

## CHAPITRE 3

# L'évaluation fonctionnelle

L'évaluation fonctionnelle est un processus complexe de récolte, d'intégration et d'interprétation des informations. C'est une démarche collaborative conduisant à la formulation de buts personnels qui vont être comparés au fonctionnement actuel, afin de construire un plan d'intervention.

### Établir les buts

Pour commencer, il est essentiel de savoir quels sont les projets que la personne met en place pour sa vie sur les plans professionnels, social, familial et/ou résidentiel. Les différents rôles sociaux que nous revêtons définissent notre place parmi nos pairs, dans notre famille, dans la communauté et la société. Pour permettre aux patients de pouvoir vivre une vie pleine et riche, il est nécessaire de connaître les rôles qu'ils veulent remplir dans leur existence ; en effet, ces sont ces projets ou buts qui vont donner une direction à l'intervention soignante. Les professionnels de la santé peuvent avoir de la difficulté à aider les patients à identifier leurs projets et/ou leurs buts dans la vie. Par exemple, les professionnels peuvent limiter leur action à réduire les symptômes de la maladie, les comportements inappropriés et réduire le risque de réhospitalisation, pourtant le plus souvent, les patients ont des projets bien plus larges [72]. Dans le domaine de la schizophrénie, la rémission des symptômes et la prévention des rechutes sont déjà des objectifs louables, mais la plupart du temps insuffisants pour le rétablissement et l'amélioration sur le plan fonctionnel. Le fait d'établir des buts pertinents pour le patient, qui aillent au-delà de la rémission symptomatique, va aussi lui permettre de dépasser de nombreux obstacles présents dans la phase de moratoire, comme le découragement, la révolte, voire le déni. Ils pourront également influencer positivement la dépression ou le recours aux substances. Finalement, la construction de buts qui ont du sens pour le patient augmentera sa motivation et son engagement dans les soins. La question initiale est de savoir ce que la personne veut améliorer dans sa vie, ce qu'elle a envie d'entreprendre. Toutefois, cette question globale n'est souvent pas suffisante pour comprendre vers quoi la personne désire aller. Il sera nécessaire de poser des questions plus précises et de passer en revue les différents domaines du fonctionnement humain commun à tout le monde : le travail, la formation, la vie familiale, la vie sociale et sentimentale, les activités de loisirs et récréatives, la santé physique, le logement, etc. Les buts vont donner une direction et du

sens à l'intervention. Ils devront être découpés en buts intermédiaires et en buts à court terme atteignables pour garantir le succès.

### **Cas clinique**

---

Viviane a 30 ans. Elle souffre d'un trouble schizo-affectif. Elle est tombée malade à 19 ans alors qu'elle était inscrite aux Arts décoratifs. Elle a échoué son année préparatoire suite à un premier épisode psychotique. Par la suite, sa vie a été chaotique ; elle a été placée dans un foyer et hospitalisée de nombreuses fois pour des épisodes maniaques ou psychotiques, le plus souvent liés à un refus du traitement ou à la consommation de drogues. Elle a continué à sculpter de façon autodidacte. Son rêve serait de pouvoir exposer ses œuvres et gagner sa vie en vendant des sculptures.

---

À première vue, ce but peut paraître inatteignable, par le simple fait que même lorsqu'on ne souffre pas de trouble psychiatrique, il est extrêmement difficile de subvenir à ses besoins par une activité artistique. Néanmoins, c'est le seul but avec lequel la patiente peut s'identifier et qui a du sens pour elle.

### **Cas clinique**

---

Thibaud aimerait vivre dans son propre appartement et il souhaiterait avoir une copine. Il désirerait également moins souffrir des effets secondaires de son traitement neuroleptique.

---

Les buts de Thibaud paraissent légitimes et pertinents. C'est la suite de l'évaluation fonctionnelle, notamment l'évaluation de son fonctionnement actuel, qui permettra de déterminer s'ils sont atteignables.

La fiche suivante donne des conseils pour établir des buts atteignables.

#### **Conseils pour établir des buts atteignables**

- Formulez des buts qui répondent aux exigences de la vie quotidienne et qui sont liés aux rôles que l'on veut revêtir à long terme afin d'augmenter la motivation pour les atteindre.
- Anticipez les conséquences de l'atteinte du but pour augmenter la motivation. Par exemple : « Si vous atteignez ce but, quels seront les bénéfices pour vous ? ».
- Les buts doivent être spécifiques et mesurables, pour déterminer quand ils sont atteints.
- Rendez les buts atteignables. Découpez les buts à long terme en buts à court terme.
- Écrivez les buts pour les rendre plus concrets et plus réels.
- Anticipez les obstacles et prévoyez des solutions pour les réduire ou les contourner.
- Vérifier régulièrement si les buts à long terme restent pertinents et évaluez la progression vers leur atteinte.

L'établissement de buts est à la base du processus de rétablissement. Pour atteindre ses buts, la personne doit maîtriser les compétences requises et obtenir

le soutien communautaire nécessaire pour l'accompagner du fonctionnement actuel vers le fonctionnement désiré. L'évaluation fonctionnelle vise à comparer les capacités et les difficultés actuelles de la personne avec les exigences requises et les ressources indispensables pour accomplir les différents rôles que la personne veut endosser.

## Évaluer le fonctionnement actuel

Le fonctionnement actuel peut être influencé par des symptômes de la maladie, la non-observance du traitement médicamenteux, les abus de substances. Il peut également être influencé par l'absence de ressources communautaires ou de soutien social pour atteindre les buts désirés. Le fonctionnement actuel doit être évalué par rapport au fonctionnement désiré par le patient (buts à long terme, rôles que la personne aimerait revêtir). La question à laquelle on doit répondre est : « Qu'est-ce qui empêche la personne de mener la vie qu'elle désire, les rôles qu'elle aimerait endosser ? ». Il s'agit de faire l'inventaire des capacités et des compétences personnelles que la personne a déjà démontrées et de celles qui manquent pour atteindre les buts désirés.

### Cas cliniques

- Viviane n'a pas beaucoup d'espoir en son avenir. Elle a tendance à se déprécier et à poser un constat négatif sur sa vie. Ce constat, la conduit à éprouver des émotions négatives et douloureuses, qu'elle gère en consommant des drogues qui activent ses symptômes psychotiques ou maniaques. Elle interprète ses symptômes psychotiques comme un lien avec un monde parallèle invisible aux autres. Dans ce contexte, elle ne comprend pas très bien pourquoi elle doit prendre des médicaments. Par moments, les symptômes psychotiques l'envahissent tellement qu'elle fait appel à l'hôpital, ou y est conduite parce qu'elle exprime des idées suicidaires. Malgré les hauts et les bas, elle parvient à se maintenir depuis plusieurs années dans son appartement. Elle a exposé une ou deux fois ses sculptures, mais son travail est considéré comme le résultat de sa maladie. Elle a un réseau social composé de patients et d'artistes qu'elle voit de manière fluctuante.
- Comme on l'a vu précédemment, Thibaud vit seul dans une pension. Il parle seul et crie dans la rue ; il consomme régulièrement du cannabis et a été fréquemment hospitalisé ; il fait peur aux gens.

Pour aider Viviane et Thibaud, il va être nécessaire de dépasser d'abord les symptômes persistants, d'améliorer l'observance médicamenteuse et de réduire le recours aux drogues. Il faudra peut-être passer par une phase d'engagement et de psychoéducation. Ces deux patients auront besoin d'un *case-manager* pour piloter les progrès vers les buts et coordonner les soins avec les ressources communautaires nécessaires.

Afin d'évaluer le fonctionnement actuel, il existe des échelles standardisées, présentées [tableau 3.1](#).

TABLEAU 3.1. Outils d'évaluation.

Domaine	Outils d'évaluation
Les symptômes de la schizophrénie	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Brief Psychiatric Rating Scale</i> (BPRS) [73] ou <i>Brief Psychiatric Rating Scale - expanded</i> [74]</li> <li>– <i>Positive and Negative Syndrome Scale</i> (PANSS) [75]</li> <li>– <i>Psychotic Symptom Rating Scales</i> (PSYRATS) [76, 77]</li> <li>– Questionnaire révisé des croyances au sujet des voix [78, 79]</li> <li>– Échelle d'insight cognitif de Beck [80]</li> </ul>
Le fonctionnement social et instrumental	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Échelle des habiletés de vie autonome [81-83] (<i>Independent Living Skills Survey</i> [ILSS])</li> <li>– Évaluation des habiletés à résoudre des problèmes interpersonnels [84] (<i>Assessment of Interpersonal Problem-Solving Skills</i> [AIPSS])</li> <li>– Profil des compétences de vie [85] (<i>Life Skills Profile</i> [LSP])</li> <li>– Échelles lausannoises d'auto-évaluation des difficultés et des besoins (ELADEB) [86]</li> </ul>
La dépression	– Échelle de dépression de Calgary [35-37] pour la schizophrénie
Abus de substances	Consommation hebdomadaire des différentes substances et évaluation des risques (accidents, rapports sexuels non protégés, répercussions sur le fonctionnement psychologique, effets sur l'emploi, relations conjugales ou familiales, problèmes avec la justice). En cas de dépendance, le temps consacré à la consommation et à la recherche de substances, les essais infructueux d'arrêter, les envies irrépressibles, les symptômes de sevrage, la poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives reconnues par le sujet, comme les coûts et les risques pris pour se procurer la substance [87]

En principe l'évaluation fonctionnelle, va évaluer le fonctionnement dans les domaines suivants en fonction de l'étape dans le cycle de vie de la personne :

- social (amis, connaissances, collègues, voisins, vie associative, etc.) ;
- professionnel et/ou formation professionnelle (compétences professionnelles, capacités d'apprentissage, habiletés socioprofessionnelles) ;
- sentimental ;
- familial (couple, parents, enfants, etc.) ;
- domestique (capacité à gérer son logement et ses effets personnels, un budget, faire ses courses et se nourrir) ;
- activités de loisirs (*hobbies*, divertissements) ;
- gestion de sa santé (prendre soin de son corps, hygiène personnelle, dentiste, médecin, connaissance des médicaments, prévention des rechutes, etc.) ;
- mobilité (utiliser les transports en commun, conduire, etc.) ;
- communication (se servir d'un téléphone, se tenir informer, etc.).

S'il est important de spécifier les buts à long terme, il sera également nécessaire de décrire les capacités de la personne et ses déficits en termes opérationnels et mesurables. La description des capacités doit prendre en compte les attentes de l'environnement dans lequel vit la personne et les ressources à disposition. Par exemple, une personne peut ne pas être capable d'entretenir son logement mais avoir les moyens de payer quelqu'un qui fait le ménage. Un autre peut avoir des trous à son pantalon et vivre dans un milieu qui valorise ce type de vêtement.

## Cas clinique

---

Thibaud aimerait pouvoir vivre dans son appartement et il désirerait une copine. Il voudrait également moins d'effets secondaires de son traitement neuroleptique. Par rapport à son fonctionnement actuel, il est difficile de savoir si Thibaud maîtrise les capacités nécessaires pour entretenir un appartement. Actuellement, il a des dettes et n'a pas les réserves financières nécessaires pour verser la caution d'un appartement. Dans la pension, sa chambre est entretenue par une femme de ménage et sa lessive est effectuée par sa mère. Par le passé, il a vécu dix-huit mois dans un studio indépendant avant de tomber malade. À cette période, selon lui, il faisait sa lessive, son ménage et sa cuisine. En ce qui concerne les relations sentimentales, Thibaud a eu deux relations sentimentales qui ont duré plusieurs mois, mais il n'a jamais vécu avec une femme dans le même logement. Actuellement, il néglige son hygiène personnelle et son apparence : il n'est souvent ni rasé, ni coiffé. Ses vêtements sont fréquemment tachés, et il peut lui arriver de ne pas se doucher plusieurs jours de suite. Le fait qu'il parle et crie seul dans la rue interfère avec la possibilité d'établir des relations sociales, car il fait peur aux gens. Ce comportement semble être consécutif à des hallucinations auditives. Actuellement, ses conversations sont brèves et il a de la difficulté à prendre des initiatives pour rencontrer des gens de son âge en dehors du milieu du cannabis. La relation avec son médecin est tendue : ce dernier ne veut pas baisser la dose du neuroleptique retard qu'il lui a prescrit, parce que Thibaud s'est montré menaçant à quelques reprises avant les hospitalisations. Celles-ci sont clairement associées à une pauvre observance du traitement neuroleptique. Il est probable que la consommation régulière de cannabis vienne aggraver les symptômes de Thibaud. Lorsqu'on l'interroge sur sa maladie et son traitement, on s'aperçoit qu'il est très démuné par rapport à la maladie. Il possède peu d'informations sur la schizophrénie et son traitement. Il a vécu plusieurs expériences de traitements forcés durant les hospitalisations ; il se méfie donc des professionnels de la santé. En ce qui concerne le processus de rétablissement, il est clairement en phase de moratoire. Il dénie le lien qu'il y a entre ne pas prendre son traitement et rechuter. Il exprime de la révolte d'avoir été considéré comme incapable de gagner sa vie à cause de sa schizophrénie. Il avait fait un apprentissage de mécanicien et a pu travailler deux ans chez un garagiste avant de tomber malade.

---

Pour aller de l'avant, Thibaud doit acquérir les habiletés pour devenir un interlocuteur fiable et affirmé de son psychiatre, ceci afin qu'ils puissent négocier ensemble un traitement neuroleptique optimal, c'est-à-dire une dose efficace avec le moins d'effets secondaires possibles. Un prérequis de cet objectif est d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour gérer sa maladie et prévenir les rechutes. Il serait également utile que Thibaud réduise sa consommation de cannabis pour qu'elle interfère le moins possible avec la maladie. Quant à son désir d'avoir une amie, il serait essentiel que Thibaud puisse réinvestir ses soins personnels et avoir un meilleur contrôle sur sa maladie ; il serait également primordial qu'il apprenne ou réapprenne les habiletés sociales indispensables pour diriger une conversation et courtoiser. Concernant son désir de résider dans son propre appartement, l'objectif est légitime, mais probablement prématuré. En effet, il ne sera possible qu'une fois l'évolution de la maladie et des symptômes de Thibaud davantage sous

contrôle et ses dettes remboursées. En revanche, Thibaud pourrait déjà reprendre en main sa lessive et une partie de son ménage.

## Ressources à disposition

En ce qui concerne les ressources de la communauté, Thibaud a déjà un médecin et un tuteur : les objectifs formulés impliquent de pouvoir offrir à Thibaud de la psychoéducation, une intervention pour réduire l'impact des hallucinations auditives, de l'entraînement aux habiletés sociales. Thibaud aura besoin d'un *case-manager* pour coordonner les différentes interventions. Ce *case-manager* assurera peut-être certaines de ces interventions, comme la psychoéducation et l'intervention pour réduire la consommation de cannabis. Toutefois, le *case-manager* ne sera pas compétent dans tous les domaines. En fonction de ses compétences et de sa disponibilité, il devra s'appuyer sur d'autres collègues ou services afin de s'assurer que Thibaud reçoit les différentes interventions nécessaires pour atteindre les objectifs susmentionnés. Le tuteur étant un assistant social, il n'est pas nécessaire de faire appel à un service social pour établir un plan de remboursement des dettes. À un moment ou un autre, un atelier protégé pourrait être utile pour augmenter un peu ses revenus. Afin que Thibaud puisse rencontrer d'autres personnes de son âge, une ressource nécessaire serait un club de rencontre ou un centre d'accueil de jour. La connaissance des ressources de la communauté et du système de soins fait partie intégrante de l'évaluation fonctionnelle. Il peut arriver que certaines ressources nécessaires soient inexistantes ou qu'elles ne soient pas disponibles. Il faudra dès lors être à même de les créer, d'utiliser des ressources alternatives, de réorganiser les ressources existantes, d'appeler à l'aide les associations de patients ou de familles. Il est parfois nécessaire de faire remonter l'information au niveau politique et de questionner les autorités. Le [tableau 3.2](#) illustre des exemples de problèmes et de ressources communautaires.

TABLEAU 3.2. Utiliser les ressources de la communauté.

Problèmes	Ressources thérapeutiques et communautaires
Obésité consécutive au traitement neuroleptique	Programme d'éducation au sujet de la prise de poids sous neuroleptique, Weight Watchers, centre de fitness, piscine publique, terrains de sport, etc.
Méconnaissance de la schizophrénie	Programme de psychoéducation individuel ou en groupe, livret d'information, vidéos, etc.
Troubles de la concentration et de la mémoire	Programme de remédiation cognitive
Perte d'emploi	Services sociaux, assurances sociales, programme de soutien à l'emploi ou ateliers protégés, etc.
Droits du patient bafoués	Association de patients, livret d'information sur les droits des patients, juriste, etc.
Abus de substances	Compétences dans l'entretien de motivation, groupes de soutien, disponibilité de spécialistes dans le domaine des abus de substances, etc.