



POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE

PANSS

J.-P. LÉPINE

INTRODUCTION

Les études psychopathologiques réalisées au cours des dernières années dans le domaine des psychoses, en particulier schizophréniques, ont mis l'accent sur l'importance de la distinction des manifestations positives et négatives au plan clinique, thérapeutique et évolutif. Cependant, des conceptualisations théoriques différentes et, partant, des modèles fort variables, se sont développés dont la validité n'est pas clairement établie. L'évaluation plus précise de ces dimensions psychopathologiques semble un préalable nécessaire à des recherches portant sur ces nouvelles approches. Parmi les échelles évaluant la symptomatologie psychotique, la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) de Kay, Opler et Fiszbein (1986) semble pouvoir répondre à cet objectif.



Récemment, Dollfus et al. (1991) chez 70 schizophrènes, ont également retrouvé, après analyse en composantes principales, une solution à 5 facteurs avec quelques différences concernant l'ordre des facteurs et leur composition (en particulier au niveau du facteur anxiété).

MODE DE PASSATION

La cotation des items repose, selon les symptômes, sur les éléments verbaux rapportés durant l'entretien, les manifestations physiques et comportementales observées, ainsi que les éléments de fonctionnement rapportés par l'équipe soignante ou la famille.

Un entretien semi-structuré (SCI-PANSS), utilisable avec le manuel de cotation, assure une meilleure fiabilité du recueil des éléments cliniques. A l'issue de phrases non directives visant à établir le contact et une collaboration du patient, l'entretien semi-structuré suit une séquence spécifique. Il est précisé toutefois que l'interviewer peut établir son propre cheminement clinique, tout en s'assurant que tous les items sont explorés de façon systématique.

Selon les auteurs, cet entretien comporte quatre phases. La première, non directive, vise à établir un contact, observer le comportement spontané et identifier les problèmes majeurs. La seconde, semi-structurée, recherche systématiquement la présence des symptômes et en apprécie la sévérité. La troisième, structurée, évalue l'humeur, l'anxiété, l'orientation, et le raisonnement abstrait. La dernière, directive, précise l'information, teste les limites et les réponses au stress, et évalue le champ complet de la psychopathologie. L'entretien complet dure le plus souvent entre 30 et 45 minutes.

COTATION

Chaque item doit être coté en tenant compte des définitions et des critères figurant dans le manuel de cotation. Sept niveaux de sévérité croissante sont définis allant du niveau 1 - absent - au niveau 7 - extrême. Si un symptôme est absent, la cotation retenue est 1, et s'il est pré-

sent le cotateur doit se référer aux critères spécifiques correspondant aux niveaux de sévérité. La cotation la plus élevée est retenue, même si le patient satisfait aussi aux critères correspondant à des cotations inférieures. En général, un score de 2 - minime - reflète une pathologie douteuse, discrète ou peut également correspondre à la limite extrême de la normale. Lorsque la présence d'un symptôme est clairement établie, mais qu'il reste peu marqué et interfère de façon minimale avec le fonctionnement quotidien, le score est 3 (léger). Le score de 4 (moyen) caractérise un symptôme ne survenant qu'occasionnellement ou ne retentissant que relativement peu sur la vie quotidienne. La cotation 5 (modérément sévère) correspond à des manifestations marquées, qui influent très nettement sur le fonctionnement du sujet, mais ne sont pas préjudiciables au fonctionnement du patient et qui peuvent, en général, être contrôlées si le patient en a la volonté. La cotation 6 (sévère) témoigne de la présence très fréquente d'une pathologie majeure, perturbant de façon extrême la vie quotidienne, et nécessitant une surveillance. La cotation 7 (extrême) se réfère au niveau le plus grave de la psychopathologie, les manifestations interférant sévèrement avec l'ensemble ou la plupart des principales fonctions personnelles, ce qui nécessite une surveillance étroite et une assistance dans de nombreux domaines. D'une manière générale, les scores de 1 à 3 correspondent donc au degré de présence d'une manifestation psychopathologique, et ceux de 4 à 7 au degré de sévérité et d'incidence sur le fonctionnement quotidien du patient.

Les scores correspondant aux trois échelles sont obtenus en additionnant les scores des différents items constitutifs de ces échelles. L'étendue des scores possibles est donc de 7 à 49, pour l'échelle Positive ainsi que pour l'échelle Négative, et de 16 à 112 pour l'échelle de Psychopathologie Générale. Une échelle Composite peut également être cotée en soustrayant le score négatif du score positif et l'on obtient ainsi un indice bipolaire pouvant aller de - 42 à + 42. Il est également possible de convertir ces scores bruts en percentiles selon les normes provisoires données par les auteurs de cette échelle.

Outre cette cotation dimensionnelle, il est possible d'évaluer le patient selon une typologie catégorielle. Deux méthodes sont proposées. Le système le plus strict consiste à compter le nombre de cotations, supérieures ou égales à 4 (moyen), sur l'échelle Positive ainsi que sur l'échelle Négative. Si ce niveau de cotation est obtenu au moins trois fois sur l'échelle Positive, et moins de trois fois sur l'échelle Négative, le patient appartient au "sous-type Positif". Dans le cas inverse, au moins trois fois sur l'échelle Négative, et moins de trois fois sur l'échelle Positive, le patient est de "sous-type Négatif". Lorsque ce niveau de cotation est retrouvé au moins à trois reprises sur les deux échelles, le patient est de "type mixte" et si ce critère n'est obtenu pour aucune des échelles, on considère qu'il n'appartient à "aucun type".

Le système le plus largement utilisable fait appel au score différentiel de l'échelle Composite. Les patients dont le score à cette échelle est positif appartiennent au "sous-type Positif", et ceux dont le score est négatif au "sous-type Négatif". Pour des objectifs particuliers, on peut affiner cette typologie en se référant aux percentiles de l'échelle Composite. Les patients seront considérés comme Positifs pour des scores situés au-delà du 75^e percentile (score supérieur à 3), et Négatifs pour des scores en deçà du 25^e percentile (score inférieur à -8). Si l'on souhaite adopter des critères beaucoup plus rigoureux, on retiendra respectivement les 95^e et 5^e percentiles (score à l'échelle Composite de 11, ou plus, ou de -15 ou moins).

APPLICATIONS

Cette échelle peut être utilisée, tant chez des patients schizophrènes en phase aiguë ou chronique, que dans d'autres registres psychotiques (délires chroniques ou psychoses délirantes aiguës), comme des travaux réalisés avec cette échelle dans des études françaises ont pu nous le démontrer.

Dans une optique essentiellement clinique, elle permet d'étudier le profil psychopathologique observé dans diverses populations de patients psychotiques et, en particulier, l'importance respective des syndromes constitutifs des processus psychotiques.

Les auteurs de l'échelle ont également entrepris des études longitudinales pour évaluer la stabilité et l'influence pronostique des dimensions négatives et positives (in Kay, 1990).

Des études psychopharmacologiques suggèrent la pertinence de la distinction entre ces deux syndromes. Les auteurs ont observé une aggravation du syndrome positif sous traitement par des antiparkinsoniens anticholinergiques, et une amélioration après adjonction de bromocriptine à faible posologie, ainsi qu'une efficacité de la L-Dopa et du pimozide sur le syndrome négatif uniquement (in Kay, 1990).

L'utilisation de la PANSS dans les essais thérapeutiques est de plus en plus large et semble promise à un grand avenir.

INTÉRÊTS - LIMITES

Comparativement à la BPRS, l'intérêt de la PANSS réside, selon nous, dans une plus grande rigueur concernant tant le recueil des éléments sémiologiques que la cotation de leur sévérité. Par ailleurs, le système de cotation autorise une double approche catégorielle et dimensionnelle des syndromes négatifs et positifs. Il est donc possible d'envisager une classification typologique à l'aide de cette échelle et de rechercher des indicateurs pronostiques, mais également de suivre l'évolution des scores des diverses sous-échelles, et d'évaluer différentes stratégies thérapeutiques et notamment pharmacologiques. La recherche de médicaments actifs sur le syndrome négatif bénéficie donc indéniablement de l'utilisation de cette échelle.

Les échelles d'Andreasen nécessitent, dans cette perspective, la cotation conjointe des deux échelles positive et négative. De plus, les items de l'échelle négative, qui autorisent une plus grande précision dans l'évaluation de cette dimension, font référence à des éléments cliniques souvent plus difficiles à évaluer que ceux de la PANSS.

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE

PANSS

KAY S.R., OPLER L.A. ET FISZBEIN A.

Traduction française: J.P. LÉPINE

NOM

PRÉNOM

SEXE AGE DATE

EXAMINATEUR

CONSIGNES

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

Absence
Minime
Légère
Moyenne
Mod. sévère
Sévère
Extrême

ÉCHELLE POSITIVE

	1	2	3	4	5	6	7
P 1 Idées délirantes.	1	2	3	4	5	6	7
P 2 Désorganisation conceptuelle.	1	2	3	4	5	6	7
P 3 Activité hallucinatoire.	1	2	3	4	5	6	7
P 4 Excitation.	1	2	3	4	5	6	7
P 5 Idées de grandeur.	1	2	3	4	5	6	7
P 6 Méfiance/Persécution.	1	2	3	4	5	6	7
P 7 Hostilité.	1	2	3	4	5	6	7

ÉCHELLE NÉGATIVE

	1	2	3	4	5	6	7
N 1 Émoussement de l'expression des émotions	1	2	3	4	5	6	7
N 2 Retrait affectif.	1	2	3	4	5	6	7
N 3 Mauvais contact.	1	2	3	4	5	6	7
N 4 Repli social passif/apathique.	1	2	3	4	5	6	7
N 5 Difficultés d'abstraction.	1	2	3	4	5	6	7
N 6 Absence de spontanéité et de fluidité dans la conversation.	1	2	3	4	5	6	7
N 7 Pensée stéréotypée.	1	2	3	4	5	6	7

ÉCHELLE PSYCHOPATHOLOGIQUE GÉNÉRALE

	1	2	3	4	5	6	7
G 1 Préoccupations somatiques.	1	2	3	4	5	6	7
G 2 Anxiété.	1	2	3	4	5	6	7
G 3 Sentiments de culpabilité.	1	2	3	4	5	6	7
G 4 Tension.	1	2	3	4	5	6	7
G 5 Maniérisme et troubles de la posture.	1	2	3	4	5	6	7
G 6 Dépression.	1	2	3	4	5	6	7
G 7 Ralentissement psychomoteur.	1	2	3	4	5	6	7
G 8 Manque de coopération.	1	2	3	4	5	6	7
G 9 Contenu inhabituel de la pensée.	1	2	3	4	5	6	7
G 10 Désorientation.	1	2	3	4	5	6	7
G 11 Manque d'attention.	1	2	3	4	5	6	7
G 12 Manque de jugement et de prise de conscience de la maladie.	1	2	3	4	5	6	7
G 13 Trouble de la volition.	1	2	3	4	5	6	7
G 14 Mauvais contrôle pulsionnel.	1	2	3	4	5	6	7
G 15 Préoccupation excessive de soi (tendances autistiques).	1	2	3	4	5	6	7
G 16 Évitement social actif.	1	2	3	4	5	6	7

Échelle du syndrome positif et négatif

Référence : Kay SR., Coler LA., Fiszbein A. Échelle du syndrome positif et négatif : Manuel de cotation. San Rafael, CA : Social and Behavioural Sciences Documents. 1987.

- P1
Idées délirantes : Croyances non fondées, irréalistes et idiosyncrasiques. Base de la cotation : le contenu de la pensée exprimé lors de l'entrevue et son influence sur les relations sociales et la conduite.
- P2
Désorganisation conceptuelle Le processus de la pensée est désorganisé et se caractérise par un dérangement des séquences normalement dirigé vers un but, par exemple dans la circonstancialité, la tangentialité, le relâchement des associations, la perte de but, l'illogisme marqué ou le blocage de la pensée. Base de la cotation : les processus cognitifs-verbaux observés durant le déroulement de l'entrevue.
- P3
Activité hallucinatoire : Rapport verbal ou conduite révélant l'existence de perceptions qui ne sont pas générées par des stimuli externes. Les hallucinations peuvent survenir dans les sphères auditive, visuelle, olfactive ou somatique. Base de la cotation : rapport verbal et manifestations physiques pendant le déroulement de l'entrevue tout autant que le comportement rapporté par les soignants et les proches.
- P4
Excitation : Hyperactivité telle que reflétée par un comportement moteur accéléré, une réactivité accrue aux stimuli, de l'hypervigilance ou une labilité affective excessive. Base de la cotation : manifestations comportementales durant le déroulement de l'entrevue tout autant que le comportement rapporté par les soignants et les proches.
- P5
Idées de grandeur : Opinion de soi exagérée et convictions irréalistes de supériorité, incluant des idées délirantes d'aptitudes extraordinaires, de richesse, de connaissance, de renommée, de puissance et de rectitude morale. Base de la cotation : le contenu de la pensée exprimé durant l'entrevue et son influence sur le comportement.
- P6
Méfiance /Persécution : Idées de persécution irréalistes ou exagérées, telles que reflétées par une attitude réservée ou méfiante, une hypervigilance suspicieuse ou des idées délirantes franches que les autres veulent lui causer du tort. Base de la cotation : le contenu de la pensée exprimé au cours de l'entrevue et son influence sur la conduite.
- P7
Hostilité : Expressions verbales et non verbales de colère et de ressentiment incluant la sarcasme, une conduite passive-agressive, des injures et une tendance aux assauts. Base de la cotation : le comportement interpersonnel observé durant l'entrevue et les rapports par les soignants et les proches.

-
- N1**
Émoussement de l'expression des émotions
- Réponse émotionnelle diminuée caractérisée par une diminution de l'expression faciale, de la modulation affective et des gestes communicatifs. Base de la cotation : observation des manifestations physiques du tonus affectif et de la réponse émotionnelle pendant le déroulement de l'entrevue.
- N2**
Retrait affectif :
- Manque d'intérêt, d'implication et d'engagement affectif aux événements de la vie. Base de la cotation : rapports sur le fonctionnement du patient venant des soignants ou des proches et observation du comportement interpersonnel durant l'entrevue.
- N3**
Mauvais contact :
- Manque d'empathie, d'ouverture à la conversation, d'intimité, d'intérêt ou d'implication vis-à-vis l'interviewer. Ceci se manifeste par une mise à distance avec autrui et une communication verbale et non verbale diminuée. Base de la cotation : comportement interpersonnel durant l'entrevue.
- N4**
Repli social passif et apathique :
- Diminution de l'intérêt et de l'initiative pour les interactions sociales, attribuable à la passivité, l'apathie, l'anergie ou l'avolition. Cela conduit à des engagements interpersonnels restreints et à une négligence des activités quotidiennes. Base de la cotation : les rapports sur la conduite sociale d'après les soignants et les proches.
- N5**
Difficulté d'abstraction :
- Atteinte de l'utilisation du mode de pensée abstraite-symbolique, mise en évidence par une difficulté à classifier, à généraliser et à aller au-delà d'un mode de pensée concret ou égocentrique dans la résolution de problèmes. Base de la cotation : les réponses aux questions sur les similitudes et les interprétations de proverbes, et l'emploi du mode concret plutôt qu'abstrait durant l'entrevue.
- N6**
Absence de spontanéité et de fluidité dans la conversation :
- Réduction du débit normal de la communication, associée à de l'apathie, une avolition, une attitude défensive ou un déficit cognitif. Ceci se manifeste par une diminution de la fluidité et de la productivité des processus verbaux durant l'entrevue. Base de la cotation : processus cognitifs-verbaux durant l'entrevue.
- N7**
Pensée stéréotypée :
- Diminution de la fluidité, de la spontanéité et de la flexibilité de la pensée, mise en évidence par un contenu de la pensée qui est rigide, répétitif et stérile. Base de la cotation : processus cognitifs-verbaux durant l'entrevue.

- G1**
Préoccupations somatiques :
Plaintes physiques ou préoccupations au sujet d'une maladie ou d'un mauvais fonctionnement somatique. Ceci peut aller d'une vague sensation d'être malade jusqu'aux idées délirantes bien définies de maladie physique catastrophique.
Base de la cotation : le contenu de la pensée exprimé en entrevue.
- G2**
Anxiété :
Expérience subjective de nervosité, d'inquiétude, d'appréhension ou d'hyperactivité allant de la préoccupation excessive au sujet du présent ou du futur jusqu'à la sensation de panique. Base de la cotation : rapport verbal durant l'entrevue et manifestations physiques correspondantes.
- G3**
Sentiments de culpabilité :
Sentiment de remords ou d'auto-accusation pour des méfaits antérieurs, réels ou imaginaires. Base de la cotation : verbalisations de sentiments de culpabilité durant l'entrevue et leur influence sur les attitudes et les pensées.
- G4**
Tension :
Manifestations physiques évidentes de peur, d'anxiété ou d'agitation, comme de la rigidité, des tremblements, de la transpiration profuse ou de l'hyperactivité. Base de la cotation : verbalisations attestant l'anxiété et à partir de cela, la sévérité des manifestations physiques de la tension observée durant l'entrevue.
- G5**
Maniérisme trouble de la posture :
Postures ou gestes anormaux caractérisés par une apparence gauche, guindée, désorganisée ou bizarre. Base de la cotation : observation des manifestations physiques durant l'entrevue tout comme les témoignages des soignants et des proches.
- G6**
Dépression :
Sentiments de tristesse, de découragement, d'impuissance et de pessimisme. Base de la cotation : verbalisations d'une humeur déprimée durant l'entrevue et son influence observée sur l'attitude et la conduite.
- G-7**
Ralentissement psychomoteur :
Réduction de l'activité motrice telle que manifestée par un ralentissement des mouvements et du discours, une diminution de la réactivité aux stimuli et une réduction du tonus corporel. Base de la cotation : manifestations durant l'entrevue tout comme les témoignages des soignants et des proches.
- G-8**
Manque de coopération :
Refus actif de se soumettre à la volonté des autres personnes significatives, incluant l'interviewer, le personnel de l'hôpital ou la famille, ce qui peut être associé à de la méfiance, une attitude défensive, de l'entêtement, du négativisme, un rejet de l'autorité, de l'hostilité ou de la belligérance. Base de la cotation : la conduite interpersonnelle observée durant l'entrevue tout comme les témoignages des soignants ou des proches.
- G-9**
Contenu inhabituel de la pensée :
La pensée est caractérisée par des idées étranges, fantastiques ou bizarres allant des pensées vagues ou atypiques à celles qui sont faussées, illogiques et de toute évidence absurdes. Base de la cotation : le contenu de la pensée exprimé durant l'entrevue.

- G-10**
Désorientation : Manque de conscience des rapports d'une personne avec son milieu, incluant les personnes, le lieu et le temps, ce qui peut être dû à de la confusion ou du retrait. Base de la cotation : réponses aux questions sur l'orientation au cours de l'entrevue.
- G-11**
Manque d'attention : Incapacité de diriger son attention manifestée par une mauvaise concentration, une distractivité pour les stimuli internes et externes et une difficulté à fixer, maintenir ou changer son attention sur de nouveaux stimuli. Base de la cotation : manifestations durant l'entrevue.
- G-12**
Manque de jugement et de prise de conscience de la maladie : Conscience ou compréhension altérée de sa condition psychiatrique et de sa situation de vie. Ceci est mis en évidence par l'incapacité de reconnaître une maladie psychiatrique ou des symptômes passés ou actuels, une négation du besoin d'hospitalisation ou de traitement psychiatrique, des décisions caractérisées par une mauvaise anticipation des conséquences et une planification irréaliste à court et long terme. Base de la cotation : le contenu de la pensée durant l'entrevue.
- G-13**
Trouble de volition : Perturbation de l'initiation, du maintien et du contrôle volontaires de ses pensées, de sa conduite, de ses gestes et de son discours. Base de la cotation : le contenu de la pensée et la conduite manifestés durant l'entrevue.
- G-14**
Mauvais contrôle pulsionnel : Régulation et contrôle désordonnés des actes reliés aux besoins impératifs internes, conduisant à une décharge de tension et d'émotions soudaine, non modulée, arbitraire ou mal dirigée, sans égards aux conséquences. Base de la cotation : la conduite durant l'entrevue et celle rapportée par les soignants et les proches.
- G-15**
Préoccupation excessive de soi : Le patient est absorbé par des pensées et des sentiments intra-psychiquement déterminés et par des expériences autistiques au détriment de son orientation dans la réalité et d'une conduite adaptée. Base de la cotation : la conduite interpersonnelle observée durant l'entrevue.
- G-16**
Évitement social actif : Engagement social diminué associé à une crainte, une hostilité ou une méfiance injustifiées. Base de la cotation : les rapports sur le fonctionnement social par les soignants ou les proches.