

Développer les habiletés

Le jeu Compétence, conçu dans les années 1990 pour l'entraînement aux habiletés sociales, est réédité dans une nouvelle version enrichie de questions portant sur la cognition sociale. Un support très accessible, qui ne nécessite pas de formation préalable.

Les habiletés sociales sont l'ensemble des capacités cognitives et comportementales qui nous permettent de communiquer nos émotions et nos besoins, de façon compétente et d'atteindre nos objectifs interpersonnels. Un modèle des habiletés sociales a été conceptualisé sous la forme d'un processus séquentiel comprenant trois étapes (1, 2).

– La réception des paramètres de la situation : lorsqu'une personne est impliquée dans une situation sociale, elle doit tout d'abord être attentive et en percevoir correctement les informations pertinentes, à savoir les indices environnementaux. La personne doit, par exemple, identifier les personnes appropriées avec qui interagir, reconnaître les émotions d'autrui, écouter correctement ce que l'autre dit. On appelle ces capacités **les habiletés réceptives**.

– Le traitement des informations permettant de sélectionner une réponse à la situation. La personne détermine quelle est la réponse la plus effective dans le cadre de la situation. Concrètement, elle peut imaginer une série de réponses potentiellement efficaces, évaluer les mérites relatifs de chaque option en termes

de conséquences possibles et choisir la meilleure réponse. Ces capacités sont appelées **habiletés décisionnelles**.

– La production d'une réponse comportementale. À ce stade, la personne émet la réponse choisie en utilisant des comportements directement observables dans l'interaction. Ils comprennent le contenu verbal (ce qui est dit) et le non verbal (la façon dont c'est dit, par exemple le contact visuel, la posture, les gestes, l'orientation du corps, les expressions faciales, le ton, le volume et le rythme de la voix...). **Ce sont les habiletés émettrices**.

Le modèle séquentiel prédit qu'un déficit en amont du processus a un impact sur les étapes subséquentes ; par exemple, une personne inattentive ne peut pas prendre en compte certains paramètres importants de la situation, ce qui affecte ses décisions et ses réponses comportementales.

L'ENTRAÎNEMENT DES HABILETÉS SOCIALES

L'entraînement des habiletés sociales est une intervention structurée qui vise à enseigner les habiletés interpersonnelles, à promouvoir leur maintien et à les généraliser. Les techniques utilisées traditionnellement comprennent l'établissement d'objectifs, le jeu de rôle, la présentation de modèles, les conseils, le feedback oral et vidéo, une méthode de résolution de problèmes, la prescription de tâches à accomplir entre les séances. L'entraînement peut être proposé individuellement mais un groupe permet souvent de multiplier les sources d'apprentissage.

Les résultats de nombreuses études indiquent que les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères peuvent

apprendre de nouvelles habiletés et ainsi améliorer leur fonctionnement dans la communauté (3, 4). L'entraînement des habiletés sociales améliore le fonctionnement social et la qualité des relations sociales sans forcément réduire les symptômes, les rechutes et les réhospitalisations ; ce qui n'est pas surprenant car le fonctionnement social est relativement indépendant de la symptomatologie aiguë et des rechutes. La généralisation des habiletés sociales est meilleure lorsque l'entraînement est intégré à la vie quotidienne des patients (5). Les déficits cognitifs, spécialement ceux de la mémoire, sont associés à une acquisition plus lente des habiletés sociales (6). Les interventions qui combinent entraînement des habiletés sociales et intervention psychoéducatrice avec les familles présentent les meilleurs résultats sur le syndrome déficitaire avec des patients souffrant d'un premier épisode de psychose (7, 8) ou des patients qui ont eu plusieurs épisodes (9-11).

Les progrès dans la recherche sur ces entraînements ont conduit à de nouveaux développements.

– Les efforts pour améliorer la généralisation de l'entraînement ont montré que les interventions qui ciblent la pratique *in-vivo* (5) et impliquent le réseau naturel de soutien pour aider les patients à utiliser les habiletés dans leur vie quotidienne (12) augmentent les bénéfices thérapeutiques.

– Les interventions qui incluent la remédiation cognitive pour réduire les difficultés d'apprentissage améliorent également les résultats (13-16).

– De plus, les nouveaux programmes, qui cherchent à contourner les altérations de

Katya GREMAUD^{*1}, Diego MILLÁN^{*1},
Armando BRANA^{*1}, Alexandra
NGUYEN^{**2}, Jérôme FAVROD^{**3}

*Éducateurs, **infirmiers,

1. Fondation HorizonSud, Marsens, Suisse,

2. Centre de formation des Hôpitaux Universitaires de Genève, 3. Institut et Haute École de la Santé la Source,

Haute École spécialisée de Suisse occidentale et Service de psychiatrie communautaire du CHU Vaudois, Lausanne.

sociales par le jeu



© Carre Alpages.

la mémoire par un entraînement sans erreur, conduisent également à des résultats prometteurs (4, 17, 18).

LA COGNITION SOCIALE

Plus récemment, la cognition sociale est venue compléter le modèle séquentiel, notamment pour les habiletés réceptives. Il s'agit de la reconnaissance des expressions faciales, la perception sociale (langage corporel et intonation de la voix), la capacité de comprendre que les autres peuvent avoir des états mentaux différents du sien (théorie de l'esprit) (voir l'article de C. Passerieux, p. 22) et la capacité d'attribuer de façon nuancée les causes des événements. De ces différents éléments, la théorie de l'esprit reste un des concepts les plus riches. Il inclut notamment la capacité de décoder l'intention d'autrui. Les patients souffrant de schizophrénie manifestent des difficultés à reconnaître l'intention d'autrui, ce qui pourrait contribuer à une idéation délirante. Ce déficit de la théorie de l'esprit est particulièrement pertinent pour expliquer les idées de référence ou de persécution. Ces patients montrent aussi des difficultés face aux situations qui demandent une prise de distance ou un changement de perspective et de l'empathie pour les autres (19). Une perception déformée de l'intention et des actions d'autrui favorise donc les problèmes interpersonnels. Les déficits en théorie de l'esprit

sont cependant observés dans d'autres désordres psychiatriques, mais leurs implications pathogéniques dans la formation des délires sont sujettes à controverse (20). Si les idées paranoïdes reflètent un jugement incorrect de l'intention d'autrui (il me veut du mal, il m'observe...), il semble dès lors inévitable que des difficultés à identifier l'intention d'autrui conduisent à l'idée qu'il dissimule leur intention ou fomentent une conspiration. Néanmoins, nombre de personnes affectées par des idées paranoïdes ne pensent pas que leurs persécuteurs déguisent leurs intentions mais au contraire que l'intention de ces derniers est claire. De plus, si le dessein d'autrui est perçu comme obscur, les idées de persécution ne devraient pas être limitées à une personne ou à un groupe, ce qui est toutefois fréquemment décrit par ces patients. D'autres troubles sont également associés à des déficits de la théorie de l'esprit comme l'autisme qui ne conduit pas à la formation d'idées délirantes. Les déficits de la théorie de l'esprit, s'ils contribuent aux idées délirantes comme facteur aggravant, ont probablement un impact plus important sur le fonctionnement interpersonnel en compliquant le traitement de l'information et en affectant la lecture et la compréhension des situations sociales (21). Dans ce contexte, les déficits de la théorie de l'esprit sont particulièrement intéressants dans la schizophrénie pour

compléter l'entraînement des habiletés sociales et chercher à améliorer le fonctionnement interpersonnel. Il est donc important d'inclure davantage la cognition sociale dans l'entraînement des habiletés sociales. Ainsi, l'équipe de David Penn a développé un programme d'entraînement qui mixte les deux approches (22, 23), appelé entraînement à la cognition sociale et l'interaction. Cet entraînement semble prometteur même s'il nécessite encore des études contrôlées pour être validé dans les troubles du spectre de la schizophrénie.

LE NOUVEAU COMPÉTENCE

Le fait de pouvoir établir et maintenir des relations interpersonnelles est une dimension importante de la qualité de vie et reste un critère important de rétablissement (24). L'entraînement des habiletés sociales est actuellement l'intervention la plus efficace pour aider les patients à développer des relations plus gratifiantes et significatives et pour promouvoir l'intégration dans la communauté. Malgré cela, les patients n'ont pas facilement accès à ce type d'intervention et de nombreux cliniciens ne sont pas formés pour les conduire. L'accessibilité à cette intervention doit pourtant être envisagée comme un droit plutôt qu'un luxe (6).

Il faut donc trouver des moyens de sensibiliser les professionnels à cette approche. Si les conférences et les publications sont des moyens de diffuser les nouvelles connaissances, leur assimilation peut rester très théorique. L'étape souvent difficile à franchir, et pourtant décisive, consiste à initier les premiers pas dans la pratique de nouvelles techniques de soins. Dans ce contexte, « Compétence » (voir encadré) est un jeu de société qui permet de familiariser les professionnels à l'entraînement des habiletés sociales. Il requiert un minimum de quatre joueurs dont un professionnel. Il peut s'appliquer sans formation préalable et n'exige pas de matériel autre qu'une table, des chaises et de quoi écrire.

La première version de ce jeu a été éditée en 1992 (25) mais est épuisée depuis 2000. Avec l'équipe de la Fondation HorizonSud (a), nous avons décidé de le rééditer dans une version augmentée (b) de cartes portant davantage sur la cognition sociale. Cette nouvelle version de Compétence a été enrichie des trois mêmes types de cartes que la version

Compétence, un jeu pionnier

Créé en 1992, Compétence est un jeu de société pour entraîner les habiletés sociales des patients psychiatriques. Il requiert un minimum de 4 joueurs, dont un soignant. Il est composé d'un plateau de jeu, des règles et de cartes. Il se joue avec des pions que l'on avance en lançant un dé. Lorsque le joueur arrive sur une case, il tire une carte en fonction de la couleur de sa case. Il s'agit de cartes « questions », « situations », « problèmes ». Le joueur lit la carte à haute voix.

Les cartes questions : le joueur répond à la question et l'animateur, se référant à une liste de réponses figurant dans les règles du jeu, la lit également. Le groupe est invité à débattre de la bonne adéquation de la réponse par rapport à celle de la règle. L'animateur attribue un nombre de points suivant une échelle fournie. Si le patient ne comprend pas la question, l'animateur demande au groupe de l'expliquer sans y répondre.

Les cartes situations : le joueur lit la situation et doit la « jouer » avec la personne inscrite sur la carte (son voisin de gauche par exemple). Puis l'animateur interroge chaque participant et sollicite des feedbacks précis. Un système de notation est préétabli dans les règles, qui tient compte de la prestation (ou de son absence), du ressenti des autres joueurs, d'une amélioration si le joueur rejoue une scène en intégrant correctement des suggestions faites par les autres joueurs...

Les cartes problèmes : le joueur lit la carte et haute voix et dispose de quelques secondes pour réfléchir et proposer sa solution. L'évaluation est faite par l'animateur et les autres participants, avec un système de notation également prédéfini qui encourage l'amélioration.

Tout au long de la partie, l'animateur adopte un ton qui favorise l'apprentissage, en expliquant le plus possible. Il donne explicitement le droit à l'erreur, à l'hésitation, à la maladresse. Il encourage et complimente, joue pour servir de modèle. Il évite les critiques et empêche les joueurs de se faire des remarques négatives.

• D'après Favrod, J., N. Aillon, and G. Bardiot, *Compétence : Un cheval de Troie dans les soins. Cahiers Psychiatriques Genevois, 1995(18): p. 47-54.*

originelle : des cartes « questions » (qui portent sur la cognition sociale), « situations » et « problèmes » (voir tableau).

UNE ÉTUDE PILOTE

Nous avons effectué une étude pilote (c) ouverte pour vérifier si cette nouvelle version du jeu permettait d'améliorer la capacité à comprendre l'intention d'autrui. Évalués en pré-test, les participants le sont ensuite en post-test après 10 séances d'entraînement. Une évaluation à six mois est effectuée pour vérifier si les éventuels progrès se maintiennent dans le temps. Pour être inclus, les participants ont dû remplir les critères de la Classification internationale des maladies (CIM-10), pour une schizophrénie, démontrer leur compréhension du protocole (mesuré avec l'*University of San Diego Brief Assessment of Capacity to Consent* [26]), accepter et donner leur consentement informé. Le protocole de recherche a été approuvé par la Commission d'éthique de recherche du canton de Fribourg.

• La lecture des intentions

La capacité de comprendre l'intention d'autrui a été mesurée avec le test V-LIS (Versailles-Lecture intentionnelle en situation) (voir l'article de N. Bazin, p. 40) (27). L'exercice présente six extraits de films de 10 à 70 secondes. Les scènes montrent des interactions entre deux ou plusieurs personnes, avec des insinuations, des mensonges ou des sous-entendus. Chaque scénario est suivi d'une question sur l'intention implicite d'un des acteurs. Cinq interprétations (non mutuellement exclusives) sont proposées au participant, qui doit les coter par ordre de probabilité croissante. Le participant est ensuite invité à expliquer son choix. Si la personne révisé une première interprétation, seul le jugement final est pris en compte. Une feuille de calcul permet d'attribuer un score en fonction de l'étude de validation (27). Comparées aux sujets contrôles sains, les personnes atteintes de schizophrénie ou de trouble bipolaire démontrent des performances altérées sur ce test, qui n'est pas corrélé au niveau de formation et à l'intelligence.

• Les résultats

Treize participants ont donc déjà participé à cette étude pilote : 4 femmes et 9 hommes, avec un âge moyen de 40,5 ans. Sept vivent en appartement indépendant

Cartes « questions » centrées sur la cognition sociale (exemples)

Questions	Proposition de réponses
Qu'est-ce qu'une attribution ?	C'est inférer ou imaginer des causes pour des événements (par exemple en prenant sur soi ou en rendant les autres responsables de la situation).
Vous entrez dans une pièce et tout le monde arrête de parler. Énoncez trois causes possibles de cet événement, puis distinguez les causes que vous attribuez à vous-même, aux autres et à la situation.	– Attributions personnelles : je ne mérite pas d'être intégré ; j'aurais pu frapper à la porte, je les ai dérangés. – Attributions à autrui : ils parlaient de moi ; ils parlaient de quelque chose de personnel. – Attributions à la situation : les gens cessent souvent de parler quand une personne extérieure entre dans une pièce ; ils venaient de se faire reprendre par leur chef.
Quels sont les avantages et les inconvénients de s'attribuer la responsabilité des événements positifs ?	– L'avantage : cela augmente la confiance en soi. – L'inconvénient : se vanter peut paraître prétentieux.
Jacques a réussi ses examens ; il se dit que c'est parce que les examinateurs ont été gentils. Quel est le risque de cette attribution ?	Il minimise son propre rôle dans sa réussite et n'augmente pas sa confiance en lui-même.
Pierre a invité Jeanne à venir manger chez lui. Il a acheté de la glace à la pistache. Quand il lui annonce qu'au dessert, il y a de la glace, Jeanne répond qu'elle adore la glace, sauf celle à la pistache. Est-ce que Jeanne a commis une gaffe ? Si oui, pourquoi ?	Oui, Jeanne a commis une gaffe, ne sachant pas que Pierre a justement acheté de la glace à la pistache.
Pierre propose à Jacques d'inviter par surprise Jeanne au restaurant le lendemain pour son anniversaire. Plus tard, Jacques croise Jeanne. En la quittant, il lui dit qu'il se réjouit de la voir le lendemain. Jeanne, surprise, lui demande pourquoi. Est-ce que Jacques a commis un impair et pourquoi ?	Oui, Jacques a commis un impair, ayant oublié qu'il s'agissait d'une surprise.
Jeanne sort du supermarché avec deux gros sacs. Elle croise Pierre, un bon copain, et lui dit : « Ces sacs sont vraiment lourds ». Que dit-elle, en fait ?	Sans doute voudrait-elle que Pierre l'aide à porter ses sacs.

Cartes « situations » et cartes « problèmes » (exemples)

Carte	Critères d'évaluation proposés
Situation : Vous vous trouvez à une soirée et quelqu'un cherchant à faire votre connaissance vous demande quel est votre travail. Vous n'avez pas envie de lui dire que vous êtes actuellement sans travail. Poursuivez la conversation.	0. Pas de performance, la personne n'a pas voulu participer au jeu de rôle. 1. Place pour l'amélioration. 2. Compétent, permet d'atteindre le but de façon socialement admise.
Problème : Votre médecin veut changer votre traitement, alors qu'il vient de dire que tout allait bien. Que faites-vous ?	0. Ne permet pas l'atteinte du but ou conduit à des conséquences négatives. 1. Permet d'atteindre le but, mais possibilité d'amélioration. 2. Permet très probablement l'atteinte du but sans conséquences négatives.

et six en foyer. Ils travaillent à temps partiel dans les différents ateliers de la Fondation HorizonSud, en moyenne 24,3 heures/semaine. Les résultats sur la V-LIS indiquent que les participants se sont améliorés légèrement en post-test (d de Cohen = 0,33) et ont poursuivi leur amélioration à six mois après la fin de l'intervention (d de Cohen = 0,46) et de façon statistiquement significative à 6 mois après la fin de l'intervention. Le d de Cohen mesure la force du changement, une valeur de 0,20 indique un petit changement, un d de 0,50 un changement modéré et un d de 0,80 un grand changement.

Ces résultats préliminaires doivent être interprétés avec précaution du fait de l'absence de contrôle et de la petite taille de l'échantillon. Ils sont toutefois encourageants. À l'avenir, le développement des interventions pour améliorer la cognition sociale devrait également agir sur la perception de soi et d'autrui. Les personnes atteintes de schizophrénie présentent non seulement une difficulté à réduire les ambiguïtés dans la communication mais ont tendance à se percevoir comme vulnérable et à percevoir autrui comme menaçant (28). Ce type de rapport à autrui nécessite le développement de l'affirmation de soi qui est également abordé dans le jeu Compétence. Il peut néanmoins être utile de développer des stratégies complémentaires sur le plan cognitif et émotionnel. La gestion émotionnelle du stress est encore peu abordée dans la schizophrénie et des cartes supplémentaires devront être développées pour poursuivre l'amélioration du jeu.

a– Implantée dans le canton de Fribourg, la Fondation HorizonSud offre à 200 personnes vivant une altération de leur santé psychique l'opportunité de vivre et de travailler dans une structure qui promeut et applique la réhabilitation psychiatrique et le processus de rétablissement.

b– Cette nouvelle version en édition de poche augmentée à 200 cartes peut être obtenue auprès de info@europetalage.ch au prix de 45 francs suisses.

c– Ce travail a été réalisé dans le contexte du Certificate of advanced studies (CAS) en méthodes d'intervention comportementale et cognitive de l'Université de Lausanne par K. Gremaud, D. Millán et A. Brana, avec la supervision de J. Favrod. A. Nguyen a contribué à ce travail par ses compétences pédagogiques et éditoriales.

1– Wallace, C.J., et al., A review and critique of social skills training with schizophrenic patients. *Schizophr Bull*, 1980. 6(1): p. 42-63.

2– Favrod, J., *Habiletés sociales : Québécoisisme désuet ou concept moderne ?* *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 1993(3): p. 66-67.

3– Kurtz, M.M. and K.T. Mueser, A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *J Consult Clin Psychol*, 2008. 76(3): p. 491-504.

4– Pfammatter, M., U.M. Junghan, and H.D. Brenner, Efficacy of psychological therapy in schizophrenia : conclusions from meta-analyses. *Schizophr Bull*, 2006. 32 Suppl 1 : p. S64-80.

5– Glynn, S.M., et al., Supplementing clinic-based skills training with manual-based community support sessions : effects on social adjustment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 2002. 159(5): p. 829-37.

6– Mueser, K.T. and A.S. Bellack, Social skills training : Alive and well? *Journal of Mental Health*, 2007. 16(5): p. 549-552.

7– Thorup, A., et al., Integrated treatment ameliorates negative symptoms in first episode psychosis—results from the Danish OPUS trial. *Schizophr Res*, 2005. 79(1): p. 95-105.

8– Petersen, L., et al., A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *Brmj*, 2005. 331(7517): p. 602.

9– Granholm, E., et al., A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 2005. 162(3): p. 520-9.

10– Valencia, M., et al., A psychosocial skills training approach in Mexican out-patients with schizophrenia, 2007. 37(10): p. 1393-402.

11– Valencia, M., et al., Application in Mexico of psychosocial rehabilitation with schizophrenia patients. *Psychiatry*, 2010. 73(3): p. 248-63.

12– Tauber, R., C.J. Wallace, and T. Lecomte, Enlisting indigenous community supporters in skills training programs for persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv*, 2000. 51(11): p. 1428-32.

13– Hogarty, G.E., et al., Cognitive enhancement therapy for schizophrenia : effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior. *Arch Gen Psychiatry*, 2004. 61(9): p. 866-76.

14– Roder, V., et al., Integrated psychological therapy (IPT)

for schizophrenia : is it effective? *Schizophr Bull*, 2006. 32 Suppl 1 : p. S81-93.

15– Silverstein, S.M., et al., Effectiveness of a two-phase cognitive rehabilitation intervention for severely impaired schizophrenia patients. *Psychol Med*, 2005. 35(6): p. 829-37.

16– Galderisi, S., et al., Social skills and neurocognitive individualized training in schizophrenia : comparison with structured leisure activities. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 2010. 260(4): p. 305-15.

17– Kern, R.S., et al., Extensions of errorless learning for social problem-solving deficits in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 2005. 162(3): p. 513-9.

18– Granholm, E., D. Ben-Zeev, and P.C. Link, Social disinterest attitudes and group cognitive-behavioral social skills training for functional disability in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 2009. 35(5): p. 874-83.

19– Frith, C.D., Schizophrenia and theory of mind. *Psychol Med*, 2004. 34(3): p. 385-9.

20– Garety, P.A. and D. Freeman, Cognitive approaches to delusions : a critical review of theories and evidence. *Br J Clin Psychol*, 1999. 38 (Pt 2) : p. 113-54.

21– Phillips, M.L., C. Senior, and A.S. David, Perception of threat in schizophrenics with persecutory delusions : an investigation using visual scan paths. *Psychol Med*, 2000. 30(1): p. 157-67.

22– Roberts, D.L. and D.L. Penn, Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia : a preliminary study. *Psychiatry Res*, 2009. 166(2-3): p. 141-7.

23– Combs, D.R., et al., Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders : preliminary findings. *Schizophr Res*, 2007. 91(1-3): p. 112-6.

24– Liberman, R.P. and A. Kopelowicz, Recovery from schizophrenia : a concept in search of research. *Psychiatr Serv*, 2005. 56(6): p. 735-42.

25– Favrod, J., N. Aillon, and G. Bardiot, « Compétence » : Un cheval de Troie dans les soins. *Cahiers Psychiatriques Genevois*, 1995(18): p. 47-54.

26– Jeste, D.V., et al., A new brief instrument for assessing decisional capacity for clinical research. *Arch Gen Psychiatry*, 2007. 64(8): p. 966-74.

27– Bazin, N., et al., Quantitative assessment of attribution of intentions to others in schizophrenia using an ecological video-based task : a comparison with manic and depressed patients. *Psychiatry Res*, 2009. 167(1-2): p. 28-35.

28– Salvatore, G., et al., Vulnerable self, poor understanding of others' minds, threat anticipation and cognitive biases as triggers for delusional experience in schizophrenia : a theoretical model. *Clin Psychol Psychother*, 2012. 19(3): p. 247-59.

Résumé : L'entraînement des habiletés sociales est une intervention utile pour améliorer le fonctionnement interpersonnel de personnes qui ont un diagnostic de schizophrénie. Les nouvelles connaissances sur la cognition sociale doivent être intégrées dans l'entraînement. Cet article présente des ajouts en ce sens apportés au jeu Compétence et les résultats préliminaires d'une étude pilote d'évaluation de cette nouvelle version.

Mots-clés : Cognition sociale – Compétence – Décision – Entraînement aux habiletés sociales – Évaluation – Expression de l'émotion – Interaction – Jeu de société – Schizophrénie – Théorie de l'esprit.