX, 2008) ; Mémoire des chiffres et Séquence Lettre-Chiffre de la WAIS-III; - Faces test (Baron-Cohen et al., 1997)
Fonctionnement métacognitif - Insight cognitif - Plaintes cognitives - Stigma internalisé	- BCIS (Beck et al., 2004) - SSTICS (Stip et al, 2003) - ISMI (Ritsher et al., 2003)
Etats émotionnels - Anxiété - Dépression	- STAI Y-B (Spielberger, 1983) - BDI-II (Beck et al., 1998)
Handicap psychique - Qualité de vie subjective, objective	- LQOLP (Oliver et al., 1997)

Abréviations : PANSS : Positive And Negative Syndrome Scale ; RL/RI16 : Rappel Libre / Rappel Indiqué 16 ; WAIS-III : Weschler Adult Intelligence Scale- version III ; BCIS : Beck Cognitive Insight Scale ; SSTICS : Subjective Scale To Investigate Cognition in Schizophrenia ; ISMI : Internalized Stigma of Mental Illness Scale ; STAI Y-B : State-Trait Anxiety Inventory, version Y-B ; BDI-II : Beck Depression Inventory ; LQOLP : Lancashire Quality of Life Profile.

Modifications apportées au protocole initial

La Multnomah Community Ability Scale (MCAS, mesure du fonctionnement dans la communauté) a été supprimée pour des raisons de faisabilité. En effet, cette échelle doit être remplie par l'infirmier référent du participant, mais la standardisation de sa cotation nécessite une formation en amont pour tous les cotateurs, de manière à éviter les biais inter-juges. La diversité des services impliqués dans la recherche rendait difficile l'utilisation de cet outil. Il nous est apparu plus simple et tout aussi informatif d'utiliser les données objectives de la LQOLP pour mesurer le fonctionnement dans la communauté des participants.

La PANSS (mesure de la symptomatologie) a été ajoutée car elle permet d'obtenir un profil détaillé des symptômes de chaque participant, et constitue l'outil le plus utilisé dans la littérature, ce qui permettra de situer notre échantillon par rapport à d'autres études internationales. Une formation des cotateurs a été effectuée avant les premières inclusions, pour optimiser la cotation consensuelle de l'échelle.

Au re-test à 6 mois, des versions parallèles des tests cognitifs sont utilisées, pour éviter les éventuels effets d'apprentissage. En revanche, le MCST, basé sur l'effet de nouveauté, est supprimé dans l'évaluation à 6 mois.

Un questionnaire d'estime de soi (RSE, Rosenberg Self Esteem) (Rosenberg, 1965) traduite et validée en français (Vallières and Vallerand, 1990) a été ajouté. Les 10 items sont cotés sur une échelle de Likert en 4 point (1 à 4). Le score total d'étend de 10 à 40. Plus le score est élevé meilleure est l'estime de soi.

Enfin, une mesure du soutien social perçu a été ajoutée (Social Support Questionnaire-6, Bruchon-Schweitzer, 2002; Rascle et al., 2005). Les quatre principales formes de soutien social sont mesurées : soutien d'estime, matériel, informatif, émotionnel. Pour chaque

soutien est interrogé la disponibilité et son origine (famille, amis, collègues, soignants) ainsi que la satisfaction perçues de ces soutiens sur une échelle de 1 (pas du tout satisfait) à 5 (tout à fait satisfait). Le score total de disponibilité s'étend de 0 à N personnes identifiées.

4- Analyses statistiques

Deux types d'analyse ont été menés, en fonction du type de données.

Premièrement, les données transversales ont été traitées à l'aide de corrélations et d'analyses de régression linéaire, pour explorer les liens entre facteurs cognitifs, facteurs métacognitifs et handicap psychique, en contrôlant pour l'influence de variables potentiellement confondantes. Des coefficients de corrélation partielle ont été calculés pour qualifier la force des associations.

Deuxièmement, nous avons cherché à isoler les prédicteurs de la dynamique du handicap psychique sur 6 mois (2 temps de mesure). Selon une méthode utilisée dans de précédentes études menées sur des cohortes bordelaise (Verdoux et al., 2002) et québécoise (Prouteau et al., 2005), des analyses de régression multiples ont été utilisées. De manière similaire aux analyses transversales des coefficients de corrélation partielle ont été utilisés pour affiner et qualifier les modèles. Les pertinences des modèles ont été comparées sur la base du pourcentage de variance expliquée de la variable dépendante (QdV).

IV. Résultats

1. *Description sociodémographique de l'échantillon*

1.1. *Description à T1*

Au total 88 personnes ont accepté de participer à l'étude. Parmi celles-ci 8 ont interrompu l'étude en cours de passation du protocole à T1 pour divers motifs :

- Ré-hospitalisation (N=2)
- Non respect des rendez-vous (N=3)
- Ambivalence face au consentement (N=1)
- Age > à 65 ans (N=1)
- Méfiance et persécution (N=1). Ici, le protocole était sujet à diverses interprétations délirantes. Nous avons donc jugé nécessaire l'arrêt de l'étude.

L'échantillon final est donc de 80 participants recrutés sur trois lieux de suivi clinique, dont 2 lieux urbains (site 1 : N=43 ; Site 3 : N=19) et un site rural (Site 2 : N= 18). Le flux total des personnes suivies et présentant les critères d'inclusion concernant le diagnostic et l'âge est estimé à 196 pour les médecins ayant participé sur le site 1, 112 pour le médecin du site 2 et 32 pour les médecins du site 3. Le tableau 2 décrit les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon à l'inclusion.

Tableau 2 : Données sociodémographiques et clinique de l'échantillon global (N=80)

	N	Fréquence (%)	Moyenne (ET)	Min-Max
Homme	60			
Femme	20			
Age	80		35,7(10,08)	20-63
Age 1ere Hospitalisation	77		25(8,31)	14-53
Symptômes (PANSS)				
<i>Positifs</i>	77		17,3(7,25)	7-36
<i>Négatifs</i>			19,8(8,43)	8-41
<i>Généraux</i>			40,4(15,89)	19-87
Traitements				
<i>Neuroleptique</i>	76	100%		
<i>Thymo-régulateur</i>	76	21,1%		
<i>Anxiolytique</i>	77	42,9%		
<i>Antidépresseur</i>	76	17,1%		
<i>Antiépileptique</i>	76	26,3%		
<i>Antiparkinsonien</i>	76	21,1%		
<i>Hypnotique</i>	76	6,6%		
<i>Antitoxicomanie</i>	76	2,6%		
Niveau éducation	80			
<CAP		26,3%		
CAP-BEP		18,8%		
BAC		25,0%		
<ou =BAC+2		13,8%		
>BAC+2		15,0%		

Protection des biens	80	
<i>Aucune</i>		63,8%
<i>Curatelle</i>		8,8%
<i>Tutelle</i>		5%
Emploi	80	10%
Logement	80	
<i>Foyer</i>		2,5%
<i>Domicile parental</i>		15%
<i>Appartement associatif</i>		12,5%
<i>Hôpital</i>		8,8%
<i>Appartement protégé</i>		7,5%
<i>Appartement personnel</i>		38,8%
<i>Maison personnelle</i>		10%
<i>Autres (e.g. famille d'accueil)</i>		5%
Cohabitation	80	61,2%
Situation maritale	80	
<i>Marié</i>		6,3%
<i>Célibataire</i>		75%
<i>Veuf</i>		0%
<i>Divorcé</i>		2,5%
<i>Séparé</i>		8,8%
<i>Autres (e.g. en couple, concubins)</i>		7,5%
Enfants	80	18,7%
Ami jugé proche	80	62,5%

1.2. Description de l'échantillon à T2 (6mois)

Parmi les 80 participants inclus dans l'étude, 48 ont été ré-inclus à T2, soit 60%.

Les motifs de non ré-inclusion sont les suivants :

-Refus (N=19).

Parmi ces refus certains ont pu avancer des motifs plus spécifiques justifiant leur refus tels qu'une indisponibilité en raison de vacances (N=2), de travail (N=2), du quotidien (N=2), d'un éloignement géographique (N=1), de problèmes familiaux (N= 1) ou de problèmes de santé (N= 4).

-Absence au rendez-vous (N=2).

-Ré-hospitalisation (N=2)

-Non réponse aux tentatives de contact (N=8).

Le tableau 3 décrit les différences entre les sujets ré-inclus et sortis d'étude sur les caractéristiques à l'inclusion. Les patients ré-inclus étaient plus fréquemment employés, mariés ou divorcés, et avaient des conditions différentes de logement.

Tableau 3 : Comparaison participants ré-inclus et ceux non ré-inclus sur des données sociodémographiques et cliniques.

	Ré-inclus (N=48)		Sortis d'étude à T2 (N=32)		Comparaison des moyennes	Comparaison des fréquences (Khi-2)
	Fréq. (%)	Moyennes (ET)	Fréq. (%)	Moyennes (ET)		
Homme	81,25%		65,62%			$\chi^2=2,5$; df=1 ; ns
Femme	18,75%		34,38%			
Age		34,2(8,7)		38(11,6)	t(53,95)=1,59 ; ns	
Age 1 ^{ère} hospitalisation		23,2(5,9)		27,8(10,58)	t(4,71)= 2,17*	
Symptômes (PANSS)						
Positifs						
Négatifs		16,72(7,16)		18,1(7,43)	F(1,75)=0,66 ; ns	
Généraux		19,87(7,92)		19,76(9,3)	F(1,75)=0,003 ; ns	
		40,26(13,84)		40,63(18,92)	F(1,75)=0,01 ; ns	
Traitements						
Neuroleptique	100%		100%			$\chi^2= 0,94$; df=1 ; ns
Thymo-régulateur	17,39%		26,67%			$\chi^2=0,36$; df=1 ; ns
Anxiolytique	45,65%		38,71%			$\chi^2=0,65$; df=1 ; ns
Antidépresseur	20%		12,90%			$\chi^2=0,95$; df=1 ; ns
Antiépileptique	22,22%		32,25%			$\chi^2=2,09$; df=1 ; ns
Antiparkinsonien	26,66%		12,90%			$\chi^2=0,00$; df=1 ; ns
Hypnotique	6,66%		6,45%			$\chi^2= 2,98$; df=1 ; ns
Contre substances	0%		6,45%			
Niveau éducation						$\chi^2= 7,76$; df=5 ; ns
<CAP	33,33%		15,63%			
CAP-BEP	12,5%		28,13%			
BAC	29,17%		18,75%			
<ou =BAC+2	12,5%		15,63%			
>BAC+2	12,5%		18,75%			
Protection des biens						$\chi^2=2,74$; df=2 ; ns
Aucune	58,33%		76,67%			
Curatelle	35,42%		20%			
Tutelle	6,25%		3,33%			
Emploi	4,17%		18,75%			$\chi^2=4,56$; df=1 ; *
Logement						$\chi^2=5,36$; df=8 ; *
Foyer	4,17%		0%			
Domicile parental	18,75%		9,38%			
Appartement associatif	10,42%		15,63%			
Hôpital						
Appartement protégé	6,25%		12,5%			
Appartement personnel	8,33%		6,25%			
Maison personnelle						
Autres	37,5%		40,63%			
	8,33%		12,5%			
	6,25%		3,13%			
Cohabitation	64,6%		56,2%			$\chi^2=0,56$;df=1 ; ns
Situation maritale						$\chi^2=12,52$; df= 4 ; *
Marié	0%		15,63%			
Célibataire	79,16%		68,75%			
Veuf	0%		0%			
Divorcé	0%		6,25%			
Séparé	10,42%		6,25%			
autres	10,42%		3,12%			
Enfants	12,5%		28,13%			$\chi^2= 3,08$;df=1 ;ns
Ami proche (fréquence de l'échantillon déclarant avoir au moins un ami proche)	66,67%		56,25%			$\chi^2=0,89$; df=1 ; ns

NB : ns = non significatif ; *p<0,05

2. Description du handicap psychique

2.1. Evaluation de la QdV subjective à T1

Le tableau 4 décrit les items de la QdV subjective obtenus avec la LQOLP à l'inclusion (T1).

Tableau 4 : Items subjectifs de la LQOLP (N=80)

LQOLP : Lancashire Quality Of Life Profile (items totaux subjectifs)	Moyenne (ET)	Min-Max (1-7)
Bien être général (Début de questionnaire)	4,15 (1,32)	1-7
Satisfaction religion*	5,27 (1,201)	2-7
Satisfaction sécurité*	5,25 (1,161)	2-7
Satisfaction vie familiale*	5 (1,242)	1-7
Satisfaction loisirs*	4,68(0,816)	2-6
Satisfaction santé*	4,63 (0,984)	2,33-6,67
Satisfaction habitat*	4,48 (0,931)	1,86-7
Satisfaction finance*	4,14 (1,626)	1-7
Satisfaction relation sociales*	4,11 (1, 331)	1-6
Satisfaction vie professionnelle*	3,74 (1,324)	1-7
Degré de satisfaction de vie (fin de questionnaire)	4,43 (1,22)	1-7
EVA** Qualité de vie subjective (évaluée par le participant)	55,61 (21,88)	1,64-96,72

NB: *Satisfaction de 1 à 7 : 1 (ne peut être pire), 2 (mécontent), 3 (plutôt insatisfait), 4 (partagé), 5 (plutôt satisfait), 6 (content), 7 (ne peut être mieux) ; **EVA= Echelle visuelle analogique : 0 à 100.

Les QdV par domaine varient de plutôt insatisfait à plutôt satisfait, ce qui correspond aux données connues de la littérature européenne et française, obtenues avec le même outil (Prouteau et al., 2009).

2.2. Evaluation de la QdV objective à T1

Le tableau 5 décrit les items de la QdV objective obtenus avec la LQOLP à l'inclusion (T1).

Tableau 5 : Items objectifs de la LQOLP (N=80)

LQOLP : Lancashire Quality Of Life Profile (données quantitatives)	Fréquence (%)	Moyenne (ET)	Min-Max
Travail			
Emploi	10%		
Nb d'heures/semaine		17,72(16,66)	
Salaire (en euros)		722,86(524,27)	
Loisirs			
Sport	65%		
Courses	86,3%		
Transports	87,5%		
TV /Radio	96,3%		

Religion			
	<i>Protestant</i>	1,3%	
	<i>Catholique</i>	43,8%	
	<i>Juive</i>	0%	
	<i>Musulmane</i>	3,8%	
	<i>Hindoue</i>	0%	
	<i>Autres</i>	10%	
	<i>Aucune</i>	41,3%	
	Pratique religieuse (personne déclarant aller aux offices religieux)	11,2%	
Finance			
	Revenu/mois		781,60 (273,58)
	Allocations	88,5%	
	Difficultés d'argent	38,8%	
Mode de vie			
	Lieu		
	<i>Foyer</i>	2,5%	
	<i>Domicile parental</i>	15%	
	<i>Appartement associatif</i>	12,5%	
	<i>Hôpital</i>	8,8%	
	<i>Appartement protégé</i>	7,5%	
	<i>Appartement personnel</i>	38,8%	
	<i>Maison personnelle</i>	10%	
	<i>Autres</i>	5%	
	Durée (mois)		70,56 (100,245)
	Cohabitation	61,2%	
	Cohabitation familiale /cohabitation	47,91%	
Sécurité			
	Infraction	8,8%	
	Victime	15,0%	
Situation familiale			
	Maritale		
	<i>Marié</i>	6,3%	
	<i>Célibataire</i>	75%	
	<i>Veuf</i>	0%	
	<i>Divorcé</i>	2,5%	
	<i>Séparé</i>	8,8%	
	<i>autres</i>	7,5%	
	Enfants	18,7%	
	Fréquence des contacts		
	<i>Quotidien</i>	40%	
	<i>1x/semaine</i>	51,3%	
	<i>1x/mois</i>	2,5%	
	<i>1x/an</i>	3,8%	
	<i>Moins d'1x/an</i>	0%	
	<i>Non approprié</i>	2,5%	
Relations sociales			
	Ami proche	62,5%	
	Ami en cas de besoin	57,7%	
	Visite ami (les 7 derniers jours)	37,5%	
Santé			
	Problème organique	26,3%	
	Problème psychique	98,8%	
	Problème physique	18,8%	
EVA* Qualité de vie objective (évaluée par l'investigateur)		44,87 (19,087)	9,23-89,40

*EVA= Echelle visuelle analogique : 0 à 100.

Il est à noter que l'évaluation subjective (faite par le participant) et l'évaluation objective (celle effectuée par l'investigateur) de la QdV globale via les EVA ne sont pas corrélées significativement ($r=0.19$; $p>0.05$). En moyenne, la QdV subjective est plus importante que la QdV objective.

La LQOLP fournit également une auto-évaluation du Bien-être général. Dans notre échantillon, la QdV subjective est fortement corrélée au Bien-être général ($r=0,61$; $p<0,001$) alors que la QdV objective n'y est que faiblement corrélée ($r=0,26$; $p=0,02$).

3. Description des Variables psychologiques à l'inclusion (T1)

Le tableau 6 présente les scores obtenus par l'échantillon total aux évaluations psychologiques à l'inclusion (T1).

Tableau 6 : Description des variables psychologiques à l'inclusion (N=80)

Echantillon	N	Total (80) moyenne (ET)	Site 1 (43)	Site 2 (18)	Site 3 (19)	Min - Max
Estime de soi (10-40)	80	26, 91 (5, 49)	26,65(5,40)	26,88(5,37)	27,53(6,03)	12-40
SSTICS^a	80					
<i>Fonctionnement exécutif (0-16)</i>		6, 58 (3, 39)	6,32(3,55)	6,72 (3,54)	7 (2,98)	0-15
<i>Mémoire info (0-16)</i>		5, 8 (2, 94)	5,19(2,81)	6,83 (2,73)	6,21 (3,18)	1-13
<i>Conscience effort (0-16)</i>		7, 54 (3, 48)	7,37 (3,49)	8,5 (3,63)	7 (3,29)	1-15
<i>Vie quotidienne (0-16)</i>		4, 28 (2, 61)	3,63 (2,32)	5,44 (2,75)	4,63 (2,79)	0-12
<i>Distractibilité (0-12)</i>		4, 9 (2, 56)	4,93 (2,71)	4,61 (2,09)	5,11 (2,71)	0-11
<i>Niveau de vigilance (0-4)</i>		1, 01 (1, 13)	1,02 (1,08)	1,06 (1,25)	0,95 (1,18)	0-4
<i>Mémoire de travail objectif (0-8)</i>		4, 05 (2, 03)	4,02 (2,11)	4,06 (1,98)	4,1 (1,99)	0-8
<i>Mémoire explicite objectif (0-28)</i>		11, 06 (5, 39)	9,79 (5,40)	13,05 (4,76)	12,05 (5,40)	2-25
<i>Attention objectif (0-20)</i>		8, 34 (4, 08)	8,19 (4,08)	8,44 (4,07)	8,58 (4,29)	0-18
<i>Fonctionnement exécutif objectif (0-12)</i>		4, 9 (2, 88)	4,76 (3,08)	4,94 (2,62)	5,16 (2,73)	0-12
<i>Langage objectif (0-4)</i>		1, 85 (1, 25)	1,77 (1,32)	2,33 (1,14)	1,58 (1,12)	0-4
<i>Praxie objectif (0-4)</i>		0, 58 (0, 89)	0,48 (0,79)	0,83 (0,92)	0,53 (1,07)	0-4
SSTICS Total (0-84)		30, 78 (12, 39)	29,02 (11,76)	33,67 (12,87)	32 (13,29)	7-65
Code (0-133)	78	50, 88 (14,72)	50,57 (15, 29)	44, 94 (15, 15)	56, 89 (10, 85)	15-82
Séquence Lettre-Chiffre (0-21)	80	7,54 (3,53)	7, 88 (3, 36)	6, 39 (4, 15)	7, 84 (3, 2)	1-16
Mémoire des chiffres	80					
<i>Endroit (0-16)</i>		7, 87(1,99)	8, 19 (2)	7, 22 (2, 1)	7, 79 (1, 78)	4-13
<i>Envers (0-14)</i>		4,83 (1, 69)	4, 88 (1, 59)	4, 33 (1, 97)	5, 16 (1, 64)	1-9
MCST^b						
<i>Erreur</i>	73	13, 04 (8,56)	12, 53 (8, 09)	15, 43 (10, 75)	12, 37 (7, 91)	0-35
<i>Persévération</i>	72	4, 60 (4, 38)	4, 79 (4, 07)	5, 5 (6, 22)	3, 53 (3, 26)	0-22
<i>Nombre (Nb) de Catégories</i>	73	4, 33 (1, 61)	4, 38 (1, 49)	3, 93 (2, 13)	4, 53 (1, 43)	0-6
<i>Nb de cartes pour 6 catég.</i>		42, 39 (3, 12)	42, 64 (3,75)	43, 2 (2, 49)	41, 43 (2, 51)	36-47
<i>Abandon Prématuré</i>	72	1, 36 (1, 24)	1, 38 (1, 33)	1, 5 (1, 02)	1, 21 (1, 23)	0-5
RLRI -16^c (0-48)	80					
<i>RL Total</i>		28, 89 (6, 64)	28,74 (6,62)	29,72 (7,4)	28,42 (6,15)	7-44
<i>RI Total</i>		16, 23 (5, 28)	16,30 (5,63)	15,78 (5,36)	16,47 (4,58)	4-38
Faces Test (0-20)	80					
<i>Libre</i>		6,07 (2, 32)	6, 56 (2, 21)	5 (2, 26)	6 (2, 36)	1-12
<i>Indicé</i>		14, 28 (2, 49)	14, 44 (2, 36)	13, 78 (2, 56)	14, 37 (2, 75)	7-19

STAI ^d A Total (20-80)	78	37, 73 (12, 33)	37,14 (12,93)	39,06 (10,78)	37,84 (12,78)	20-69
STAI B Total (20-80)	78	47, 78 (11, 09)	48,05 (11,92)	47,11 (10,20)	47,79 (10,43)	28-80
BDI ^e Total (0-63)	79	13, 82 (8, 26)	13,98 (9,24)	13,88 (7,69)	13,42 (6,56)	1-36
PANSS ^f	77					
<i>Positif (7-49)</i>		17, 26 (7, 25)	14,6 (4,72)	26,80 (7,39)	15,74 (5,74)	7-36
<i>Négatif (7-49)</i>		19, 83 (8, 43)	16,88 (5,49)	32 (7,02)	16,89 (6,15)	8-41
<i>Général (16-112)</i>		40, 40 (15, 89)	33,58 (7,73)	66,93 (11,29)	34,89 (9,89)	19-87
SUMD ^g (1-5)	54					
Actuel						
<i>Maladie</i>		1, 98 (1, 14)	1,60 (0,88)	2,73 (1,28)	1,79 (1,03)	1-5
<i>Traitement</i>		2, 22 (1, 28)	2,1 (1,41)	2,93 (1,28)	1,79 (0,92)	1-5
<i>Conséquences</i>		2, 33 (1, 35)	2,25 (1,29)	3,13 (1,3)	1,79 (1,18)	1-5
BCIS^h						
<i>Réflexion sur soi (0-27)</i>	78	17,19(3,63)	17,70(3,92)	16,00(3,35)	17,11 (3,03)	10-26
<i>Certitude de soi (0-18)</i>	77	9,17(3,17)	9,07(3,31)	9,13(3,52)	9,44(2,62)	2-18
<i>Index composite</i>	76	8,01(5,12)	8,63(5,85)	6,56(3,85)	7,82(4,00)	-4-22
IS ⁱ Total (0-16)	78	11, 41 (3, 61)	12, 19 (3,42)	9, 13 (4,47)	11, 58 (2, 39)	0-16
<i>Symptômes</i>		2, 60 (1, 31)	2, 77 (1, 29)	1, 94 (1,18)	2, 79 (1, 36)	0-4
<i>Maladie</i>		2, 04 (1, 26)	2, 42 (1,19)	1, 56 (1, 50)	1, 58 (0,90)	0-4
<i>Traitement</i>		3, 3 (1, 13)	3, 5 (0, 83)	2, 5 (1, 71)	3, 60 (0,61)	0-4
Soutien social perçu (1-5)	79					
<i>Disponibilité totale</i>		1, 22 (0, 84)	1, 14 (0, 72)	1, 14 (1, 19)	1, 48 (0, 73)	0-4,5
<i>Satisfaction totale</i>		3, 9 (0, 75)	3, 80 (0, 79)	4, 10 (0, 87)	3, 95 (0, 45)	1,75-5
ISMI ^j Total (1-4)	78	2,24 (0,42)	2,27 (0,43)	2,10 (0,47)	2,30 (0,32)	1-4
<i>Aliénation</i>		2,33 (0,60)	2,33 (0,61)	2,14 (0,60)	2,52 (0,57)	1-4
<i>Approbation du stéréotype</i>		1,93 (0,48)	1,97 (0,48)	1,91 (0,43)	1,86 (0,56)	1-3
<i>Expérience de discrimination</i>		2,17 (0,58)	2,28 (0,64)	1,94 (0,60)	2,14 (0,26)	1-4
<i>Retrait social</i>		2,24 (0,56)	2,28 (0,61)	2,15 (0,56)	2,25 (0,46)	1-4
<i>Résistance au stigma</i>		2,39 (0,50)	2,44 (0,47)	2,40 (0,58)	2,29 (0,50)	1-4

NB: ^aSSTICS= Subjective scale to investigate cognition in schizophrenia ; ^bMCST = Modified Card Sorting Test ; ^cRL RI-16 = Rappel Libre Rappel Indicé-16 ; ^dSTAI = State Trait anxiety inventory version A et B ; ^eBDI = Beck Depression Inventory ; ^fPANSS = Positive and Negative Symptoms Scale ; ^gSUMD = Scale of Unawareness of mental disease ; ^hBCIS= Beck Cognitive Insight Scale; ⁱIS= Insight Scale; ^jISMI= Internalized Stigma of Mental Illness.

4. Comparaison des lieux de recrutements à l'inclusion (T1)

Le tableau 7 présente les résultats des ANOVAs ayant permis la comparaison des différents lieux de recrutement sur les variables à l'inclusion.

Tableau 7 : Comparaison des lieux de recrutement à l'inclusion (N=80)

		Comparaison des moyennes (ANOVA à un facteur)
Variables sociodémographiques		
	Age	F(2)=5,27 ; p<0,05*
	Age 1ere Hospitalisation	F(2)= 5,36 ; p<0,05*
Qualité de vie		
	Bien être Général	F(2)=2,27 ; p>0,05
	EVA Subjective	F(2)=1,39 ; p>0,05
	Degré de Satisfaction sur la vie	F(2)=2,15 ; p>0,05
	EVA Objective	F(2)= 2,88 ; p>0,05
Cognition		
	Code	F(2)= 3,15 ; p<0,05*
	SLC	F(2)=1,24 ; p>0,05
	MDC Endroit	F(2)= 1,53 ; p>0,05
	MDC Envers	F(2)= 1,15 ; p>0,05
	RL Total	F(2)= 0,24 ; p>0,05
	RI Total	F(2)=0,10 ; p>0,05
	MCST Erreurs	F(2)= 0,67 ; p>0,05
	FT Libre	F(2)= 3,04 ; p>0,05
	FT Indicé	F(2)= 0,46 ; p>0,05
Métacognition		
	SSTICS Total	F(2)=1,01 ; p>0,05
	BCIS RS	F(2)= 1,35 ; p>0,05
	BCIS CS	F(2)= 0,09 ; p>0,05
	ISMI Total	F(2)= 1,04 ; p>0,05

NB : *p<0,05

Bien que les ANOVAs révèlent des différences significatives concernant les variables sociodémographiques (âge, âge de la première hospitalisation) entre les trois lieux de recrutement, aucune différence n'a été relevée sur les autres variables (cognition, symptômes, QdV), à l'exception du score aux Codes mesurant la vitesse de traitement.

Le test LSD de Fischer permet de renseigner les différences entre chaque lieu. Le lieu 2 présente un âge moyen (41,11 ; écart-type : 12,79) significativement supérieur (p<0,05) au lieu 1 (35,56 ; écart-type : 8,69) et au lieu 3 (30,89, écart-type : 7,87). De même l'âge de la première hospitalisation est supérieur dans le lieu 2 (30,24 ; 9,53) par rapport aux lieux 1 (24,29 ; 7,39) et 3 (21,95 ; 7,25). Les lieux 1 et 3 ne diffèrent pas sur cette variable. Enfin, le lieu 3 (56,89, 10,85) présente un score brut moyen aux Codes significativement supérieur au lieu 2 (44,94 ; 15,15).

5. Modèles de prédiction de la QdV

Après analyse de la distribution des variables d'intérêt (cf. Annexe 1), seuls les scores présentant une distribution normale ont été retenus pour le présent rapport.

Dans un premier temps, des corrélations ont été effectuées entre les différents prédicteurs (cognitifs, symptomatologiques –comprenant anxiété et dépression-, métacognitifs) et les variables de handicap psychique (QdV subjectives et objectives évaluées par EVA dans la LQOLP), pour sélectionner les variables pertinentes à inclure comme prédicteurs dans les régressions linéaires.

5.1. Analyses transversales

Prédiction de QdV subjective à T1

La QdV subjective à T1 est significativement corrélée avec l'anxiété –trait (STAIB : $r=-0,30$; $p=0,008$), avec la dépression (BDI : $-0,27$; $p=0,016$), avec la disponibilité du soutien social perçu ($r=0,291$; $p=0,009$), la stigmatisation internalisée (ISMI : $-0,253$; $p=0,033$) et l'estime de soi (RSE : $r=0,222$; $p=0,048$). Aucune association n'a été relevée entre la QdV subjective et les facteurs objectifs, en particulier les facteurs cognitifs ou les symptômes psychotiques.

Les résultats de la régression linéaire multiple sont détaillés dans le tableau 8.

Tableau 8 : Prédiction de la QdV subjective à T1^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Corrélations		
	A	Erreur standard	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partie
1 (Constante)	121,621	29,770		4,085	,000			
STAIBTT	-1,072	,420	-,550	-2,553	,013	-,375	-,304	-,285
BDITT	-,004	,511	-,001	-,008	,994	-,285	-,001	-,001
DISPOTT	5,254	3,037	,208	1,730	,089	,261	,211	,193
ISMITT	4,055	7,982	,073	,508	,613	-,229	,063	,057
RSETT	-1,052	,646	-,269	-1,630	,108	,148	-,200	-,182

a. Variable dépendante : EVASat : Qualité de vie subjective mesurée par Echelle Visuelle Analogique.

NB : STAIBTT : Score total d'anxiété trait ; BDITT : score total de dépression ; DISPOTT : score total de disponibilité du soutien social perçu ; ISMITT : score total d'internalisation de la stigmatisation ; RSETT : score total d'estime de soi.

Le modèle incluant l'anxiété trait, la dépression, la disponibilité du soutien social perçu, la stigmatisation internalisée et l'estime de soi est significatif et prédit 14,2% de la variance de la QdV subjective (R^2 ajusté = 0,142). Le seul prédicteur significatif de la QdV subjective au final est l'anxiété trait.

Enfin, les corrélations significatives initialement relevées entre la QdV et les facteurs psychologiques (essentiellement cognitifs, symptomatologiques, métacognitifs) disparaissent le plus souvent dans les modèles de régression linéaire multiple.

Prédiction de QdV objective à T1

La QdV objective à T1 est significativement corrélée avec la vitesse de traitement cognitif (Code : $r=0,393$; $p<0,001$), la mémoire de travail (Séquence Lettres-Chiffres -SLC- : $0,274$; $p=0,004$), la mémoire épisodique verbale (RL/RI 16 : Rappel Libre 3 -RL3- $r=0,267$; $p=0,017$), le fonctionnement exécutif (Erreurs au MCST -MCSTE- $r=-0,233$; $p=0,048$), la cognition sociale (score au Faces Test -FT- $r=0,308$; $p=0,005$), les symptômes psychiatriques positifs (PANSS échelle positive : $-0,317$; $p=0,005$), négatifs (PANSS - échelle négative : $-0,453$; $p=0,005$), généraux (PANSS - échelle négative : $-0,441$; $p<0,001$), avec l'estime de soi (RSE : $r=0,223$; $p=0,047$), la stigmatisation internalisée (ISMI : $r=-0,273$; $p=0,047$) et les plaintes cognitives (SSTICS : $-0,288$; $p=0,010$).

Etant donné que l'objectif de la présente recherche était d'appréhender l'apport potentiel des facteurs métacognitifs dans les modèles de prédiction du handicap psychique (ici mesuré par la QdV objective), deux modèles ont été comparés : l'un basé sur les prédicteurs classiques (cognition et symptômes) constitue le modèle classique, l'autre avec ces mêmes prédicteurs mais en ajoutant les variables métacognitives (stigmatisation internalisée, plaintes cognitives, insight cognitif).

Le premier modèle, classique a été testé en incluant les prédicteurs fréquemment rapportés par la littérature, et ayant également une corrélation significative avec la QdV objective dans la présente recherche. Les résultats de la régression linéaire multiple sont détaillés dans le tableau 9.

Tableau 9 : Prédiction de la QdV objective à T1 : Modèle classique ^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Corrélations		
	A	Erreur standard	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partie
1 (Constante)	48,534	19,155		2,534	,014			
Code	,354	,173	,276	2,043	,045	,429	,253	,206
SLC	,399	,765	,073	,521	,604	,328	,067	,052
RL/RI 16	,261	,880	,037	,297	,767	,307	,038	,030
MCST	-,002	,270	-,001	-,009	,993	-,247	-,001	-,001
FT	-,270	1,054	-,034	-,256	,799	,286	-,033	-,026
PANSSP	,271	,427	,098	,636	,527	-,328	,081	,064
PANSSN	-,468	,414	-,193	-1,129	,263	-,517	-,143	-,114
PANSSG	-,452	,261	-,346	-1,730	,089	-,493	-,216	-,174

a. Variable dépendante : EVAPro : Qualité de vie objective mesurée par Echelle Visuelle Analogique

NB : Code (Vitesse de traitement) ; SLC : Séquences lettres chiffres (mémoire de travail) ; RL/RI16 : Rappel Libre Rappel Indiqué 16 (Mémoire épisodique verbale) ; MCST : Modified Card Sorting Task (Fonctionnement exécutif) ; FT : Faces Test -Cognition sociale) ; PANSS : Positive and Negative syndrome Scale / P : Positive / N : Negative / G : General (Symptômes psychiatriques).

Le modèle classique est significatif et explique 30,2% de la variance de la QdV objective (R^2 ajusté = 0,302). Le seul prédicteur significatif au final est la vitesse de traitement.

Le second modèle inclut les variables métacognitives incluses dans le protocole et significativement corrélées à la QdV objective. Les résultats de la régression linéaire multiple sont détaillés ci-dessous. Il est significatif et explique 21,6% de la variance de la QdV objective. Les résultats de la régression linéaire multiple sont détaillés dans le tableau 10.

Tableau 10 : Prédiction de la QdV objective à T1 : Modèle métacognitif ^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Corrélations		
	A	Erreur standard	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partie
1 (Constante)	21,222	36,308		,585	,562			
Code	,295	,200	,218	1,473	,147	,396	,204	,167
SLC	,095	,844	,017	,112	,911	,277	,016	,013
RL3Ok	,349	,991	,052	,352	,726	,333	,050	,040
MCSTE	-,070	,303	-,033	-,230	,819	-,225	-,032	-,026
FTI	1,170	1,351	,142	,866	,391	,343	,122	,098
PANSSP	,014	,485	,005	,030	,976	-,322	,004	,003
PANSSN	-,356	,465	-,149	-,766	,447	-,468	-,108	-,087
PANSSG	-,208	,334	-,152	-,624	,536	-,441	-,088	-,071
ISMITT	2,164	7,367	,049	,294	,770	-,263	,042	,033
SSTICSTT	-,244	,241	-,171	-1,012	,317	-,341	-,142	-,115
RSETT	,293	,454	,090	,647	,521	,136	,091	,073

a. Variable dépendante : EVAPro : Qualité de vie objective mesurée par Echelle Visuelle Analogique

NB : Code (Vitesse de traitement) ; SLC : Séquences lettres chiffres (mémoire de travail) ; RL/RI16 : Rappel Libre Rappel Indicé 16 (Mémoire épisodique verbale) ; MCSTE : Modified Card Sorting Task (Fonctionnement exécutif) ; FT : Faces Test –Cognition sociale) ; PANSS : Positive and Negative syndrome Scale / P : Positive / N : Negative / G : General (Symptômes psychiatriques) ; ISMITT : score total d'internalisation de la stigmatisation ; SSTICS : score total de plaintes cognitives ; RSETT : score total d'estime de soi.

Le modèle métacognitif est significatif et explique 21,6% de la variance de la QdV objective. Aucun prédicteur isolé n'est plus significatif.

Si l'on compare les modèles sur la base du pourcentage de variance de la QdV objective prédit, alors le modèle classique est plus performant que le modèle métacognitif (30,2 % versus 21,6% de variance expliquée).

Une série supplémentaire d'analyses a cherché à explorer si le pouvoir prédictif des facteurs cognitifs objectifs augmentait lorsqu'on y ajoutait un facteur métacognitif. Pour cela, nous avons retenu le seul prédicteur cognitif significatif du modèle classique, à savoir la vitesse de traitement cognitif (Code). Prise isolément, la vitesse de traitement cognitif explique 14,3 % de la variance de la QdV objective (R^2 ajusté=0,143). Si l'on ajoute les plaintes cognitives (SSTICS – score total) dans le modèle, alors les deux prédicteurs sont significatifs (Vitesse de traitement : $\beta = 0,377$; $p=0,013$; Plaintes cognitives : $\beta = -0,266$; $p=0,011$) et le pouvoir prédictif du modèle augmente à 20,4 % de variance expliquée.

5.2. Analyses longitudinales

Création de variables dynamiques

La distribution du pourcentage d'amélioration de la QdV objective est normale (Test de Kolmogorov- Smirnov non significatif), ce qui n'est pas le cas de la QdV subjective. En effet, la QdV subjective ne varie que très peu entre T1 et T2. Cette dernière variable n'a donc pas été retenue pour les analyses subséquentes.

Les analyses longitudinales ont porté sur les modèles de prédiction de l'évolution de la QdV objective à 6 mois. Pour cela, des pourcentages d'amélioration ont été calculés sur la base suivante : $[(QdV \text{ à } T2 - QdV \text{ à } T1) / QdV \text{ à } T1] * 100$. La même procédure que pour les analyses transversales (vérification de la normalité des distributions, corrélations puis régressions linéaires multiples) a été utilisée.

Prédiction de l'amélioration de la QdV objective à T2

Aucun des prédicteurs à T1, classiques ou métacognitifs, n'est corrélé à l'amélioration de la QdV objective entre T1 et T2.

Par suite, des analyses de corrélation ont été effectuées entre l'amélioration de la QdV objective et l'amélioration des différentes variables re-testées (cognition et métacognition). Le calcul est le même que celui décrit ci-dessus. Les quelques valeurs aberrantes ou très extrêmes ont été éliminées. Des tests non paramétriques ont été appliqués quand les variables n'étaient pas normalement distribuées. L'amélioration de la QdV n'est corrélée avec aucune des variables d'amélioration.

Cependant, il faut noter que l'amélioration de la QdV objective est corrélée négativement avec le niveau de QdV objective à l'inclusion, ce qui signifie que plus la QdV est basse à l'inclusion, et plus elle est susceptible de s'améliorer dans le temps.

Enfin, la variable « amélioration de la QdV objective » a été catégorisée en 2 modalités : évolution négative, et évolution positive, de manière à obtenir deux groupes. Ces deux groupes ont été comparés sur les variables à l'inclusion et les autres variables d'évolution à l'aide de t-tests pour échantillons indépendants. Les deux groupes d'évolution de la QdV objective ne se distinguent sur aucune des variables testées.

V. Discussion

5.1. La relative indépendance des variables subjectives et objectives

Les résultats montrent que la QdV objective et la QdV subjective ne sont pas corrélées, ce qui suggère une relative indépendance dans deux mesures de ce même construit qu'est la QdV. De plus, dans notre échantillon, la QdV subjective et la QdV objective ne sont pas associées aux mêmes variables cognitives, symptomatologiques, métacognitives et psychologiques. En effet, la QdV subjective n'est associée qu'avec des variables subjectives, c'est-à-dire auto-évaluées (anxiété, dépression, soutien social), certaines reflétant plus spécifiquement la perception qu'a un sujet de lui-même (stigmatisation, estime de soi). En revanche, la QdV objective est associée essentiellement avec des variables objectives (cognition, symptômes), ainsi qu'avec quelques variables subjectives (stigmatisation, estime de soi, plaintes cognitives). Il est à noter qu'aucun lien n'a été mis en évidence avec l'insight.

Ces résultats sont globalement cohérents avec les études internationales qui ont montré que, concernant la qualité de vie, les points de vue des cliniciens ou évaluateurs externes et celui des sujets concernés divergent. Par conséquent, les évaluations objectives et subjectives de la QdV peuvent aboutir à des résultats différents, notamment dépendant de la dimension considérée (e.g. relations sociales versus travail) (Gaite et al., 2002; Sainfort et al., 1996). Plus généralement, les points de vue du psychiatre et du patient divergent concernant la conception de la QdV et de ce qui la détermine. La conception psychiatrique est centrée sur la maladie, les symptômes et les incapacités. Il apparaît que ce sont davantage les conditions et le style de vie qui importent pour le patient (Kilian et al., 2003). Les modèles de régression linéaire multiple testés montrent que nos données sont également cohérentes avec la littérature internationale concernant le poids des prédicteurs classiques (Green et al., 2004). Néanmoins, ces modèles ont pour but d'identifier les meilleurs prédicteurs du retentissement fonctionnel, qui ne constitue qu'une dimension du handicap psychique, parce qu'essentiellement ciblée sur les limitations d'activité, ou sur des mesures très distales du fonctionnement social. Enfin, ces mesures ne sont pas étayées sur des modèles théoriques du handicap.

5.2. Intérêts et limites des modélisations classiques

Il faut souligner ici que les méthodes classiques d'analyse des données (régressions multiples) échouent à mettre en évidence le rôle précis des facteurs subjectifs quant à la prédiction du handicap psychique. Le pourcentage de variance expliquée demeure faible, bien que cohérent avec la littérature internationale (Koren and Harvey, 2006). Dans ce champ de recherche, une limite à l'utilisation des méthodes statistiques classiques pourrait être la forte corrélation entre les multiples variables prédictrices incluses. Dans cette même perspective, ces modèles pourraient masquer l'influence médiatrice ou modulatrice de certaines variables (Brauer, 2000). Pour aller dans ce sens, nos résultats montrent que des variables métacognitives, comme les plaintes cognitives, ajoutent au pouvoir prédicteur de

certaines variables cognitives prises isolément, comme la vitesse de traitement. Ce résultat suggère que, dans le handicap psychique, le pouvoir prédictif des troubles cognitifs objectivement mesurés est donc renforcé par celui de la perception subjective des troubles, telle que la personne concernée peut les rapporter.

Une autre limite est théorique cette fois-ci. En effet, les variables objectives et subjectives relèvent a priori de niveaux de description différents, bien qu'ils renvoient globalement aux mêmes construits théoriques.. Loin de s'additionner, les effets de ces différents niveaux pourraient être combinés sous forme d'interaction.

Une étude américaine a ainsi montré que les relations entre l'insight et le fonctionnement social, l'espoir et l'estime de soi étaient modulées par la stigmatisation internalisée dans la schizophrénie. Ce résultat a pu être obtenu en identifiant au préalable des profils d'interaction entre les variables (haut niveau d'insight/bas niveau de stigmatisation, haut niveau d'insight/niveau de stigmatisation modéré, bas niveau d'insight/stigmatisation légère), par le biais d'analyses en clusters. Différents groupes ont été ainsi isolés, dont le fonctionnement social est différent (Lysaker et al., 2007).

Enfin, ces profils d'interaction entre les variables pourraient être particulièrement pertinents pour appréhender les dynamiques d'évolution des sujets souffrant de schizophrénie. Des comportements différents pourraient être révélés, masqués actuellement par le traitement linéaire des données.

5.3. Apports concernant la mesure du handicap psychique

Les résultats du présent rapport posent la question de la définition du handicap psychique, et secondairement celle de l'opérationnalisation du concept. La définition de la loi de février 2005, en parlant de limitation d'activité et de restrictions de la participation, évoque des construits objectifs. La mesure de la QdV objective correspond a priori à cette définition, puisqu'elle fait référence aux conditions de vie, à la notion de participation et se base sur des indicateurs objectifs.

Cependant cette définition, toute objective, peut apparaître paradoxale à deux titres. D'une part, parce que l'origine du handicap est ici « psychique », c'est-à-dire qu'elle renvoie à des troubles psychiques, et en particulier des troubles de la représentation de soi et de l'identité. L'influence de ces caractéristiques de la pathologie ont donc un impact direct sur la restriction de la participation, et devraient donc être abordées au même titre que des variables plus objectives, comme les symptômes ou la cognition. D'autre part, l'ajustement des personnes à leurs déficiences est variable en fonction des individus, quel que soit le handicap considéré (moteur, psychique, cognitif etc.). Les variables psychologiques subjectives, comme le sentiment d'être stigmatisé ou la perception de son efficacité et de sa capacité à faire face, ont leur place dans les modèles du handicap.

Ces considérations renvoient à la définition que donne l'OMS de la santé mentale, à savoir « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté ». Même si les deux concepts de handicap psychique et de santé mentale ne sont pas superposables, l'OMS rappelle que le bien-être subjectif est le cadre dans lequel se déploie le handicap psychique. Nos résultats montrent clairement que le bien-être subjectif est fortement corrélée avec la QdV subjective, alors qu'il ne l'est que faiblement avec la QdV objective.

Ces différents éléments sont donc en faveur de l'inclusion des mesures subjectives pour appréhender le handicap psychique. Nos résultats apportent des éléments supplémentaires en mettant en évidence que ces construits subjectifs sont prédits par des variables subjectives, auto-évaluées et ayant trait à la manière dont le sujet se perçoit.

VI. Limites

Les méthodes de mesure (hétéro-évaluation versus auto-évaluation) étant différentes, nous ne pouvons exclure que le manque d'association entre certains facteurs (objectifs versus subjectifs) soit en partie imputable à une disparité entre les méthodes et outils utilisés. De même, les associations récurrentes entre QdV subjective et des facteurs évalués subjectivement pourraient, au moins en partie, être dues à la similarité de la méthode de mesure.

Malgré le contrebalancement des ordres de passation, ce sont les mêmes évaluateurs qui ont coté les différentes échelles. La représentation que s'est faite le cotateur du participant, active à chaque évaluation, peut avoir maximisé les associations entre facteurs, qui deviennent donc plus dépendants les uns des autres.

Les sujets inclus dans la présente étude ont tous accepté de participer, et n'étaient pas hospitalisés. L'échantillon obtenu n'est donc pas représentatif de l'ensemble des personnes souffrant d'un trouble du spectre schizophrénique.

VII. Modifications par rapport aux analyses initialement prévues et perspectives

Les analyses en clusters, initialement prévues dans le projet, n'ont pas encore été effectuées à ce jour. Elles demandent en effet l'intervention d'un statisticien spécialisé, non disponible depuis la fin de la saisie des données et de la vérification des bases (février 2012). Ces analyses seront cependant menées dans les prochains mois. Comme argumenté dans la discussion, elles constituent en effet une méthode d'exploitation des données complémentaires aux méthodes classiques de corrélation et de régression.

VIII. Calendrier de la recherche

Décembre 2009- février 2010 : préparation des fiches de recueil standardisées, formation des évaluateurs, présentation du projet aux services cliniques impliqués.

Mars 2010- septembre 2011 : inclusion des participants.

Septembre 2010- février 2012 : suivi des participants, analyses préliminaires.

Février 2012- juin 2012 : analyses longitudinales et rédaction des articles et communications correspondants.

IX. Détails des projets des jeunes chercheurs

Ce projet a nécessité l'implication de plusieurs chercheurs de disciplines différentes, possédant des connaissances pointues sur les domaines que recouvre le handicap psychique dans la schizophrénie : dans le domaine des troubles du spectre schizophrénique, de leur prise en charge multiaxiale et des traitements pharmacologiques (Pr H Verdoux, C. Quilès), du handicap psychique et de ses déterminants cognitifs et subjectifs (A Prouteau, H. Tastet, C. Grados). Ce projet s'est donc appuyé sur de jeunes chercheurs, de niveau mastérien et doctoral, impliqués dans le domaine du handicap et de la schizophrénie depuis au moins 1 an, issus de disciplines différentes.

Leur implication a considérablement enrichi la qualité et la portée de cette étude. Les détails des projets sont donnés ci-dessous.

Projet de Clarisse GRADOS

Le projet portait sur la traduction de l'échelle de stigmatisation internalisée (ISMI), puisqu'il n'existe pas à ce jour d'outil français pour mesurer la stigmatisation perçue dans le domaine de la santé mentale. Un prolongement du recrutement a été prévu, pour augmenter la taille de l'échantillon nécessaire à la validation de l'ISMI (Internalisation de la stigmatisation) en langue française.

Projet de Clélia QUILES

Ce projet portait plus spécifiquement sur l'étude de la pertinence et de la validité de mesures originales de la métacognition. Ces mesures, dites « en ligne », permettent de recueillir le point de vue du sujet sur sa performance et la confiance qu'il lui accorde pendant l'exécution d'une tâche. Un groupe supplémentaire de sujets témoins, en dehors de la cohorte initiale, est actuellement testé sur ces points spécifiques.

Hélène TASTET

Cette étudiante au doctorat, par ailleurs déjà psychologue clinicienne, a assuré la coordination du projet dans ses aspects pratiques, rassemblé les données recueillies et vérifié les bases, rendu compte des modifications et des événements significatifs dans le déroulement du projet pour en assurer la qualité. Son projet de thèse porte plus spécifiquement sur l'insight dans la schizophrénie et ses relations avec les facteurs environnementaux.

La réunion de ces jeunes chercheurs et cliniciens-chercheurs au sein d'un projet ambitieux avait également pour objectif de développer un réseau d'experts au niveau local dans un premier temps, et de répondre aux demandes croissantes du terrain clinique et des aidants naturels. Des réunions de synthèse pour présenter les données et parler de collaborations futures sont programmées.

X. Conclusion

L'étude avait pour objectif d'étudier le poids des facteurs subjectifs dans les modèles classiques de prédiction du handicap psychique. Les résultats montrent que la qualité de vie subjective, telle que perçue par le sujet, et la qualité de vie objective, telle que perçue par un évaluateur extérieur, ne sont pas reliées. La qualité de vie subjective est fortement reliée au bien-être général, alors que la qualité de vie objective n'y est que faiblement associée. Les prédicteurs des qualités de vie sont également différents. La qualité de vie subjective est exclusivement reliée à des variables subjectives, autoévaluées et ayant trait à la représentation de soi. A l'inverse, la qualité de vie objective est essentiellement reliée à des prédicteurs objectifs, comme les symptômes et la cognition, et peu à des prédicteurs subjectifs. De plus, prises isolément, les variables cognitives les plus pertinentes voient leur pouvoir prédictif augmenté par l'ajout de variables subjectives comme les plaintes cognitives dans les modèles de prédiction de la qualité de vie objective. Les résultats suggèrent en outre que les relations entre cognition, symptômes et facteurs subjectifs ne sont pas linéaires. Par suite, elles devraient être investiguées à l'aide de méthode permettant d'établir des profils différents d'interaction entre les variables, notamment dans une perspective longitudinale. Enfin, cette étude souligne l'importance et la relative indépendance des mesures subjectives du handicap psychique, qui ne se superposent pas aux mesures objectives.

XI. Bibliographie

Amador, X.F., Flaum, M., Andreasen, N.C., Strauss, D.H., Yale, S.A., Clark, S.C., Gorman, J.M., 1994. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry* 51(10), 826-836.

APA, American Psychiatric Association., 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition, text revision, Washington, DC.

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Jolliffe, T., 1997. Is there a "language of the eyes"? Evidence from normal adults and adults with autism or Asperger syndrome. *Visual Cognition* 4, 311-331

Beck, A.T., Baruch, E., Balter, J.M., Steer, R.A., Warman, D.M., 2004. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res* 68(2-3), 319-329.

Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K., 1998. *BDI-II : Inventaire de dépression de Beck*. ECPA, Paris.

Birchwood, M., Smith, J., Drury, V., Healy, J., Macmillan, F., Slade, M., 1994. A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatr Scand* 89(1), 62-67.

Bowie, C.R., Leung, W.W., Reichenberg, A., McClure, M.M., Patterson, T.L., Heaton, R.K., Harvey, P.D., 2008. Predicting schizophrenia patients' real-world behavior with specific neuropsychological and functional capacity measures. *Biol Psychiatry* 63(5), 505-511.

Bowie, C.R., Twamley, E.W., Anderson, H., Halpern, B., Patterson, T.L., Harvey, P.D., 2007. Self-assessment of functional status in schizophrenia. *J Psychiatr Res* 41(12), 1012-1018.

Boyd Ritsher, J., Otilingam, P.G., Grajales, M., 2003. Internalized stigma of mental illness : psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research* 121, 31-49.

Brauer, M., 2000. L'identification des processus médiateurs dans a recherche en psychologie. *L'année psychologique* 100(4), 661-681.

Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G., 2007. ISMI, translated as part of the GAMIAN-EUROPE stigma study: International perspectives on the experience of self-stigma. Données non publiées.

Bruchon-Schweitzer, M., 2002. *Psychologie de la santé. Modèles, concepts et méthodes*. Dunod, Paris.

Bruchon-Schweitzer, M., Paulhan, I., 1993. *Manuel du STAI, forme Y, adaptation française*. ECPA, Paris.

Caron, J., Corbiere, M., Mercier, C., Diaz, P., Ricard, N., Lesage, A., 2003. The construct validity of the client questionnaire of the Wisconsin Quality of Life Index--a cross-validation study. *Int J Methods Psychiatr Res* 12(3), 128-138.

Carruthers, P., 2009. How we know our own minds: the relationship between mindreading and metacognition. *Behav Brain Sci* 32(2), 121-138; discussion 138-182.

Farrer, C., Franck, N., 2009. [Sense of body in schizophrenia]. *Encephale* 35(1), 43-51.

Favrod, J., Zimmermann, G., Raffard, S., Pomini, V., Khazaal, Y., 2008. The Beck Cognitive Insight Scale in outpatients with psychotic disorders: further evidence from a French-speaking sample. *Can J Psychiatry* 53(11), 783-787.

Flavell, J.H., 1979. Metacognition and cognitive monitoring : a new area of cognitive development inquiry. *American Psychologist* 39, 906-911.

Gaite, L., Vazquez-Barquero, J.L., Borra, C., Ballesteros, J., Schene, A., Welcher, B., Thornicroft, G., Becker, T., Ruggeri, M., Herran, A., 2002. Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON study. *Acta Psychiatr Scand* 105(4), 283-292.

Godefroy, O., GREFEX, 2008. Fonctions exécutives et pathologies neurologiques et psychiatriques : Evaluation en pratique clinique. Solal, Marseille.

Grados, C., 2010. Traduction française de l'Internalized stigma of mental illness, département de Psychologie. Université Bordeaux Segalen, Bordeaux.

Green, M.F., Kern, R.S., Heaton, R.K., 2004. Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophr Res* 72(1), 41-51.

Guelfi, J.D., 1996. L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Editions médicales Pierre Fabre.

Katschnig, H., 2000. Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatr Scand Suppl*(407), 33-37.

Kay, S.R., Fiszbein, A., Opler, L.A., 1987. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 13, 261-276.

Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U., Kendler, K.S., 1994. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 51(1), 8-19.

Kilian, R., Lindenbach, I., Lobig, U., Uhle, M., Petscheleit, A., Angermeyer, M.C., 2003. Indicators of empowerment and disempowerment in the subjective evaluation of the psychiatric treatment process by persons with severe and persistent mental illness: a qualitative and quantitative analysis. *Soc Sci Med* 57(6), 1127-1142.

Koren, D., Harvey, P.D., 2006. Closing the gap between cognitive performance and real-world functional outcome in schizophrenia: The importance of metacognition. *Current Psychiatry Reviews* 2(2), 189-198.

Koren, D., Seidman, L.J., Goldsmith, M., Harvey, P.D., 2006. Real-world cognitive--and metacognitive--dysfunction in schizophrenia: a new approach for measuring (and remediating) more "right stuff". *Schizophr Bull* 32(2), 310-326.

Laroi, F., Van der Linden, M., 2005. Metacognitions in proneness towards hallucinations and delusions. *Behav Res Ther* 43(11), 1425-1441.

Le Gall, D., Besnard, J., Havet, V., Pinon, K., Allain, P., 2009. Contrôle exécutif, cognition sociale, émotions et métacognition. *Rev Neuropsychol* 1(1), 24-33.

Lecardeur, L., Briand, C., Prouteau, A., Lalonde, P., Nicole, L., Lesage, A., Stip, E., 2009. Preserved awareness of their cognitive deficits in patients with schizophrenia: convergent validity of the SSTICS. *Schizophr Res* 107(2-3), 303-306.

Linder, S., Favrod, J., 2006. Traduction française de l'Insight Scale.

Livingston, J.D., Boyd, J.E., 2010. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine* 71(12), 2150-2161.

Lysaker, P.H., Buck, K.D., Hammoud, K., Taylor, A.C., Roe, D., 2006. Associations of symptoms, psychosocial function and hope with qualities of self-experience in schizophrenia: Comparisons of objective and subjective indicators of health. *Schizophrenia Research* 82(2-3), 241-249.

Lysaker, P.H., Roe, D., Yanos, P.T., 2007. Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin* 33(1), 192-199.

Lysaker, P.H., Warman, D.M., Dimaggio, G., Procacci, M., LaRocco, V.A., Clark, L.K., Dike, C.A., Nicola, G., 2008. Metacognition in schizophrenia: Associations with multiple assessments of executive function. *Journal of Nervous and Mental Disease* 196(5), 384-389.

Mancini, A., Stip, E., Prouteau, A., Caron, J., Lecomte, Y., Pampoulova, T., 2002. Subjective experience of cognitive deficits in schizophrenia. *Schizophr Res* 53, 144.

McKibbin, C.L., Twamley, E., Patterson, T.L., Golshan, S., Lebowitz, B., Feiner, L., Shepherd, S., Jeste, D.V., 2008. Perceived participation restriction in middle-aged and older persons with schizophrenia. *Am J Geriatr Psychiatry* 16(9), 777-780.

Mueser, K.T., 2000. Cognitive functioning, social adjustment and long-term outcome in schizophrenia., in: Sharma, T., Harvey, P. (Eds.), *Cognition in schizophrenia*. Oxford University Press, New York, pp. 157-177.

Narvaez, J.M., Twamley, E.W., McKibbin, C.L., Heaton, R.K., Patterson, T.L., 2008. Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophr Res* 98(1-3), 201-208.

Nelson, E., 1976. A modified card sorting test sensitive to frontal lobe defects. *Cortex* 12, 313-324.

Oliver, J.P., Huxley, P.J., Priebe, S., Kaiser, W., 1997. Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 32(2), 76-83.

OMS, 2001. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF).

Paillot, C., Ingrand, P., Millet, B., Amador, X.F., Senon, J.L., Olié, J.P., Jaafari, N., 2010. Traduction et validation française de l'échelle d'évaluation de la conscience des troubles mentaux des patients schizophrènes : The Scale to assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD). *L'Encéphale* 36(6), 472-477.

Prouteau, A., 2009. Facteurs subjectifs et remédiation cognitive dans la schizophrénie: une piste prometteuse pour optimiser l'effet des traitements La Lettre du psychiatre sous presse.

Prouteau, A., Doron, J., 2008. [Cognitive predictors of the community functioning dimensions in schizophrenia: state of the art and future directions]. *Encephale* 34(4), 360-368.

Prouteau, A., Grondin, O., Swendsen, J., 2009. Qualité de vie dans la schizophrénie : une étude en vie quotidienne. *Revue française des affaires sociales* 63 année, 139-156.

Prouteau, A., Verdoux, H., 2011. Les relations entre cognition et handicap psychique dans la schizophrénie., in: Prouteau, A. (Ed.), *Neuropsychologie clinique de la schizophrénie*. Dunod, Paris, pp. 135-160.

Prouteau, A., Verdoux, H., Briand, C., Lesage, A., Lalonde, P., Nicole, L., Reinhartz, D., Stip, E., 2004. Self-assessed cognitive dysfunction and objective performance in outpatients with schizophrenia participating in a rehabilitation program. *Schizophr Res* 69(1), 85-91.

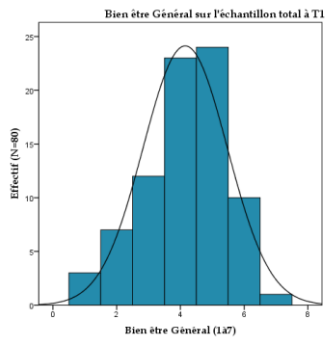
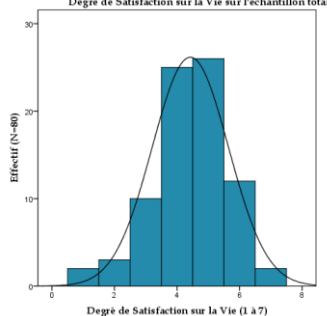
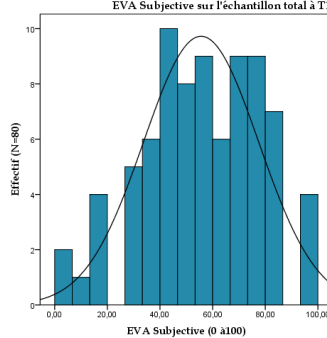
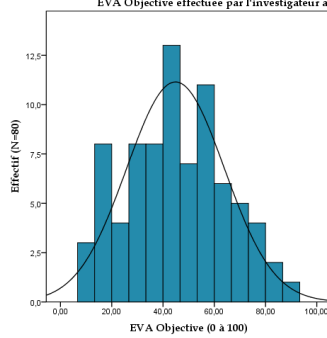
Prouteau, A., Verdoux, H., Briand, C., Lesage, A., Lalonde, P., Nicole, L., Reinhartz, D., Stip, E., 2005. Cognitive predictors of psychosocial functioning outcome in schizophrenia: a follow-up study of subjects participating in a rehabilitation program. *Schizophr Res* 77(2-3), 343-353.

- Rasclé, N., Bruchon-Schweitzer, M., Sarason, I.G., 2005. Short form of Sarason's social support questionnaire : french adaptation and validation. *Psychological Reports* 97(1), 195-202.
- Ritscher, J.B., Otilingam, P.G., Grajales, M., 2003. Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res* 121(1), 31-49.
- Rosenberg, M., 1965. *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press, Princeton.
- Sainfort, F., Becker, M., Diamond, R., 1996. Judgments of quality of life of individuals with severe mental disorders: Patient self-report versus provider perspectives. *Am J Psychiatry* 153(4), 497-502.
- Salomé, F., Petitjean, F., Germain, C., Demant, J.C., 2004. [The subjective quality of life of patients with schizophrenia: influence of psychopathology and patients' expectations. A comparative study]. *Encephale* 30(1), 60-68.
- Spielberger, C.D., 1983. *Manual for the State-Trait anxiety inventory (Form Y)*. Consulting Psychology Press, Palo Alto, CA.
- Stip, E., Caron, J., Renaud, S., Pampoulova, T., Lecomte, Y., 2003. Exploring cognitive complaints in schizophrenia: the subjective scale to investigate cognition in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 44(4), 331-340.
- Stratta, P., Daneluzzo, E., Riccardi, I., Bustini, M., Rossi, A., 2009. Metacognitive ability and social functioning are related in persons with schizophrenic disorder. *Schizophrenia Research* 108, 301-302.
- Strauss, J.S., 2008. Prognosis in schizophrenia and the role of subjectivity. *Schizophr Bull* 34(2), 201-203.
- Tastet, H., Doron, J., Swendsen, J., Prouteau, A., soumis. Discriminant and Convergent Validity of the French Version of the Beck Cognitive Insight Scale.
- Thornicroft, G., Tansella, M., Becker, T., Knapp, M., Leese, M., Schene, A.H., Vazquez-Barquero, J.L., 2004. The personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophr Res* 69(2-3), 125-132.
- Vallièrès, E.F., Vallerand, R.J., 1990. Traduction et validation canadienne-française de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology* 25, 305-316.
- Van der Linden, M., GREMEM, 2004. *L'évaluation des troubles de la mémoire : Présentation de quatre tests de mémoire épisodique (avec leur étalonnage)*. Solal, Marseille.
- Ventura, J., Nuechterlein, K.H., Subotnik, K.L., Green, M.F., Gitlin, M.J., 2004. Self-efficacy and neurocognition may be related to coping responses in recent-onset schizophrenia. *Schizophr Res* 69(2-3), 343-352.
- Verdoux, H., Liraud, F., Assens, F., Abalan, F., van Os, J., 2002. Social and clinical consequences of cognitive deficits in early psychosis: a two-year follow-up study of first-admitted patients. *Schizophr Res* 56(1-2), 149-159.
- Verdoux, H., Monello, F., Goumilloux, R., Cougnard, A., Prouteau, A., 2010. Self-perceived cognitive deficits and occupational outcome in persons with schizophrenia. *Psychiatry Res* 178(2), 437-439.
- Wechsler, D., 2001. *Echelle clinique de mémoire*, Troisième édition. ECPA, Paris.
- Yanos, P.T., Roe, D., Markus, K., Lysaker, P.H., 2008. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services* 59(12), 1437-1442.

ANNEXES

1. Distribution des variables d'intérêt à T1

1-1 Distribution de la variable dépendante : Qualité de Vie (QdV) (N=80)

LQOLP	Hypothèse nulle	Test Kolmogorov-Smirnov (K-S)	Courbe de Gauss
Bien être général (Début de questionnaire)	Rejetée	P<0.05	
Degré de satisfaction sur la vie (fin de questionnaire)	Rejetée	P<0,01	
EVA Subjective	Conservée	P>0,05	
EVA Objective	Conservée	P>0,05	

Le Bien-être général évalué en début de questionnaire et la satisfaction générale évaluée en fin de questionnaire, chacun sur une échelle de Likert, ne se distribuent pas normalement

(Kolmogorov-Smirnov : K-S significatif). A l'inverse les EVA tant subjective, évaluée par le participant, qu'objective, évalué par l'investigateur, suivent une loi normale.

1-2 Distribution des variables cognitives

Cognition	Hypothèse nulle	Test de Kolmogorov-Smirnov (K-S)	Courbe de Gauss
Code	Conservée	P>0,05	
Séquence Lettre Chiffre	Conservée	P>0,05	
Mémoire des Chiffres Endroit	Conservée	P>0,05	
Mémoire des chiffres Envers	Conservée	P>0,05	

MCST Erreurs	Conservée	P>0,05	Nombre d'erreurs au Modified Card Sorting Test sur l'échantillon total à T1
RLRI-16 Libre total	Conservée	P>0,05	Score au Rappel Libre Total du RLRI-16 sur l'échantillon total à T1
RLRI-16 Indicé Total	Conservée	P>0,05	Score au Rappel Indicé Total du RLRI-16 sur l'échantillon total à T1
Faces Test Libre	Conservée	P>0,05	Score au Faces Test en mode réponse Libre sur l'échantillon total à T1
Faces Test Indicé	Conservée	P>0,05	Score au Faces Test en mode réponse Indicée sur l'échantillon total à T1

Chaque test cognitif présente une distribution gaussienne (K-S non significatif).

1-3 Distributions des variables métacognitives

Métacognition	Hypothèse nulle	Test de Kolmogorov Smirnov (K-S)	Courbe de Gauss
SSTICS Total	Conservée	$P > 0,05$	Score total à la SSTICS sur l'échantillon total à T1
ISMI Total	Conservée	$P > 0,05$	Score total à l'ISMI sur l'échantillon total à T1
BCIS Réflexion sur Soi	Conservée	$P > 0,05$	Score à la Réflexion sur soi de la BCIS
BCIS Certitude de Soi	Conservée	$P > 0,05$	Score à la certitude de soi de la BCIS sur l'échantillon total à T1

Enfin, chaque variable métacognitive suit également une distribution normale (K-S non significatif).

2. Liste des tableaux et figures

Figure 1 : Modèle descriptif de l'étude : place des facteurs métacognitifs dans le handicap psychique des personnes souffrant de schizophrénie

Tableau 1 : Evaluations des participants à l'inclusion et au suivi à 6 mois

Tableau 2 : Données sociodémographiques et clinique de l'échantillon global (N=80)

Tableau 3 : Comparaison participants ré-inclus et ceux non ré-inclus sur des données sociodémographiques et cliniques.

Tableau 4 : Items subjectifs de la LQOLP (N=80)

Tableau 5 : Items objectifs de la LQOLP (N=80)

Tableau 6 : Description des variables psychologiques à l'inclusion (N=80)

Tableau 7 : Comparaison des lieux de recrutement à l'inclusion (N=80)

Tableau 8 : Prédiction de la QdV subjective à T1

Tableau 9 : Prédiction de la QdV objective à T1 : Modèle classique

Tableau 10 : Prédiction de la QdV objective à T1 : Modèle métacognitif