

David Masson et Nicolas Franck

Des soins porteurs d'espoir en psychiatrie

La réhabilitation psychosociale

2^e édition

Collection
Avelines



David MASSON et Nicolas FRANCK

Des soins porteurs
d'espoir en psychiatrie
La réhabilitation psychosociale

2021

Le Coudrier

Les éditions Le Coudrier sont spécialisées en santé publique. Leur nom, emprunté à la baguette des sourciers, évoque la recherche d'auteurs, riches d'une expérience de terrain, pour transmettre des savoirs pratiques.

Le Coudrier conçoit des « livres outils » pour les acteurs de santé, afin de les aider dans leurs projets, de les fédérer et de leur faire partager une culture de santé publique.

Le Coudrier est dirigé par Pascale Gayraud, médecin spécialiste de santé publique.

Collection Avelines

Avelines est la collection poche du Coudrier. De façon claire et concise, elle éclaire des sujets méconnus, fait réfléchir, présente des outils ou fait connaître des expériences. Conçus pour répondre aux besoins des acteurs de santé, ses livres sont courts et synthétiques. Avelines porte le nom des fruits du coudrier (appellation ancienne du noisetier).

Droits d'usage : Ce livre est la propriété exclusive de l'acheteur et réservé à un usage privé. Il est protégé par un tatouage numérique qui assure sa traçabilité. Comme un livre imprimé, il est soumis à la loi sur le droit de copie. Toute reproduction, même partielle, à usage collectif de ce fichier sur quelque support que ce soit nécessite une autorisation préalable de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20 rue des Grands-Augustins 75006 PARIS, tél : 01 44 07 47 70, www.cfcopies.com). En dehors d'une autorisation, le propriétaire d'une telle reproduction s'expose à des poursuites.

© 2021, Le Coudrier, 313 avenue Marcel Mérieux 69530 Brignais, www.edition-lecoudrier.fr

ISBN : 978-2-919374-34-2

Résumé

La réhabilitation psychosociale est une approche thérapeutique s'adressant aux personnes atteintes de troubles psychiques sévères. Non centrée sur la maladie, elle les considère dans leur globalité en prenant en compte leurs capacités. Elle les accompagne pour développer celles-ci afin de leur permettre de mener à bien leurs projets et d'avoir une existence la plus satisfaisante possible.

Comment procède cette démarche ? Quels sont ses outils ? Quelle est l'offre de prise en charge ? De façon claire et concise, les auteurs répondent à ces questions en illustrant leur propos d'éléments concrets, comme le parcours d'une personne accompagnée.

Un ouvrage pour comprendre ces soins de santé mentale en plein développement.

Présentation des auteurs

David Masson est psychiatre au Centre psychothérapique de Nancy, où il est responsable du département ambulatoire du pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie d'adultes et d'addictologie du Grand Nancy. Il dirige l'unité de remédiation cognitive qu'il a mise en place et qui est devenue en 2019 le centre référent en réhabilitation psychosociale, CURE Lorraine (Centre universitaire support de remédiation cognitive et rétablissement). Ce centre coordonne le réseau CURE Grand Est qui couvre toute la région.

Coordinateur d'éducation thérapeutique, David Masson a codéveloppé un programme intitulé « Je prends soin de moi avec une schizophrénie ou un trouble schizo-affectif ». Il anime également des groupes de psychoéducation des familles. Depuis plus de 10 ans, il enseigne auprès des étudiants du diplôme d'études spécialisées de psychiatrie et des élèves des écoles d'infirmiers de Nancy. Il s'investit dans la promotion de la santé mentale et de la réhabilitation psychosociale sur les réseaux sociaux et à travers des actions locales, comme des conférences grand public.

Nicolas Franck est psychiatre, professeur des universités et chef du pôle centre rive gauche à l'hôpital du Vinatier à Lyon. Il est responsable du Centre ressource de réhabilitation psychosociale qui joue un rôle structurant au niveau national.

Depuis une quinzaine d'années, Nicolas Franck se consacre à la promotion et au développement des soins de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive en France. Il a mené des travaux de recherche sur les mécanismes neurocognitifs de la schizophrénie et sur les applications thérapeutiques qui en découlent, comme la remédiation cognitive. Il préside l'Association francophone de remédiation cognitive, qu'il a fondée en 2009. Cette même année, il a créé un diplôme universitaire consacré à la remédiation cognitive, et par la suite deux autres diplômes portant sur la psychoéducation et sur la pair-aidance en santé mentale. Depuis 2013, il est directeur scientifique de l'*EMC-Psychiatrie* (traité de psychiatrie de l'*Encyclopédie médico-chirurgicale*). Il est également l'auteur de nombreux articles scientifiques et ouvrages portant sur la réhabilitation psychosociale.

Remerciements

À Gregory Aiguier, Virginie Thierry et la plume du blog Litthérapie
pour leurs précieuses relectures.

Sommaire

Introduction

La démarche de réhabilitation psychosociale

[Le rétablissement en santé mentale](#)

[La réhabilitation psychosociale](#)

[Le parcours de réhabilitation psychosociale](#)

Les outils thérapeutiques

[La psychoéducation](#)

[La remédiation cognitive](#)

[Les thérapies cognitives et comportementales](#)

[Les outils mettant le corps en jeu](#)

[Le soutien à l'emploi](#)

L'offre de prise en charge

[Les centres de réhabilitation psychosociale](#)

[Les secteurs de psychiatrie générale](#)

Perspectives

Ressources pour aller plus loin

Glossaire

Liste des sigles

Introduction

LE RÉTABLISSEMENT DE SARAH

Sarah est étudiante en lettres à Poitiers. Quelques jours après ses 20 ans, sa vie bascule à la suite d'une rupture sentimentale. Ses proches constatent que sa pensée devient décousue et hermétique. La jeune fille est envahie par un sentiment d'insécurité et elle développe des idées de persécution. Elle est convaincue qu'on peut lire dans ses pensées et elle entend des paroles hostiles, même lorsqu'elle est seule. Une impression de danger permanent la terrifie. Très vite, elle arrête de suivre les cours à la faculté et met des distances dans ses relations. Elle finit par rompre tout contact avec ses amis. Chez ses parents, elle s'isole dans sa chambre la plupart du temps. Après plusieurs hospitalisations en psychiatrie, un diagnostic de schizophrénie est posé et un suivi psychiatrique est mis en place. Le traitement permet une diminution du délire, des symptômes de désorganisation et des hallucinations verbales. Sarah est moins envahie par l'angoisse et elle reprend des contacts sociaux. Toutefois, il lui est difficile de suivre une conversation, de se concentrer sur une tâche et d'organiser sa journée. Elle a pourtant encore des envies. Avec ses proches et les professionnels, elle évoque le souhait d'avoir plus d'autonomie et de quitter le domicile de ses parents. Elle voudrait aussi suivre une formation de photographe. Un accompagnement de réhabilitation psychosociale lui est proposé, afin qu'elle puisse faire aboutir ses projets. La jeune fille l'accepte et suit avec assiduité la psychoéducation qui lui permet de s'approprier sa maladie et son traitement. Par ailleurs, les séances de remédiation cognitive l'aident à être plus attentive et à planifier ses journées. À l'issue de la prise en charge, Sarah se sent beaucoup mieux. Elle est devenue confiante dans ses capacités et elle envisage son avenir de façon sereine. Elle trouve un travail rémunéré chez un photographe. Bientôt, elle va pouvoir s'installer dans un logement indépendant.

Sarah, comme beaucoup d'autres personnes atteintes de troubles psychiques, a vu son horizon s'éclaircir grâce à la réhabilitation psychosociale. Cette démarche thérapeutique, dont la psychoéducation et la remédiation cognitive constituent les deux principaux piliers, permet à de nombreuses personnes de reprendre espoir et de retrouver une vie autonome. Nous l'observons tous les jours dans notre activité.

La réhabilitation psychosociale reste encore peu connue des personnes touchées et de leurs proches, ainsi que des professionnels susceptibles de la mettre en œuvre, psychiatres, médecins, psychologues, infirmiers, neuropsychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens et travailleurs sociaux. C'est à leur intention que nous avons écrit ce livre pour l'expliciter de façon concrète afin que les personnes qui en ont besoin puissent en bénéficier.

LA RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE

L'expression « réhabilitation psychosociale » désigne les soins et les accompagnements qui sont proposés aux personnes atteintes de troubles psychiques pour leur permettre de développer leurs capacités et favoriser leur inclusion sociale.

Ces soins et ces accompagnements sont adaptés aux besoins et aux objectifs de vie de chaque personne. Ils visent son rétablissement, c'est-à-dire la possibilité pour elle de mener une vie qu'elle considère comme satisfaisante.

La réhabilitation psychosociale s'appuie sur des outils thérapeutiques non médicamenteux spécifiques. Sa finalité est de renforcer le pouvoir d'agir des personnes et d'améliorer leurs compétences. Elle comporte également des interventions pour faciliter l'inclusion et lutter contre la stigmatisation des troubles psychiques.

UN PEU D'HISTOIRE

L'inclusion des personnes atteintes de troubles psychiques dans la société est une ambition très ancienne. On en trouve la trace dans la littérature médiévale. À l'époque, la folie désignait ce que l'on décrirait de nos jours comme une modification du sens de soi, de la perception du monde, de la mémoire et du sentiment d'identité. Elle était considérée comme étant susceptible de guérir et ne devant pas, pour cette raison, être préjudiciable à la réputation. En être atteinte rendait la personne différente et la plaçait en marge de la société, mais ne lui faisait pas perdre la place qu'elle y avait occupée jusqu-là¹.

À la fin du XVIII^e siècle, Philippe Pinel et Jean-Baptiste Pussin ont libéré des aliénés jusqu'alors enchaînés à l'hôpital Bicêtre. Le premier y exerçait les fonctions d'aliéniste (on ne disait pas encore psychiatre) et le second de surveillant. À la suite de cet acte fondateur, Philippe Pinel a développé le traitement moral, considéré comme l'ancêtre de la psychothérapie. Ce

traitement faisait appel « à la raison morale et logique de l'aliéné contre sa propre folie » et au soutien entre pairs. William Tucke en Angleterre et Dorothea Dix aux États-Unis se sont inscrits dans la continuité de ces avancées. La seconde a milité pour la création d'asiles, c'est-à-dire d'établissements spécifiquement destinés à l'accueil des personnes souffrant de maladies mentales. En France, les asiles se sont développés sous l'impulsion de l'aliéniste Jean-Étienne Dominique Esquirol. Ils visaient l'insertion et le renforcement des compétences des aliénés. Dès le début du XX^e siècle, le travail y était utilisé en tant qu'outil de réadaptation, mais il restait mis en œuvre en leur sein.

Deux éléments ont favorisé la désinstitutionnalisation des personnes souffrant de troubles mentaux : l'espoir amené par la découverte des neuroleptiques dans les années 1950 et le courant antipsychiatrique, qui, dans les années 1960-1970, s'opposait à la théorie de la psychiatrie et à la manière dont elle s'exerçait. Dès les années 1960, la désinstitutionnalisation a pris son essor dans les pays anglo-saxons en s'appuyant sur l'expérience italienne de Franco Basaglia. De nombreuses institutions psychiatriques ont fermé leurs portes les unes après les autres et des installations thérapeutiques ont été créées au sein de la société, permettant la sortie progressive des personnes hospitalisées. Des milliers d'entre elles ont alors accédé à la possibilité d'une réinsertion dans leur milieu de vie initial. La réhabilitation psychosociale s'est développée pour accompagner cette dynamique. Pendant cette période, aux États-Unis, le mouvement des usagers/survivants de la psychiatrie, fondé sur le principe du *Nothing About Us Without Us*², a fait progresser les droits des usagers.

La psychothérapie institutionnelle, basée sur le pouvoir thérapeutique de l'institution psychiatrique, s'est développée en France dans les années 1960. Dans ce modèle, ce sont les organisations de travail et les lieux de soins, la dynamique de groupe et les relations soignants-soignés qui ont une vertu thérapeutique. L'organisation des soins psychiatriques, telle qu'on la connaît aujourd'hui, a vu le jour en parallèle : le territoire français a été découpé en secteurs psychiatriques disposant de services hospitaliers et extrahospitaliers, chaque secteur étant responsable de la population habitant sur sa zone d'intervention.

La réhabilitation psychosociale s'est implantée en France dans les années 1980. Elle a complété les interventions des secteurs de psychiatrie générale et

introduit une approche globale centrée sur la personne. Elle s'est enrichie des apports des sciences cognitives à partir des années 2000. De nombreux travaux font maintenant état de l'efficacité de ses outils thérapeutiques que sont la psychoéducation, la remédiation cognitive, les thérapies cognitives et comportementales (TCC), les médiations psychocorporelles, les activités physiques adaptées et le soutien à l'emploi. Ces outils se sont déployés durant les deux dernières décennies. Ils sont aujourd'hui de plus en plus accessibles.

CONTENU DE L'OUVRAGE

Cet ouvrage est construit en trois parties. La première présente la démarche de la réhabilitation psychosociale : elle explique la notion de rétablissement, puis l'approche thérapeutique et le parcours de la personne accompagnée. La deuxième partie est consacrée aux outils de la réhabilitation psychosociale, et la troisième à l'offre de prise en charge dans les centres de réhabilitation psychosociale et dans les secteurs de psychiatrie générale. Des ressources pour aller plus loin (sites Internet, formations, ouvrages) complètent le livre, ainsi qu'un glossaire des termes non utilisés dans le langage courant et une liste des sigles.

Dans ces pages, nous appelons le patient accueilli dans un centre de réhabilitation « personne », « personne accompagnée », « personne atteinte de troubles psychiques », « personne concernée » ou « usager » afin de souligner l'importance de son rôle dans son rétablissement. Nous évitons le recours aux mots « patient » ou « malade », car ils ne rendent pas compte de son potentiel. Et nous nommons les professionnels intervenant dans la prise en charge « professionnels de santé mentale » ou « thérapeutes ».

1. Adeline Duperray, professeure agrégée et docteur ès lettres à l'université d'Aix-Marseille. Vidéo de la chaîne YouTube Fou de Normandie : « La folie au temps du Roi Arthur et de Kaamelott ! Transportez-vous au Moyen Âge ! », disponible à l'adresse : <https://www.youtube.com/watch?v=Ye2U6LvMfM4&t=2416s>

2. Rien sur nous sans nous.

La démarche de réhabilitation psychosociale

La réhabilitation psychosociale vise à développer les capacités des personnes ayant des troubles psychiques pour qu'elles puissent avancer vers leur rétablissement. Dans cette partie, nous expliquons le concept de rétablissement en santé mentale avant d'explicitier la démarche de réhabilitation, ses principes, les valeurs sur lesquelles elle s'appuie et ses indications. Nous détaillons ensuite le parcours de réhabilitation psychosociale, de l'évaluation multidisciplinaire à la généralisation et la consolidation des acquis. Puis, nous donnons l'exemple du parcours d'une personne que nous avons accompagnée.

LE RÉTABLISSEMENT EN SANTÉ MENTALE

Patricia Deegan est une psychologue et chercheuse qui a reçu un diagnostic de schizophrénie à l'âge de 17 ans. Cette Américaine s'est engagée dans le mouvement des usagers dans les années 1990. Elle a défini le rétablissement en santé mentale comme « une attitude, une manière de prendre conscience au fil de la journée et d'affronter les défis qui se présentent à moi [...]. Savoir ce que je ne peux pas faire me permet de mieux voir les nombreuses possibilités qui s'offrent encore à moi³ ». Son parcours témoigne de la possibilité pour une personne souffrant d'un trouble mental d'accepter sa maladie et de s'enrichir de ses difficultés pour les dépasser.

Le rétablissement en santé mentale est un processus complexe. Il comprend quatre dimensions interdépendantes : le rétablissement clinique, le rétablissement fonctionnel, le rétablissement social et le rétablissement personnel (voir [figure 1](#)).

– Le rétablissement clinique se traduit par une rémission des symptômes ou par leur persistance à un niveau faible. Le recours aux médicaments psychotropes et à des mesures non médicamenteuses y contribue. L'acceptation de la maladie et la diminution de la souffrance le favorisent.

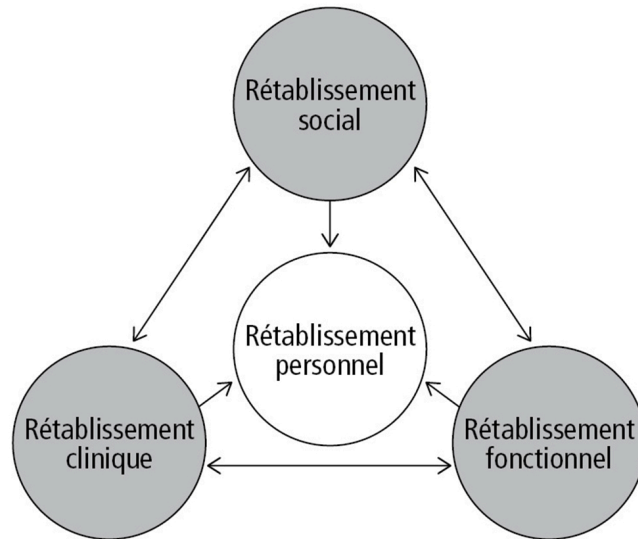
– Le rétablissement fonctionnel correspond à la capacité de la personne à faire face de manière satisfaisante aux situations de la vie quotidienne. Il repose sur sa capacité à faire des choix et sur la prise de conscience de ses capacités préservées et des limitations causées par la maladie. Il est la cible principale des soins de réhabilitation psychosociale.

– Le rétablissement social fait référence à l'amélioration de la qualité de vie et à l'insertion dans la communauté. L'accès au logement, à l'emploi, à des relations sociales, aux loisirs, à la culture et à la citoyenneté participe à cette dimension.

– Le rétablissement personnel, objectif de toute action dans le domaine de la santé mentale, est subjectif et singulier. Il se traduit par le sentiment qu'a le sujet d'être rétabli. Seul celui qui en fait l'expérience au terme d'un processus personnel peut attester l'avoir atteint ou témoigner des moyens qu'il a utilisés

pour cela. Le rétablissement personnel comprend l'espoir d'un mieux-être, le dépassement de la stigmatisation, la projection dans l'avenir, la restauration du sens de l'existence, le bien-être mental et un pouvoir d'agir renforcé (ou *empowerment*).

Figure 1 : les 4 dimensions du rétablissement en santé mentale



La psychiatrie s'est longtemps focalisée sur le rétablissement clinique. Elle considère désormais comme essentiel de favoriser les autres dimensions du rétablissement, notamment la dimension fonctionnelle à travers les actions de réhabilitation psychosociale dans l'objectif d'avoir plus d'impact sur le rétablissement personnel dans toute sa subjectivité. En pratique, aider la personne à se rétablir d'un point de vue clinique et fonctionnel contribue à son rétablissement social et personnel.

[3.](#) Deegan P. "Recovery as a journey of the heart". *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 19, n° 3, 1996, p. 91-97.

LA RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE

La **réhabilitation psychosociale** est une démarche thérapeutique qui s'adresse aux personnes ayant un trouble mental sévère (troubles psychotiques, dont la schizophrénie et les troubles schizo-affectifs, et troubles de l'humeur, dont les troubles bipolaires) ou un trouble du spectre de l'autisme.

Le terme *réhabilitation* fait référence à la restauration des capacités de la personne prise en charge et le terme *psychosociale* à sa santé mentale et à sa place dans la société.

La réhabilitation psychosociale renforce les capacités de décision et d'action de la personne accompagnée. Elle améliore son image d'elle-même et elle facilite son inclusion sociale. La démarche repose sur des pratiques spécifiques, sur un parcours de soins personnalisé et sur une posture des professionnels favorisant le rétablissement. Elle respecte les choix des personnes en termes d'objectifs de santé et de vie : le plus souvent avoir une vie familiale et sociale, ainsi qu'un emploi. Elle s'appuie sur leurs capacités préservées et les renforce.

Principes

La réhabilitation psychosociale repose sur les principes suivants⁴.

- Elle est potentiellement utile à toute personne concernée par un trouble mental sévère ou par un trouble du spectre de l'autisme.
- Ses soins doivent favoriser l'atteinte des objectifs concrets définis par la personne.
- Un programme de soins spécifique est établi pour chaque personne. Aucun programme n'est applicable à tous.
- Les structures de soins s'équipent de telle manière que les usagers puissent accéder à l'ensemble des outils qui leur sont utiles (voir [deuxième partie](#)).
- Le choix des outils thérapeutiques répond aux besoins identifiés par la personne accompagnée.
- Le thérapeute aide la personne accompagnée à développer de nouvelles stratégies pour faire face aux difficultés du quotidien et atteindre ses objectifs.

- Les compétences acquises lors des séances de réhabilitation sont utilisées dans le quotidien.
- La réhabilitation psychosociale s'appuie sur la synergie de plusieurs professions. Elle implique des médecins, des psychologues spécialisés en neuropsychologie, des infirmiers, des ergothérapeutes et d'autres professions paramédicales impliquées dans la rééducation, ainsi que des intervenants appartenant au champ socioéducatif et des pairs-aidants⁵. Tous les intervenants doivent agir pour favoriser le rétablissement de la personne accompagnée. Ces principes soutiennent l'alliance thérapeutique entre la personne concernée et les professionnels. Ils favorisent la motivation de la première et donnent un sens à l'engagement des seconds.

Valeurs

Les interventions en réhabilitation psychosociale respectent les valeurs suivantes :

- Autodétermination des personnes : toute personne accompagnée fait ses propres choix, y compris pour sa prise en charge.
- Approche positive : l'accent est mis sur les forces de la personne plutôt que sur ses limitations, afin de permettre le développement de son potentiel.
- Précocité des interventions : l'accompagnement et les soins sont proposés aussi tôt que possible.
- Normalisation : l'aide est apportée dans un environnement ordinaire, hors d'un hôpital psychiatrique.
- Personnalisation : les soins et l'accompagnement sont adaptés aux besoins de la personne.
- Engagement : les intervenants sont formés et disponibles. Ils s'engagent pour le rétablissement de la personne.
- Horizontalité : le projet de soins est construit avec la personne sur la base d'une relation simple et directe.
- Inclusion sociale et accès à l'emploi : l'inclusion sociale et l'accès au travail sont au centre du processus, sous réserve du souhait de la personne.
- Optimisation de la durée des prises en charge : les programmes thérapeutiques sont adaptés aux objectifs de la personne et mis en œuvre jusqu'à la réalisation de ceux-ci.

– Droit commun plutôt que milieu protégé : les solutions en milieu ordinaire sont préférées à celles qui relèvent du secteur sanitaire ou du secteur médicosocial afin d'élargir les possibilités d'emploi et de faciliter l'inclusion sociale.

Indications

La réhabilitation psychosociale s'adresse aux personnes atteintes des troubles psychiques sévères suivants :

- troubles psychotiques : états à haut risque de psychose, premiers épisodes psychotiques, schizophrénie ;
- troubles de l'humeur : troubles bipolaires, troubles schizo-affectifs, états dépressifs caractérisés sévères ;
- troubles du spectre de l'autisme.

Pour qu'une personne puisse bénéficier de soins de réhabilitation psychosociale, les acteurs de première ligne, comme les médecins généralistes, doivent l'adresser au secteur de psychiatrie générale de leur territoire ou à un psychiatre libéral.

La réhabilitation psychosociale est à proposer le plus précocement possible aux personnes concernées. Certains outils sont adaptés à ceux ayant un parcours de maladie long.

[4](#). Franck N. « Réhabilitation psychosociale ». *EMC-Psychiatrie*, vol. 17-4, n° 184, 2020, p. 1-13.

[5](#). Personnes rétablies de troubles psychiques ayant bénéficié d'une formation spécifique leur permettant d'accompagner d'autres personnes souffrant de tels troubles.

LE PARCOURS DE RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE

À la différence des soins **psychiatriques traditionnels** qui sont centrés sur les manifestations symptomatiques et les incapacités, la réhabilitation psychosociale s'appuie sur les forces et les ressources de la personne concernée pour favoriser son rétablissement. Elle vise à restaurer l'espoir et repose sur son engagement actif. Elle renforce de cette façon son autodétermination et son pouvoir d'agir (ou *empowerment*).

Le parcours de réhabilitation nécessite un investissement important de la personne. Aussi, le thérapeute référent de secteur psychiatrique, le médecin généraliste ou le psychiatre libéral qui la suivent doivent la préparer en amont pour susciter sa motivation et son engagement.

Le parcours de réhabilitation comprend quatre étapes (voir la [figure 2](#)) :

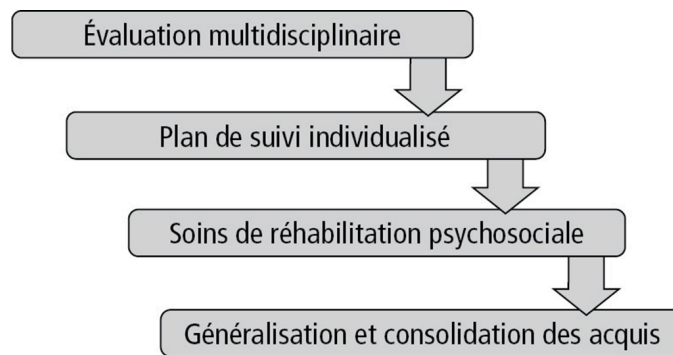
- L'évaluation multidisciplinaire ;
- La co-construction du projet de réhabilitation psychosociale qui repose sur le plan de suivi individualisé ;
- Les soins de réhabilitation psychosociale ;
- La généralisation et la consolidation des bénéfices acquis lors des soins dans la vie quotidienne.

Le parcours de réhabilitation psychosociale s'étend sur plusieurs mois, sans excéder deux ans. Cette durée dépend des objectifs et des besoins de la personne.

Les soins de réhabilitation psychosociale sont initiés et dispensés en ambulatoire, car c'est dans l'environnement de vie des personnes qu'ils déploient leur potentiel. Une hospitalisation n'est pas justifiée pour les mettre en œuvre.

En revanche, lorsqu'une hospitalisation est nécessaire pour une personne concernée qui ne bénéficie pas déjà de soins de réhabilitation psychosociale, le parcours de réhabilitation doit être préparé et débuté à l'hôpital, sans pour autant rallonger la durée de séjour.

Figure 2 : Le parcours de réhabilitation psychosociale



L'évaluation multidisciplinaire

L'évaluation multidisciplinaire est la première étape du parcours de la personne accompagnée. Elle est constituée d'une évaluation clinique réalisée par le psychiatre, d'une évaluation fonctionnelle conduite par un infirmier ou par un ergothérapeute et d'une évaluation neuropsychologique effectuée par un psychologue spécialisé. Elle peut être complétée par une évaluation écologique mise en œuvre par un ergothérapeute.

L'évaluation multidisciplinaire appréhende la personne dans son environnement. Elle lui permet d'approfondir la connaissance de sa situation, de ses ressources et de ses faiblesses, de savoir où elle en est en quelque sorte.

Cette évaluation s'appuie sur des échelles et des tests spécifiques dont il est nécessaire de maîtriser les modalités de passation et l'interprétation. La personne doit être informée de la façon dont se déroulent ces tests afin de favoriser son implication. Les résultats obtenus doivent lui être communiqués.

La synthèse de l'évaluation sert de base à la construction d'un programme de réhabilitation psychosociale propre à la personne accompagnée. Ce programme est appelé plan de suivi individualisé ou PSI. Il organise les soins de façon adaptée pour la personne et favorise sa motivation pour la réalisation de ceux-ci.

L'ÉVALUATION CLINIQUE

L'évaluation clinique explore le parcours de maladie de la personne dans sa globalité, c'est-à-dire en s'intéressant à la fois aux aspects somatiques et aux aspects psychiatriques. Elle est réalisée par un psychiatre. À son issue, celui-ci peut proposer une optimisation du traitement médicamenteux et des

explorations complémentaires. L'optimisation du traitement peut être une réduction de la posologie ou du nombre des médicaments psychotropes, afin de limiter la iatrogénie et d'améliorer le rapport bénéfices/effets indésirables. Une exploration complémentaire peut être un examen d'imagerie cérébrale. Le cas échéant, le thérapeute complète son diagnostic et son évaluation des troubles grâce à des échelles d'évaluation standardisées (comme la PANSS – *Positive And Negative Syndrome Scale* – utilisée dans la schizophrénie).

L'ÉVALUATION FONCTIONNELLE

L'évaluation fonctionnelle met en évidence les ressources de la personne et le retentissement de ses troubles dans la vie quotidienne. Elle est mise en œuvre par un infirmier ou par un ergothérapeute. Plusieurs échelles permettent d'explorer les dimensions indispensables pour élaborer par la suite le programme de soins.

Ces dimensions sont l'impact des troubles cognitifs dans le quotidien, le stade de rétablissement (voir plus loin le [tableau 5](#)) et la reconnaissance de la pathologie. Les échelles les plus fréquemment utilisées sont présentées dans les [tableaux 1](#) et [2](#). Le tableau 1 liste celles remplies avec un professionnel, le tableau 2 celles complétées par la personne elle-même.

Tableau 1. Les échelles d'hétéroévaluation
utilisées pour l'évaluation fonctionnelle

Nom	Objet de l'évaluation	Durée
Échelle d'évaluation des répercussions fonctionnelles – ERF*	Retentissement des troubles cognitifs sur la vie quotidienne	1 heure
Échelle de répercussion fonctionnelle des troubles de la cognition sociale – ERF-CS**	Retentissement des troubles cognitifs sur les relations avec autrui	1 heure
Test des errances multiples – TEM	Étude du fonctionnement exécutif à travers une mise en situation pratique	2 heures

* Disponible à l'adresse : <https://centre-ressource-rehabilitation.org/echelle-de-repercussion-fonctionnelle-erf>

** Disponible à l'adresse : <https://centre-ressource-rehabilitation.org/echelle-de-repercussion-fonctionnelle-des-troubles-de-la-cognition-sociale-erf>

Tableau 2. Les échelles d'autoévaluation
utilisées pour l'évaluation fonctionnelle

Nom	Objet de l'évaluation	Durée
Échelle de bien-être mental de Warwick-Edinburgh – WEMWBS*	Bien-être dans ses dimensions hédonique et eudémonique**	7 minutes
Schizophrenia Quality of Life Questionnaire Short Form – S-QoL 18	Qualité de vie	15 minutes
Self Esteem Rating Scale ou Échelle d'estime de soi de Rosenberg – SERS	Estime de soi	15 minutes
Échelle d'insight de Birchwood	Conscience des symptômes, de la maladie et de la nécessité d'un traitement	8 minutes
Stages of Recovery Instrument – STORI	Avancée dans le parcours de rétablissement	30 minutes
Échelle lausannoise d'autoévaluation des difficultés et des besoins – ELADEB	Difficultés et besoins d'aide	1 heure
Échelle d'autoévaluation des ressources – AERES	Ressources utiles au rétablissement	1 heure
Internalized Stigma of Mental Illness – ISMI	Éléments de stigmatisation et d'autostigmatisation	30 minutes

* Disponible à l'adresse : <https://centre-ressource-rehabilitation.org/l-echelle-de-bien-etre>

** Forme de bonheur existentiel qui apparaît quand la vie, les activités et les actions menées par une personne sont porteuses de sens.

L'ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE

L'évaluation neuropsychologique recense les ressources et les faiblesses cognitives de la personne, ainsi que le retentissement de ces dernières. Elle est réalisée par le neuropsychologue à l'aide de tests qui évaluent la neurocognition, la métacognition et la cognition sociale. Pour la neurocognition, il étudie l'attention, les différents types de mémoires dont la mémoire de travail, et les fonctions exécutives. Pour la métacognition, il s'intéresse aux connaissances de la personne sur sa cognition, et pour la cognition sociale, à la reconnaissance des émotions faciales et à la théorie de l'esprit (qui permet de comprendre les états mentaux et le comportement d'autrui). La réalisation et l'interprétation de l'évaluation sont optimales lorsque la personne est en situation de stabilité clinique.

Les principaux tests utilisés sont listés dans le tableau qui suit. Leur description est disponible dans un article paru en 2020 dans l'*Encyclopédie médico-chirurgicale*⁶.

L'évaluation neuropsychologique se déroule en trois étapes :

- L'entretien préalable recueille les motivations et les besoins de la personne accompagnée.
- L'évaluation proprement dite est réalisée à l'aide d'échelles et de tests normés (voir [tableau 3](#)).
- L'entretien de restitution des résultats est mené pour présenter à la personne les résultats de l'évaluation et lui remettre un compte rendu écrit.

Les résultats de l'évaluation neuropsychologique sont précieux pour la construction du programme de soins. Ils permettent d'adapter le projet de la personne accompagnée à ses possibilités cognitives.

Tableau 3. Les échelles utilisées pour l'évaluation neuropsychologique

Objet de l'évaluation	Fonction évaluée	Nom du test
Neurocognition	Mémoire épisodique	California Verbal Learning Test – CVLT
	Attention sélective	Test d'attention concentrée révisé – D2-R
	Attention divisée	Test of Attentional Performance – TAP
	Mémoire de travail	Empans mnésiques
	Inhibition	Go/No go
	Flexibilité réactive	Trail Making Test - TMT Wisconsin Card Sorting Test – WCST
	Flexibilité spontanée	Fluences verbales
	Planification	Test des commissions
Métacognition	Plainte cognitive	Subjective Scale To Investigate Cognition in Schizophrenia – SSTICS
	Biais d'attribution	Metacognition Assessment Scale – MAS Metacognitions Questionnaire – MCQ
Cognition sociale	Reconnaissance des émotions	Test de reconnaissance des émotions faciales – TREF
	Théorie de l'esprit	Test des fausses croyances Test des faux pas Movie for Assessment of Social Cognition – MASC

L'ÉVALUATION ÉCOLOGIQUE

Les évaluations médicale, fonctionnelle et neuropsychologique sont réalisées en consultation. Certaines équipes y associent une évaluation *écologique* par un ergothérapeute. Celle-ci consiste en des mises en situation réalisées à domicile ou dans un autre endroit.

Le test des errances multiples en est un exemple. Dans ce test, la personne doit réaliser un objectif bien défini, comme l'envoi d'une carte postale, dans un lieu qu'elle ne connaît pas. Pour cela, accompagnée de professionnels dans un centre commercial, elle doit planifier et effectuer un ensemble d'actions, en tenant compte de consignes spécifiques qui impliquent le recours à des processus neurocognitifs (attention, mémoire, organisation) et de cognition sociale (demande de renseignements à des vendeurs). Les objectifs sont

d'évaluer ses capacités à mettre en place des stratégies par rapport aux consignes demandées.

Les observations réalisées lors de l'évaluation écologique sont mises en regard des évaluations fonctionnelle, médicale et neuropsychologique afin d'affiner le bilan.

La co-construction du programme de réhabilitation psychosociale

Le programme de réhabilitation psychosociale est élaboré avec l'utilisateur grâce au plan de suivi individualisé, ou PSI⁷. Cet outil a été développé par l'équipe du centre référent de réhabilitation psychosociale C3R de Grenoble. Il considère les limitations mises à jour par l'évaluation comme des écueils aux projets de la personne et les outils thérapeutiques de la réhabilitation psychosociale comme une manière de les surmonter. Le PSI est co-construit par l'utilisateur et les professionnels de l'équipe de réhabilitation psychosociale.

Les principaux domaines de vie de la personne sont explorés dans un premier temps : la santé mentale et physique, le fonctionnement cognitif, l'autonomie quotidienne (en termes d'hygiène personnelle, d'entretien du logement, d'alimentation, de gestion de l'argent, d'utilisation des transports et de loisirs), la spiritualité, les formations et expériences professionnelles et les relations interpersonnelles. Un échange d'une durée d'environ deux heures permet de recueillir les besoins les plus importants ou significatifs pour la personne.

Le professionnel qui mène l'entretien – généralement un infirmier ou un ergothérapeute – aide la personne à exprimer ce que son expérience et ses réussites lui ont appris de ses ressources personnelles et environnementales. L'entretien se base sur des questions ouvertes telles que : « que souhaitez-vous accomplir ? », « quelles sont les situations auxquelles vous avez fait face avec succès ? », « en qui avez-vous confiance ? », « qu'est-ce qui vous donne confiance en ces personnes ? », « quelle est la relation la plus importante pour vous et qu'est-ce qui fait qu'elle fonctionne bien ? », « pourriez-vous me donner un exemple de problème que vous avez résolu de façon efficace et ce qui vous a aidé à le résoudre ? ». Le thérapeute relie chaque domaine exploré à la vie actuelle de la personne, en recherchant d'éventuels points d'amélioration et en favorisant les demandes de prise en charge.

À la suite de l'entretien, le professionnel de santé mentale rassemble les informations recueillies dans le tableau support du PSI. Celui-ci met en perspective les éléments décrivant la situation actuelle, les projets visés, les obstacles s'opposant à leur réussite et les moyens thérapeutiques permettant de les surmonter.

Les verbatim de la personne accompagnée (et non leur interprétation) sont rapportés afin de favoriser son appropriation du document.

Lors de l'entretien suivant, le PSI est revu avec la personne. Le support du PSI (voir exemple [tableau 4](#)) permet à la personne de définir des objectifs appropriés, et l'aide à formuler des demandes de prise en charge. Les outils thérapeutiques sont choisis en fonction de ces objectifs et des compétences à renforcer.

Tableau 4. Exemple de plan de suivi individualisé

Nom et âge		Philippe C., 23 ans		
Motivations à venir au centre de réhabilitation psychosociale		Retrouver son autonomie en termes de gestion de son logement et accéder à l'emploi.		
Domaines	Situation actuelle	Situation visée	Obstacles dans le domaine de la santé mentale	Moyens proposés pour surmonter les obstacles
Lieu de vie	Pas de difficulté rapportée			
Entretien du logement	Difficultés d'entretien et de rangement	Être capable de nettoyer et de ranger sans aide	Aboulie Désorganisation comportementale	Entretien motivationnel Remédiation cognitive ciblant les fonctions exécutives Soutien par un SAVS pour favoriser le transfert et la généralisation des bénéfices
Alimentation	Alimentation peu diversifiée à base de plats préparés Prise de poids	Améliorer son alimentation et perdre du poids	Aboulie	Entretien motivationnel Intervention d'une diététicienne
Hygiène personnelle	Toilette corporelle régulière Brossage des dents matin et soir Changement quotidien de vêtements	Pas de demande dans ce domaine		
Gestion administrative et financière	Revenus : AAH Prélèvement automatique des principales factures et du loyer Aide des parents	Pas de demande dans ce domaine		
Travail	N'a jamais travaillé	Accéder à un travail en milieu ordinaire ou protégé dans le domaine des espaces verts	Aboulie Désorganisation comportementale	Entretien motivationnel Remédiation cognitive ciblant les fonctions exécutives Emploi accompagné

Le PSI rend le parcours cohérent pour la personne accompagnée et favorise sa motivation et son implication dans la prise en charge. Il lui sert de référence ainsi qu'aux professionnels tout au long du parcours de réhabilitation. Il évolue au fur et à mesure des avancées de l'utilisateur et des retours des différents professionnels. Les objectifs et les stratégies d'action proposées sont révisés régulièrement.

Les soins de réhabilitation psychosociale

La mise en œuvre des soins de réhabilitation psychosociale, telle que le PSI la définit, est coordonnée par un professionnel appelé *case manager*, chargé d'assurer un parcours sur mesure pour la personne.

LA COORDINATION PAR LE CASE MANAGER

Le *case management* peut être exercé par différents professionnels après une formation spécifique. C'est le plus souvent l'infirmier ou l'ergothérapeute qui a été impliqué dans la rédaction du PSI qui joue ce rôle. Il peut s'agir aussi d'un travailleur social ou d'un psychologue de l'équipe de réhabilitation psychosociale.

Le *case manager*, ou intervenant principal, a pour mission la coordination des soins et des accompagnements. Il accompagne la personne dans ses démarches de soins et centralise les informations concernant son suivi. Il lui permet d'accéder aux ressources soignantes et environnementales dont elle a besoin pour avancer vers son rétablissement. Il garantit la cohérence de son plan de suivi individuel, la guide vers plus d'autonomie et favorise les alternatives à l'hospitalisation. Il agit dans l'intérêt de la personne et entretient des relations d'égal à égal avec elle.

Afin d'être en mesure d'accompagner positivement une personne, le *case manager* doit disposer des qualités suivantes :

- l'optimisme : espoir du rétablissement ;
- la curiosité : actualisation de ses connaissances et de ses compétences concernant les recommandations de prise en charge et les ressources mobilisables de l'environnement, analyse et adaptation régulière de ses pratiques ;
- la polyvalence : mobilisation de toutes les ressources utiles, y compris en sortant des sentiers battus ;
- le souci de la qualité : sollicitation des compétences nécessaires ou mise en œuvre des interventions lorsqu'il possède les compétences nécessaires ;
- l'engagement : défense des intérêts de la personne accompagnée et soutien de son projet de vie.

Le *case management* nécessite une organisation spécifique. Le nombre de personnes accompagnées simultanément est idéalement inférieur à 20, ce qui permet des accompagnements soutenus (plusieurs rencontres par semaine

lorsque c'est nécessaire), de la réactivité, de la flexibilité, et une bonne accessibilité pour l'utilisateur et ses personnes-ressources.

UN PARCOURS SUR MESURE

Le parcours de la personne accompagnée dépend des éléments recueillis lors de l'évaluation et du PSI. Il peut comprendre des soins de réhabilitation, un soutien des aidants, une réhabilitation sociale et une réhabilitation professionnelle. Ces deux dernières dimensions sont encore peu développées, faute de travailleurs sociaux formés à ces pratiques.

Le parcours est actualisé en fonction de l'avancée de la personne vers son rétablissement. Selon Andresen et ses collaborateurs⁸, celui-ci pourrait comporter cinq stades successifs (voir [tableau 5](#)).

Tableau 5. Les cinq stades du rétablissement

Stade	Caractéristiques
Moratoire	Pas de conscience de la maladie Absence de demande de soin
Conscience	Espoir d'une amélioration Acceptation de la maladie
Préparation	Apprentissage de stratégies pour faire face Reconnaissance de ses forces et ses faiblesses
Reconstruction	Découverte de nouveaux aspects de soi Volonté de prendre des risques
Croissance	Bien-être Acquisition de nouvelles valeurs

L'échelle STORI (voir [tableau 2](#)) permet d'estimer le stade de rétablissement de la personne accompagnée.

- **Des interventions proposées en fonction du stade de rétablissement**

Les outils thérapeutiques sont présentés dans la [deuxième partie](#). Leur choix dépend du stade atteint par la personne (voir [tableau 6](#))².

Tableau 6. Les interventions proposées
en fonction du stade de rétablissement

Stade	Interventions thérapeutiques
Moratoire	Engagement dans les soins Psychoéducation du patient Psychoéducation familiale Suivi intensif dans le milieu
Conscience	Psychoéducation du patient Psychoéducation familiale Thérapies cognitives et comportementales (TCC)
Préparation	Remédiation cognitive Thérapies cognitives et comportementales Psychoéducation du patient Psychoéducation familiale Entraînement des compétences sociales
Reconstruction	Entraînement des compétences sociales Accompagnement à l'emploi/formation Approches psychocorporelles Soutien et consolidation des acquis
Croissance	Soutien et consolidation des acquis

- **La place de la famille et des aidants**

Le soutien des familles et des proches aidants est utile tout au long du parcours de réhabilitation psychosociale, dès le premier contact. L'information des aidants quant à l'impact des troubles psychiques et à l'aide dont ils peuvent bénéficier est essentielle. Elle favorise l'espoir et l'entraide. Elle leur permet d'accéder aux dispositifs de psychoéducation qui les concernent. Ils y acquièrent des connaissances sur les troubles de leur proche et des compétences pour mieux y faire face.

- **Le transfert dans le domaine social et professionnel**

Les bénéfices des séances de réhabilitation psychosociale doivent être transférés dans la vie de la personne, en particulier dans le domaine social ou professionnel. Pour les personnes les moins autonomes, ce transfert nécessite d'établir un lien avec les structures médicosociales (service d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés – SAMSAH, service d'accompagnement à la vie sociale – SAVS, groupe d'entraide mutuelle – GEM, Clubhouse¹⁰) ou avec les dispositifs d'emplois accompagnés. Grâce à ce lien, les professionnels de ces organismes peuvent favoriser le recours aux stratégies développées pendant les séances de soins.

L'ÉVALUATION DE FIN DE PARCOURS DANS LE CENTRE

Une nouvelle évaluation doit être réalisée à la fin du parcours dans le centre de réhabilitation. Elle permet à la personne de faire le point sur la réalisation des objectifs définis dans le PSI et sur son engagement pendant le parcours. Les compétences qu'elle a acquises sont mises en valeur par ses référents et une rencontre avec ses proches est proposée.

Il est important que la personne puisse évoquer son parcours de la manière dont elle le souhaite, cela favorise sa motivation.

La généralisation et la consolidation des acquis après les soins

Pour le maintien des acquis du parcours de réhabilitation, les stratégies qui ont été apprises par la personne doivent continuer à être généralisées et utilisées au quotidien. Les aidants naturels ou des professionnels des secteurs sanitaire, social ou médicosocial peuvent être impliqués à cet effet.

Les personnes les moins autonomes pourront bénéficier de l'étayage de dispositifs médicosociaux ou sociaux respectant l'approche orientée rétablissement.

Exemple d'un parcours

Amélie a 39 ans. Elle souffre de schizophrénie depuis vingt ans. Elle bénéficie d'un suivi médical et psychologique régulier au CMP situé à proximité de son domicile. Cette prise en charge a permis au fil du temps de limiter les manifestations de la maladie telles que des hallucinations et une désorganisation. Sur le plan symptomatique, il persiste une anxiété importante et une faible estime de soi. Amélie a suivi deux années d'études à la faculté des sciences après son baccalauréat, mais elle a interrompu son parcours après sa première hospitalisation : elle n'a pas été en mesure de reprendre ses études. Elle a quitté le domicile de sa mère à 30 ans pour prendre un appartement avec son compagnon, lui-même atteint de troubles psychiques. Sa mère est très présente auprès du couple. Elle gère l'organisation des courses alimentaires et aide à l'entretien de l'appartement chaque semaine. Amélie a évoqué au CMP le regret de ne jamais avoir exercé d'emploi.

Ses thérapeutes l'orientent vers une équipe de réhabilitation psychosociale.

L'évaluation multidisciplinaire met en évidence : une reconnaissance du trouble, mais une connaissance partielle de la maladie et du rôle du traitement, des troubles cognitifs avec des troubles de la mémoire verbale et de la mémoire visuospatiale ainsi qu'une faible estime de soi. Le test des errances multiples confirme les difficultés d'orientation spatiale.

Les objectifs définis sont d'acquérir plus d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne et d'obtenir un emploi en milieu protégé.

Le plan de suivi individualisé est précisé (voir [figure 3](#)) et les soins pour Amélie se déroulent pendant 10 mois.

1^{re} phase : Psychoéducation

– Psychoéducation durant 2 mois. À l'issue du programme, Amélie appréhende mieux sa maladie et se sent moins coupable. Elle gère son traitement médicamenteux de façon plus adaptée. Elle rencontre d'autres participants dans le groupe, dont l'un exerce un emploi. Cela lui permet de se sentir moins seule et son espoir d'accéder à un emploi grandit.

– Psychoéducation de la famille étalée sur 2 ans. La mère d'Amélie s'inscrit au programme Profamille (voir [plus loin](#)). Cela lui permet de renforcer ses compétences pour faire face à la maladie. Son sentiment de culpabilité diminue et elle devient moins surprotectrice envers sa fille.

– Reprise d'une activité physique régulière. Suite à la séance de psychoéducation autour de cette dimension, Amélie réalise une marche rapide de 30 minutes chaque jour.

2^e phase : Remédiation cognitive

– Programme MCT (entraînement métacognitif) en 8 séances. Grâce à ce programme, Amélie prend conscience d'un biais d'attribution interne des événements négatifs. Elle a tendance à se les attribuer. Le programme l'invite à centrer les tâches à domicile sur le repérage des pensées culpabilisantes et à prendre de la distance par rapport à elles. Ainsi, son anxiété diminue.

– Programme RECOS. Ce programme individuel est axé pour Amélie sur le repérage dans l'espace avec la lecture de plans de ville et sur des exercices pour améliorer sa mémoire verbale et sa mémoire visuospatiale. Les tâches à domicile sont de se déplacer seule en ville, en transports en commun ou à pied pour poursuivre l'activité physique.

3^e phase : Entraînement des compétences sociales et soutien à l'emploi

– Jeu Compétence. Ce programme est l’occasion de reprendre les éléments travaillés en MCT, notamment sur les biais d’attribution, via des jeux de rôle. Amélie se sent plus en confiance dans les relations sociales.

– Soutien pour un retour à l’emploi. Grâce à l’accompagnement, Amélie réussit à demander un stage en milieu protégé. Elle écrit une lettre de motivation et un curriculum vitae, répond à une demande d’entretien et se rend par elle-même sur le lieu de travail en mettant en application les stratégies acquises avec le programme RECOS.

Sortie du dispositif

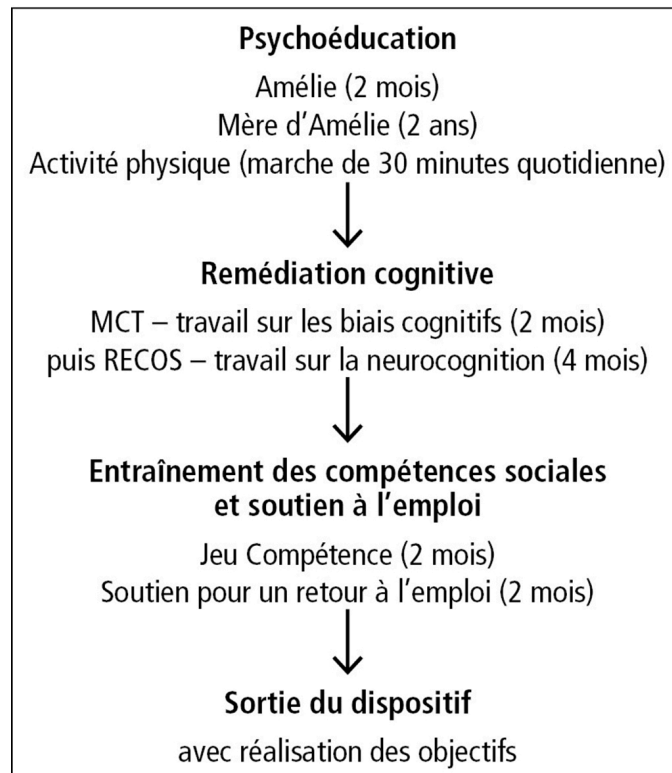
– Amélie débute le stage en milieu protégé.

– L’accompagnement continue au CMP. Le traitement et le suivi psychothérapique sont maintenus pour la gestion du stress. Le niveau d’anxiété a régressé.

– La gestion des courses est partagée entre Amélie, son compagnon et la mère d’Amélie. Les interventions de cette dernière se sont espacées à une fois par mois.

Amélie est satisfaite des soins apportés : « Ça vaut vraiment le coup... Je me croyais incapable de trouver seule mon chemin... J’arrive à prendre du recul sur mes pensées. »

Figure 3 : Le parcours de réhabilitation psychosociale d'Amélie



6. Dekerle M., Franck N. « Intérêts des mesures neuropsychologiques en psychiatrie de l'adulte ». *EMC-Psychiatrie*, vol. 17-3, n° 183, 2020, p. 1-9.

7. Article « Le plan de suivi individualisé » sur le site du Centre ressource de réhabilitation psychosociale : <https://centre-ressource-rehabilitation.org/le-plan-de-suivi-individualise-psi>

8. Andresen R., Oades L., Caputi P. "The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model". *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 37, n° 5, 2003, p. 586-594.

9. Favrod J., Maire A., Rexhaj S., Nguyen A. *Se rétablir de la schizophrénie – Guide pratique pour les professionnels* (2^e éd.), Elsevier Masson, 2015, 187 p.

10. Clubhouse France est une association proposant des lieux d'entraide organisés selon des standards internationaux aux personnes ayant des troubles psychiques sévères, dans le but d'améliorer leur qualité de vie et leur insertion socioprofessionnelle. Les personnes partagent leurs journées au sein d'un lieu dont elles prennent soin, selon une organisation qu'elles définissent elles-mêmes. Le premier Clubhouse français a été créé à Paris en 2011. Des Clubhouses ont ensuite ouvert à Lyon et à Bordeaux en 2017, puis à Nantes en 2020.

Les outils thérapeutiques

Les principaux outils de réhabilitation psychosociale sont la psychoéducation du patient et des aidants, la remédiation cognitive, les thérapies cognitives et comportementales, les médiations psychocorporelles, les activités physiques adaptées et l'accompagnement vers l'emploi. Ils sont proposés à la personne en fonction des besoins et des objectifs de vie identifiés lors de l'évaluation multidisciplinaire. Leur utilisation est discutée avec elle pour construire son plan de suivi individualisé.

LA PSYCHOÉDUCATION

La psychoéducation est une intervention visant à transmettre des informations aux patients et à leurs proches sur le trouble psychique et à développer leurs capacités pour y faire face.

La dénomination *éducation thérapeutique du patient* (ETP) en psychiatrie désigne certaines actions de psychoéducation qui entrent dans le cadre législatif et réglementaire défini par les décrets n° 2010-104 et 2010-906 et l'arrêté du 2 août 2010. Les programmes d'ETP sont labellisés par les agences régionales de santé (ARS) pour une durée de 4 ans renouvelable après un bilan d'activité. Ils sont coordonnés par un professionnel formé pendant 80 heures et délivrés par des animateurs ayant suivi une formation spécifique de 40 heures.

La psychoéducation, qu'elle entre ou non dans le cadre réglementaire de l'ETP, a pour objectifs une transmission d'informations, une modification des attitudes et des comportements ainsi qu'une augmentation du soutien social.

Psychoéducation de la personne atteinte de troubles psychiques

La psychoéducation favorise le rétablissement de l'usager de la façon suivante :

- elle lui transmet un savoir orienté vers l'espoir ;
- elle lui permet d'intégrer sa nouvelle identité bouleversée par la maladie ;
- elle l'aide à modifier ses attitudes et ses comportements ;
- elle lui donne du pouvoir sur sa maladie (*empowerment*) ;
- et elle l'aide à renforcer ses liens sociaux.

La psychoéducation vise l'appropriation de connaissances concernant la maladie, les comorbidités, les addictions, le traitement, les possibilités de rétablissement et les ressources à disposition. Elle permet le développement de savoir-être en rapport avec ces dimensions, et elle a des conséquences positives sur l'attitude et les valeurs personnelles. Elle favorise la motivation, l'observance thérapeutique, l'affirmation de soi et *l'empowerment*, ainsi que l'acquisition de savoir-faire.

Les principaux thèmes abordés dans les programmes de psychoéducation sont les représentations des troubles psychiques, les manifestations symptomatiques, le rôle des facteurs biologiques, le modèle stress-vulnérabilité, les traitements médicamenteux et non médicamenteux et les ressources à disposition des participants.

INDICATIONS

La psychoéducation peut être proposée aux quatre premiers stades du rétablissement. Ses objectifs sont ajustés à chaque stade :

- au stade moratoire : normalisation des symptômes psychotiques, c'est-à-dire déstigmatisation des symptômes, et engagement dans les soins ;
- au stade conscience : prise de conscience des problèmes et des ressources, et introduction de l'espoir ;
- au stade préparation : distinction entre la personne et la maladie ;
- au stade reconstruction : transfert des acquis dans des situations de la vie quotidienne.

MODALITÉS

La psychoéducation peut être mise en œuvre par tout professionnel de santé formé à cette approche (voir [*Ressources pour aller plus loin*](#)). Il s'agit le plus souvent d'un médecin, d'un infirmier, d'un psychologue, d'un ergothérapeute ou d'un pharmacien. Une animation conjointe avec un pair-aidant professionnel ou un usager rétabli est recommandée. Elle permet de bénéficier de son savoir expérientiel et génère des possibilités d'identification chez les participants, favorables à l'engagement dans les soins.

La psychoéducation est réalisée généralement en groupe de 5 à 10 participants au cours de sessions composées d'une dizaine de séances d'une heure et demie à deux heures.

Elle est proposée à la personne en suivant quatre étapes :

- réalisation d'un bilan éducatif partagé afin de définir les objectifs de la personne ;
- proposition d'un programme adapté à ses besoins ;
- déroulement du programme ;
- évaluation de la démarche de psychoéducation par rapport aux objectifs définis.

Depuis 2020, plusieurs programmes de psychoéducation ont été adaptés au format à distance ou individuel.

Le choix du programme à proposer doit tenir compte : de la pathologie, de l'âge et du stade de rétablissement. Par exemple, les objectifs sont différents chez les personnes à haut risque de psychose et chez celles atteintes de schizophrénie. Dans le premier cas, l'enjeu est de développer les compétences pour éviter une entrée dans une maladie psychotique. Dans le second cas, il est d'apprendre des techniques d'auto-soins et de repérer les signes précoces des rechutes afin de les éviter.

EXEMPLES DE PROGRAMMES

De nombreuses équipes ont développé des programmes de psychoéducation en se basant sur les recommandations de construction de ce type d'approche. Voici quelques exemples existant en langue française :

TIPP (Traitement et intervention précoce dans les troubles psychotiques) est un programme d'intervention précoce dans les psychoses qui a été développé par Philippe Conus, Charles Bonsack, Jérôme Favrod et leurs équipes à Lausanne. Il comprend une séquence de psychoéducation qui a pour objectif d'apporter des informations aux personnes ayant traversé un premier épisode psychotique. Il utilise des fiches illustrées sur plusieurs thématiques importantes : psychose, cannabis, médicaments et rétablissement. Les fiches, choisies par les participants, sont un support d'échange autour de ces thèmes.

La fiche « Je pète un câble »

La fiche « Je pète un câble » explique l'augmentation de la sensibilité à l'environnement dans la psychose. Elle donne l'impression d'être entouré de messages ou d'avertissements personnels et une sensation de perte de contrôle. L'image accompagnant le texte montre un homme, marchant en ville sur un trottoir, entouré de signes potentiellement personnels : une affiche publicitaire avec un œil géant central sous-titré « Jetay-Aloeil Opticiens », un journal traînant au sol ouvert avec le titre « Fais gaffe », une voiture publicitaire surmontée d'un tube de dentifrice portant une affiche « On s'est brossé les dents ce matin ??? ».

MODip (Module d'information au patient) est un programme d'ETP développé par le centre support CRISALID de Clermont-de-l'Oise, sous la responsabilité de Marie-Cécile Bralet. Il utilise des techniques pédagogiques de thérapies cognitives et comportementales et de remédiation cognitive. Il est constitué de plusieurs sous-modules : symptômes et traitement, hygiène de vie, entraînement aux habiletés sociales, rétablissement. Il est déclinable en individuel ou en groupe. Chaque semaine, une séance théorique et une séance

pratique sont réalisées, une tâche est à effectuer à domicile entre les deux séances.

Je prends soin de moi avec une schizophrénie ou un trouble schizo-affectif est un programme d'ETP développé par le Centre psychothérapique de Nancy. Il est proposé en groupe ou en individuel, en 13 séances de deux heures. Il se compose de trois modules : mieux connaître ma maladie, comprendre ma prise en charge et prendre soin de moi, et vivre avec ma maladie. Le programme est proposé également à distance sous forme d'e-ETP.

Bipolact est un programme conçu par Mocrane Abbar, Christian Gay et Bernard Guitton, destiné aux personnes atteintes de troubles bipolaires, proposé en groupe. Il est composé de 9 séances thématiques (généralités, manie, dépression, facteurs de vulnérabilité, comorbidités, aspects juridiques, stratégies pharmacologiques de prise en charge, psychothérapies, vivre avec la maladie).

Envie est un programme de psychoéducation pour la dépression créé par Raymund Schwan et Philippe Courtet. Basé sur les thérapies cognitives et comportementales, il comporte 10 séances, proposées en groupe.

La séance 5 du programme Envie

Intitulée « La dépression, une maladie ? », la séance 5 propose aux participants de découvrir le support neurobiologique de la dépression. Elle explique le rôle des neurotransmetteurs, comme la sérotonine, pour mieux comprendre le mécanisme d'action du traitement antidépresseur. Elle aborde les facteurs de risque de l'apparition de la dépression et des récurrences, comme les schémas de pensées dépressogènes ou les événements de vie, ainsi que le phénomène de *kindling*, c'est-à-dire la succession de dépressions indépendamment de facteurs de stress. La tâche à domicile demandée en fin de séance consiste pour chaque participant à reconstruire l'histoire de son trouble dépressif parallèlement aux événements de sa vie.

Psychoéducation des familles et des proches

Les familles et les proches sont en première ligne dans le soutien d'un proche atteint de troubles psychiques. La psychoéducation à leur intention permet de faciliter le parcours de rétablissement de la personne accompagnée et diminue le risque de rechute. Elle améliore également l'état de santé des personnes qui la suivent. Elle est l'intervention la plus efficace après les traitements médicamenteux.

Lors de la survenue d'un trouble psychique sévère, l'entourage de la personne concernée doit faire face à des bouleversements majeurs. Les troubles génèrent du stress pour lui et perturbent ses repères, ainsi que ses modalités de

communication. Ils ont un impact sur sa santé globale : ils augmentent la prévalence des troubles anxiodépressifs et des troubles somatiques. Les familles et les proches se retrouvent également confrontés à l'organisation complexe des soins en santé mentale, à la problématique de la stigmatisation et au risque d'isolement social.

OBJECTIFS

La psychoéducation des familles et des proches poursuit les objectifs suivants :

- informer sur le trouble et ses manifestations ;
- informer sur les modalités de prise en charge et l'organisation des soins ;
- réduire les sentiments de culpabilité, de honte et d'isolement ;
- apprendre les techniques pour mieux faire face au trouble (gestion du stress, renforcement des capacités de communication, entraînement à la résolution de problèmes) ;
- améliorer l'état de santé et la qualité de vie des membres de la famille et des proches ;
- diminuer le risque de rechute pour la personne accompagnée, ainsi que celui de suicide ;
- soutenir le retour à l'emploi de la personne accompagnée.

INDICATIONS

La psychoéducation de l'entourage est indiquée lorsque la personne accompagnée se situe aux quatre premiers stades du rétablissement : moratoire, conscience, préparation ou reconstruction.

Le diagnostic doit être posé au préalable et annoncé à la personne et à ses proches.

L'état émotionnel des proches doit être compatible avec leur participation.

MODALITÉS

L'offre de psychoéducation familiale accessible et les associations de familles et proches doivent être bien connues des professionnels.

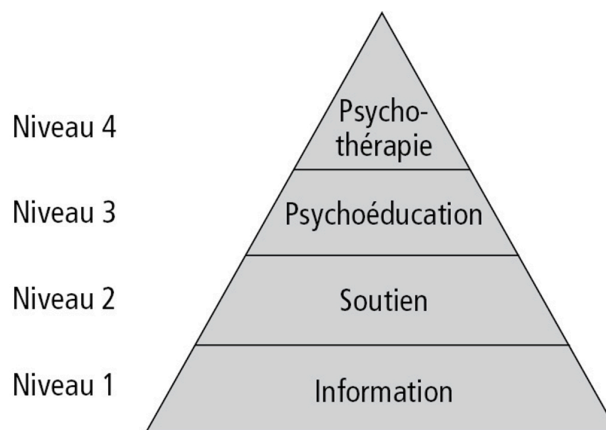
La proposition de psychoéducation doit être faite à l'entourage le plus précocement et le plus systématiquement possible. Il convient de rencontrer ses membres dans un premier temps pour évaluer leurs besoins, les informer sur les programmes et recueillir leur consentement.

La psychoéducation des proches est réalisée en groupe par des professionnels formés. La personne atteinte de trouble psychique ne participe pas au programme.

EXEMPLES DE PROGRAMMES

La pyramide des besoins familiaux (voir [figure 4](#)) distingue les différents niveaux d'accompagnement pouvant être proposés aux familles et aux proches. Ceux-ci vont de 1 à 4, selon l'accessibilité pour les participants et le niveau d'engagement nécessaire.

Figure 4 : La pyramide des besoins familiaux



– Au niveau 1 se situent des **programmes d'information** destinés aux familles ainsi qu'au public.

Bref, le programme créé par Romain Rey du centre hospitalier Le Vinatier à Lyon, en collaboration avec l'UNAFAM (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques), en est un exemple. Conçu pour être délivré le plus précocement possible, Bref propose aux familles une intervention courte composée de 3 séances, la dernière s'effectuant avec un membre de l'UNAFAM. Ce programme est accessible à tous les proches et peut être proposé de manière systématique. Il n'est pas centré sur une pathologie en particulier. Les échanges sont amorcés par une carte illustrée choisie par chaque famille en début de séance, parmi un ensemble de thèmes. Les participants sont rappelés 3 mois après le dernier rendez-vous pour faire le point sur leur parcours. Le programme Bref permet ainsi de présenter les organismes de soutien possibles comme les associations, et les programmes de psychoéducation accessibles.

– Au niveau 2 se trouvent les **actions de soutien des familles**. Les associations qui y jouent un rôle clé sont l'UNAFAM, à la fois au niveau national et à travers ses délégations départementales, ou Les assiettes chinoises SAFERS à Nantes. Elles ont pour missions l'écoute et l'entraide entre pairs. Elles s'appuient pour cela sur des groupes de parole ou des permanences physiques ou téléphoniques. Elles visent également l'engagement et la reconnaissance du rôle de l'entourage dans l'accompagnement des personnes atteintes de troubles psychiques, la coopération avec tous les acteurs de la santé mentale, le partage et la promotion du savoir, et l'amélioration des connaissances. Elles orientent vers les dispositifs de réhabilitation psychosociale et les programmes de psychoéducation des familles et des proches.

– Au niveau 3 sont les **programmes de psychoéducation**, proprement dits. Ils apportent des connaissances sur les pathologies psychiatriques, ainsi que des compétences pour mieux y faire face. Ils nécessitent un investissement important pour comprendre, acquérir et entraîner ces compétences. Ils peuvent conduire à une psychothérapie familiale. Voici quelques exemples de programmes :

AVEC (accompagner, valider, échanger et comprendre) est un programme créé en 2012 par Claude Leclerc et Tania Lecomte à Montréal. Sa finalité est l'apport de savoir-faire aux aidants des personnes qui entrent dans une psychose. Son contenu s'appuie sur le modèle vulnérabilité-stress-résilience et sur la possibilité de rétablissement. Il comprend 8 séances de deux heures. En parallèle, un programme en 24 séances, intitulé TCCp (Thérapies cognitives et comportementales pour la psychose) et s'appuyant sur un support apparenté, est proposé aux proches malades.

Profamille est un programme développé au Québec à la fin des années 1980. Il est porté actuellement par le réseau francophone Profamille. C'est un programme de psychoéducation basé sur les TCC. Il est destiné aux familles et proches de personnes atteintes de schizophrénie, de troubles schizo-affectifs, de troubles du spectre autistique et de troubles bipolaires. Il apporte des informations sur les troubles et leurs prises en charge, et permet l'apprentissage des techniques de gestion du stress, de communication et de résolution de problèmes. Très structuré, il nécessite un engagement fort et soutenu des participants et des animateurs. Il se déroule sur 2 ans : 1 année avec 14 séances de 4 heures, puis 1 année de révision. Il comporte des évaluations régulières de l'humeur des participants, et des taux de réhospitalisation et de rechute de leurs

proches. Ce programme permet d'améliorer l'état de santé des familles. Il a également des retombées positives sur celui de leurs proches atteints de troubles psychiques.

Les séances 4 et 5 de Profamille

Les séances 4 et 5 de Profamille sont centrées sur le développement des compétences en communication. Les participants découvrent la nécessité d'adapter les messages et apprennent à repérer leurs erreurs de communication. Ils s'entraînent en séance et à domicile pour intégrer ces compétences. Par exemple, ils sont invités à renforcer la motivation de la personne atteinte de troubles psychiques à l'aide de techniques de communication comme la méthode des 4 P (être prompt à être positif sur de petits progrès précis), ou de diminuer les risques de rechute en s'entraînant à éviter les 4 S : surprotection, surstimulation, surcharge émotionnelle et surinvestissement.

— Au niveau 4 se trouvent les **psychothérapies familiales**, dont les thérapies systémiques.

Les groupes multifamiliaux d'inspiration systémique réunissent plusieurs familles pendant plusieurs séances. Ce type de psychothérapie familiale est proposé aux familles qui en ont besoin à l'issue de la psychoéducation. À chaque séance, et à tour de rôle, une des familles présente une situation problématique, le reste du groupe a pour mission d'ouvrir des perspectives par rapport à cette situation. Les objectifs sont de développer les compétences de résolution de problèmes et de réduire l'isolement social.

LA REMÉDIATION COGNITIVE

La remédiation cognitive est une technique de rééducation utilisée pour réduire l'impact des troubles cognitifs fréquemment associés aux troubles mentaux sévères. Elle a démontré son efficacité, notamment pour la schizophrénie¹¹. Quatre personnes ayant une schizophrénie sur cinq et une personne ayant un trouble bipolaire sur trois présentent une baisse des performances cognitives. La remédiation cognitive renforce les processus cognitifs déficitaires (approche renforçatrice) ou s'appuie sur les compétences préservées afin de compenser les déficits (approche compensatrice).

L'objectif de la remédiation cognitive n'est pas de normaliser le bilan neuropsychologique, mais de permettre la réussite des projets concrets définis dans le PSI grâce à une diminution de l'impact des troubles cognitifs. Elle permet à la personne d'apprendre à composer avec ses difficultés afin de réduire leurs conséquences pratiques et d'appréhender de manière optimale les situations auxquelles elle doit faire face.

Indications

La remédiation cognitive est indiquée devant des troubles cognitifs pouvant avoir un impact sur la réussite des projets de la personne ou la gênant au quotidien.

Les conditions suivantes doivent être remplies avant de proposer une remédiation cognitive :

- La personne prise en charge est dans un état stable, à un stade préparation, reconstruction ou croissance du rétablissement.
- Au-delà d'une plainte cognitive, des troubles cognitifs ont été objectivés par un bilan neuropsychologique. Ces troubles cognitifs ne sont pas compensés et ont des répercussions concrètes.
- Le traitement médicamenteux est à la posologie minimale efficace.
- La personne a bénéficié idéalement d'une psychoéducation.

Modalités

Les séances de remédiation cognitive sont mises en œuvre par un thérapeute spécifiquement formé (neuropsychologue, psychologue clinicien, infirmier, ergothérapeute ou médecin) et sont adaptées à chaque personne. Il n'y a pas un programme prédéterminé, mais différents programmes aux indications spécifiques. Le thérapeute choisit les outils qu'il va utiliser en fonction des besoins et des souhaits de la personne accompagnée.

La remédiation cognitive se pratique à raison d'une à trois séances par semaine. Certaines séances se déroulent en consultation avec le thérapeute pour travailler sur la résolution de problèmes ou la conception de stratégies efficaces pour la personne. Cela correspond à ce qu'on appelle le transfert horizontal. D'autres séances consistent à réaliser des tâches à domicile pour la mise en œuvre des stratégies efficaces conçues avec le thérapeute. Cela correspond au transfert vertical.

DÉROULÉ

Une séance initiale de psychoéducation sur les troubles cognitifs et leur retentissement permet de renforcer l'implication et la motivation par l'acquisition de connaissances.

Le parcours comprend des séances de transfert horizontal et des séances de transfert vertical.

– Une séance de transfert horizontal en consultation avec le thérapeute pour l'acquisition de stratégies efficaces. Le déroulement de cette séance s'appuie sur plusieurs principes : renforcement positif de la personne par des encouragements, déclinaison de l'apprentissage sans erreur (c'est-à-dire répétition de la stratégie efficiente pour qu'elle devienne procédurale, c'est-à-dire automatique), adaptation de la difficulté tout au long du programme. Pour plus d'efficacité, il importe que l'utilisateur prenne conscience de ses progrès, répète les stratégies et verbalise sa réussite durant les séances. Les consignes et les informations doivent être organisées de la manière la plus simple possible en suivant un chemin précis : se concentrer sur l'exercice, identifier le problème, définir des étapes et des stratégies pour résoudre le problème identifié, réaliser l'exercice, vérifier et critiquer la réalisation des exercices. Les exercices peuvent être proposés sous la forme d'exercices papier-crayon ou d'exercices informatiques, et être réalisés en individuel ou en groupe.

– Une séance à domicile de transfert vertical. Il s'agit pour l'utilisateur d'utiliser les stratégies acquises en consultation dans les actes de la vie quotidienne convenus avec le thérapeute. La réussite du transfert est reprise avec le thérapeute au début de la séance suivante.

Le travail de remédiation cognitive peut être effectué de façon individuelle ou en groupe.

Exemples de programmes

De nombreux programmes ont été développés dans le monde. Nous présentons les programmes disponibles en langue française les plus fréquemment utilisés.

PROGRAMMES VISANT LA NEUROCOGNITION

- En individuel

CRT (*Cognitive Remediation Therapy*) est un programme créé par Ann Delahunty et Rod Morice en Australie, puis développé par Til Wykes à Londres. Sa mise en œuvre s'étale sur 14 semaines. Chaque semaine, deux séances avec le thérapeute s'appuyant sur un support papier-crayon alternent avec une séance de tâches à domicile. Les processus cognitifs visés sont la mémoire, la planification et la flexibilité.

RECOS (remédiation cognitive pour la schizophrénie ou un trouble apparenté) est un programme conçu par Pascal Vianin à Lausanne. Il se déroule sur 14 semaines, avec trois séances hebdomadaires : une séance s'appuyant sur un support papier-crayon, une séance ayant recours à un support informatique et une séance de tâches à domicile. En fonction des objectifs et des résultats du bilan neuropsychologique, le thérapeute choisit un ou deux modules parmi les six suivants : mémoire verbale, mémoire de travail, attention sélective, fonctions exécutives, fonctions visuospatiales et vitesse de traitement.

Une séance papier-crayon de RECOS

Lors d'une séance papier-crayon, le thérapeute accompagne le patient à bien analyser un problème. Par exemple, un exercice de mémoire verbale du programme, nommé « Garçon S.V.P. ! », consiste à mémoriser les commandes de menu de plusieurs convives, puis de servir chaque plat au bon destinataire. Le participant élabore, teste puis choisit une stratégie de résolution du problème (réduction de la quantité d'informations à retenir, moyen mnémotechnique ou création d'associations entre les informations...). La séance suivante, qui se déroule avec un support informatique, reprend le même exercice, composé de 10 niveaux de difficulté.

croissante. Le changement de niveau n'est possible que lorsque les résultats atteignent 100 % de réussite, afin de favoriser l'apprentissage sans erreur de la stratégie la plus adaptée. Enfin, la tâche à domicile est conçue pour la mise en pratique de la stratégie acquise dans une situation de la vie quotidienne (liste de courses, par exemple).

Cognitus & moi, créé par Caroline Demily et son équipe à Lyon, est un programme destiné aux enfants de 6 à 13 ans qui vise la mémoire, les fonctions exécutives et les fonctions visuospatiales. Il se déroule sur 16 semaines. Le personnage Cognitus accompagne l'enfant tout au long du programme. Chaque semaine, une séance utilisant des supports papier-crayon et informatique est réalisée, ainsi qu'une activité à domicile pour le transfert vertical.

- **En groupe**

NEAR (*Neuropsychological Educational Approach to Remediation*), développé par Alice Medalia à New York, est un programme groupal de 6 à 8 participants. Il dure 4 mois et comporte une trentaine de séances. Les supports utilisés sont repris de RECOS. L'indication préférentielle est l'association de troubles neurocognitifs avec un isolement social ou une symptomatologie déficitaire.

Le Jeu Mathurin, développé par l'équipe d'Isabelle Amado à Paris, est un programme qui immerge les participants dans une scène de réalité virtuelle. Les indications sont une faible autonomie dans les actes de la vie quotidienne. Ce jeu cible les troubles des fonctions exécutives. Chaque participant, à tour de rôle, et aidé par les autres, doit planifier et exécuter des tâches complexes dans une ville virtuelle.

PROGRAMMES VISANT LA MÉTACOGNITION

L'entraînement métacognitif ou **MCT** (*Metacognitive Training*) est un programme conçu par Steffen Moritz et son équipe à Hambourg. Il réunit des groupes de 3 à 10 participants pendant 9 séances. Il vise à améliorer les biais cognitifs des personnes atteintes de psychose. Il cible les sauts aux conclusions, la confiance accrue dans les faux souvenirs et des éléments de cognition sociale (biais d'attribution des événements, déficit de reconnaissance des émotions faciales et en théorie de l'esprit).

Une séance du programme MCT

Une des séances du programme MCT est basée sur l'attribution, c'est-à-dire la manière d'expliquer un événement. Un des exercices est de proposer aux participants de citer des hypothèses pouvant expliquer

l'absence d'un ami à un rendez-vous, puis de les classer de manière attributionnelle (à cause de moi, à cause des autres, à cause du hasard). Les personnes atteintes de psychose ont une tendance augmentée à une inférence monocausale et à une attribution des événements négatifs à autrui. L'objectif de cet exercice est de faire prendre conscience à chaque participant de la multitude d'hypothèses possibles, et surtout d'identifier ses biais d'attribution.

PROGRAMMES VISANT LA COGNITION SOCIALE

- En individuel

Gaïa est un programme de reconnaissance des émotions faciales développé par Baptiste Gaudelus à Lyon. Il comprend 20 séances individuelles et 10 séances de tâches à domicile. Initialement conçu pour la schizophrénie, il peut également s'adresser à des personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme. Les supports utilisés sont des photographies et des exercices informatisés de mise en situation. Un travail de généralisation des acquis est réalisé en s'appuyant sur des tâches à domicile.

RC2S+ (remédiation cognitive de la cognition sociale) est un programme individuel créé par Élodie Peyroux et Nicolas Franck à Lyon, considérant l'ensemble des composantes de la cognition sociale : traitement des émotions, perception et connaissances sociales, style attributionnel, théorie de l'esprit. Il se déroule sur 12 semaines à raison de deux séances avec le thérapeute et une séance de tâche à domicile hebdomadaires. Il suit trois étapes : une séquence de préparation (évaluation, information, définition d'objectifs), une séquence de remédiation cognitive (papier-crayon, informatique, domicile) et une séquence de transfert (accomplissement des objectifs, généralisation).

- En groupe

SCIT (*Social Cognition and Interaction Training* : entraînement de la cognition et des interactions sociales) est un programme groupal se déroulant en 18 à 24 séances, qui a été conçu par David Penn, David L. Roberts et Dennis R. Combs à Chapel Hill. Le programme comprend trois parties : comprendre une émotion faciale, comprendre une situation (en ciblant les biais d'attribution et la théorie de l'esprit) et mise en situation (pour consolider les compétences acquises et les généraliser). Un *practice partner*, membre de l'entourage familial, social, médicosocial ou sanitaire, favorise la généralisation des acquis.

ToMRemed (remédiation de la théorie de l'esprit) est un programme conçu par Nadine Bazin à Versailles pour les personnes ayant une schizophrénie associée à des troubles de la cognition sociale, notamment de la théorie de

l'esprit (*Theory of Mind*, ToM). Il permet la compréhension des intentions implicites. L'indication à participer au programme est définie grâce à l'échelle LIS (lecture intentionnelle en situation). Chaque session permet la prise en charge de 6 participants pendant 12 séances. Lors de chaque séance, un extrait de film est diffusé avant qu'une expérience de vie soit rapportée par l'un des participants. Le but est d'améliorer la reconnaissance des intentions cachées.

Une séquence de film utilisée dans ToMRemed

C'est une scène d'environ une minute se déroulant dans un restaurant en fin de service : un client profite du règlement de son addition au comptoir pour proposer mielleusement à la serveuse de la raccompagner avec sa voiture. Les thérapeutes exposent ensuite plusieurs propositions par rapport à l'intention du client (il n'aime pas voyager seul, il a peur de s'endormir, il essaye de la séduire...). Il est demandé à chaque participant de les classer de la moins probable à la plus probable et d'argumenter ses choix. La séquence peut être vue autant de fois que nécessaire. Chaque proposition est discutée en groupe, afin de déterminer ensemble l'intention la plus probable.

PROGRAMME INTÉGRATIF

IPT (*Integrated Psychological Therapy*) a été conçu à la fin des années 1970 par Hans Brenner puis développé par Volker Roder et ses collaborateurs. C'est le premier programme groupal de remédiation cognitive mis au point pour la schizophrénie. Il associe des exercices de remobilisation cognitive et d'entraînement des compétences sociales. Il comprend six modules : différenciation cognitive, perception sociale, communication verbale, compétences sociales, gestion des émotions et résolution de problèmes interpersonnels. Il est très modulable en fonction du groupe de participants et des thérapeutes. Six mois à un an sont généralement nécessaires pour développer tout le contenu du programme, à raison de deux séances par semaine.

11. Vita A., Barlati S., Ceraso A., Nibbio G., Ariu C., Deste G., Wykes T. "Effectiveness, core elements, and moderators of response of cognitive remediation for schizophrenia. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials". [JAMA Psychiatry](#), en ligne le 20 avril 2021.

LES THÉRAPIES COGNITIVES ET COMPORTEMENTALES

Les thérapies cognitives et comportementales pour la psychose sont des interventions psychothérapeutiques visant à moduler les croyances et les perceptions (c'est-à-dire les pensées), ainsi que les émotions et les comportements. Elles peuvent être proposées en individuel ou en groupe. Certaines interventions permettent de réduire les symptômes négatifs et renforcent la motivation. On distingue les thérapies cognitives qui s'intéressent aux pensées et les thérapies comportementales qui sont axées sur les compétences sociales.

Thérapies cognitives

Certaines thérapies cognitives permettent de diminuer l'impact des symptômes psychotiques susceptibles de ralentir le processus de rétablissement. Elles ciblent les pensées et les croyances sur soi, sur le monde et sur ses symptômes. Elles visent aussi une amélioration de la reconnaissance et de la gestion des émotions.

INDICATIONS

Les thérapies cognitives sont indiquées aux stades conscience, préparation, reconstruction et croissance du rétablissement chez les personnes présentant des symptômes qu'elles identifient comme gênants et ayant une répercussion dans le quotidien. Ces symptômes peuvent être des symptômes positifs ou négatifs : par exemple des émotions trop importantes, comme une anxiété entraînant des conduites d'évitement, des hallucinations persistantes génératrices de souffrance psychique ou une mauvaise estime de soi limitant la motivation.

MODALITÉS

Les thérapies cognitives doivent être mises en œuvre par des thérapeutes formés. Ce sont en général des psychologues, des psychiatres ou des infirmiers.

Ces thérapies s'adressent à des individus ou des groupes.

Elles s'appuient sur l'entretien motivationnel qui est une méthode de communication directive, centrée sur la personne. Cette méthode vise à établir ou renforcer le lien de confiance afin de faciliter les adaptations de comportements. Elle utilise de nombreuses techniques, comme l'écoute réflexive qui permet de s'assurer d'avoir bien compris son interlocuteur ou le renforcement positif qui permet d'augmenter la confiance en soi.

EXEMPLES DE PROGRAMMES

La technique on/off est une intervention pour réduire le retentissement négatif de symptômes positifs. Elle invite la personne à prendre le contrôle sur ses hallucinations auditives en s'engageant dans une tâche de lecture à haute voix, processus incompatible avec celles-ci.

PEPS (programme d'émotions positives pour la schizophrénie) est un programme créé par Jérôme Favrod et Alexandra Nguyen à Lausanne. Il comprend 8 séances de groupe. Il répond aux difficultés des personnes atteintes de troubles psychiques sévères pour reconnaître et exprimer l'émotion de la joie. Il est centré sur la reconnaissance et le développement des émotions positives.

Le Michael's Game ou jeu des hypothèses est un programme groupal conçu par Yasser Khazaal à Lausanne. Il s'appuie sur une approche cognitive des symptômes psychotiques. Il a pour objectif de renforcer le raisonnement par hypothèses et de réduire l'adhésion aux idées délirantes. À chaque séance, le groupe travaille autour d'une carte, montrant une situation réaliste et courante à laquelle un personnage, Michael, est confronté. Les participants sont amenés à résoudre ensemble les questions posées et à envisager les différentes explications possibles de la situation.

Une séance du Michael's Game

Un participant du groupe a tiré la carte 1. Il est indiqué sur celle-ci que Michael rentre d'une course et qu'à son retour, son lavabo déborde et le robinet d'eau est ouvert. Pourtant, il pense qu'il a laissé le robinet fermé. Le thérapeute doit amener le groupe à bien décrire la situation, à comprendre l'hypothèse de Michael (quelqu'un est rentré chez lui pour ouvrir le robinet), à la vérifier (qui possède les clés ? existe-t-il des traces d'effraction ?) et à proposer d'autres explications (oubli de fermeture du robinet, fuite d'eau...).

Thérapies comportementales

La principale modalité de thérapie comportementale utilisée en réhabilitation psychosociale vise à entraîner les compétences sociales. Ces compétences permettent la réalisation des objectifs d'un individu par la communication adaptée de ses émotions et de ses besoins lors des interactions sociales. Elles s'appuient sur la cognition sociale, les informations cognitives et affectives, et l'expérience de la personne. Elles permettent de répondre aux situations d'interaction dans les actes de la vie quotidienne.

L'entraînement des compétences sociales permet la stimulation de la communication, la lutte contre l'isolement, la facilitation de la socialisation, la restauration de l'estime de soi et de la confiance en soi, et le renforcement de la théorie de l'esprit.

INDICATIONS

L'entraînement des compétences sociales est utilisé pour les troubles psychotiques de type schizophrénique. Il est efficace sur les symptômes négatifs et le fonctionnement social. Il diminue le taux de réhospitalisation.

Il peut être utile dans les troubles autistiques.

Les personnes doivent être à un stade conscience, préparation, ou reconstruction du rétablissement.

MODALITÉS

L'entraînement des compétences sociales est une intervention structurée pour aider à acquérir, renforcer et généraliser les habiletés sociales.

Il est réalisé en groupe, sous forme de mises en situation, de jeux de rôle et de résolutions de problèmes. Des tâches à domicile doivent suivre pour la généralisation des acquis dans la vie quotidienne.

EXEMPLES DE PROGRAMMES

Les deux exemples qui suivent sont des thérapies construites comme des jeux de société. Le jeu est un moyen d'aborder les habiletés sociales de façon attractive.

Dixiludo a été développé par Bruno Schmitt et Marielle Boiron, ergothérapeutes au Centre psychothérapique de Nancy. Il est utilisé pour créer des échanges en groupe sous forme de conversation. Ses objectifs sont d'évaluer

et de stimuler les capacités de converser. Il s'agit de comprendre une question et d'y répondre, de poser une question et de comprendre la réponse, d'exprimer ses émotions, de réaliser de courts exercices d'élocution et de renforcer ainsi l'estime de soi. Dixiludo doit être animé par un professionnel. Au démarrage, les participants choisissent un thème et le niveau de dévoilement de soi auquel les participants auront recours durant le jeu.

Compétence est un jeu conçu par Jérôme Favrod à Lausanne qui se pratique avec un professionnel et des usagers. Il s'appuie sur des cartes questions, des cartes situations et des cartes problèmes. Les cartes questions visent à transmettre des connaissances sur les habiletés sociales. Exemple : quels sont les avantages et les inconvénients de s'attribuer la responsabilité des événements positifs ? Proposition de réponses : l'avantage est l'augmentation de la confiance en soi, l'inconvénient est le risque de paraître prétentieux. Les cartes situations font jouer des jeux de rôle aux participants. Exemple : vous n'avez pas entendu votre réveil sonner. Téléphonez à votre chef au travail pour vous excuser de votre retard. Les cartes problème demandent aux joueurs d'utiliser des stratégies de résolution de problèmes. Exemple : votre médecin veut changer votre traitement, alors qu'il vient de dire que tout allait bien. Que faites-vous ?

LES OUTILS METTANT LE CORPS EN JEU

Plusieurs outils thérapeutiques mettant le corps en jeu sont utilisés en réhabilitation psychosociale : les activités physiques adaptées, les médiations corporelles et la méditation de pleine conscience.

Activités physiques adaptées

L'activité physique a un intérêt à plusieurs niveaux en psychiatrie et en réhabilitation psychosociale. Elle est considérée aujourd'hui comme un traitement à part entière, avec les bénéfices suivants sur l'hygiène et la qualité de vie : entretien de la santé somatique, protection de troubles tels que les pathologies métaboliques et cardiovasculaires, lutte contre la sédentarité, amélioration de la santé mentale (meilleure estime de soi, renforcement du sentiment d'efficacité personnelle...).

L'activité physique a de plus un impact sur les fonctions cognitives (amélioration des compétences de mémoire, par exemple). Il peut être intéressant de coupler une prise en charge de neurocognition avec la mise en place d'un programme d'activités physiques adapté, pour renforcer l'efficacité de la remédiation cognitive. La cognition sociale peut être également ciblée au travers de l'activité physique en groupe, afin de renforcer la motivation, de diminuer les symptômes négatifs, et d'entraîner les compétences de perception sociale et d'empathie.

INDICATIONS

L'activité physique adaptée est indiquée dans tout trouble psychique, sous réserve de l'absence de contre-indication à la pratique sportive.

EXEMPLE DE PROGRAMME

RemedRugby est un programme développé par l'équipe du C3R de Grenoble, qui associe des techniques de réhabilitation psychosociale (remédiation cognitive et entraînement aux compétences sociales) et la généralisation des acquis au travers d'une activité physique adaptée. Le *touch rugby* est un support sportif adapté, car il est collectif, mixte, sans plaquage et mêlée. Ses règles sont

simples et faciles à assimiler. Au cours des 12 séances du programme, chaque participant peut décrypter les situations sociales du contexte et adapter ses comportements, essayer des stratégies de manière individuelle ou collective, créer des liens sociaux avec les autres joueurs, éprouver du plaisir... Le programme permet en outre de renforcer l'engagement dans les soins et la motivation, de donner le sentiment de pouvoir agir, d'améliorer l'image de soi et de réduire les biais d'attribution.

Médiations psychocorporelles et méditation de pleine conscience

Les médiations psychocorporelles et la méditation de pleine conscience sont des outils permettant la focalisation active et volontaire de l'attention sur les perceptions corporelles. Elles doivent être adaptées spécifiquement aux personnes atteintes de schizophrénie.

Parmi les médiations psychocorporelles, citons le toucher (massage bien-être), le mouvement par l'éducation somatique, l'apprentissage du corps en mouvement et la cohérence cardiaque.

La méditation de pleine conscience (*mindfulness*) peut être adaptée à la schizophrénie et au trouble bipolaire. Utilisée avec un thérapeute formé et adaptée à ces pathologies, elle peut permettre une amélioration de l'insight (conscience des troubles) et une diminution de l'intensité des symptômes.

LE SOUTIEN À L'EMPLOI

L'emploi des personnes avec un trouble psychique est un objectif prioritaire des pratiques de réhabilitation psychosociale pour plusieurs raisons. Il est un facteur majeur de l'intégration sociale. Il est possible, dans la majorité des cas, si les personnes accompagnées bénéficient d'un soutien approprié. Il est un facteur de motivation important dans le parcours de rétablissement, la plupart des personnes souhaitant se sentir utiles socialement. Cet enjeu nécessite une évolution des pratiques professionnelles : le retour à l'emploi doit devenir un objectif prioritaire. Une prise de risque est nécessaire pour la recherche et le maintien du travail, compte tenu du stress généré et de la nécessité de performance. L'emploi est un réengagement dans une vie active et sociale. Il est à la fois un critère objectif du rétablissement et un moyen d'y parvenir.

Pourquoi favoriser l'accès à l'emploi ?

L'accès à l'emploi est un droit affirmé en France par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, ainsi que par la Convention des Nations unies de 2006. Ce droit repose sur les principes de non-discrimination et d'intégration pleine et effective dans la société.

La majorité des personnes atteintes de troubles psychiques sévères souhaitent exercer un travail. Et la réinsertion professionnelle est possible dans un grand nombre de cas, grâce à un soutien approprié. L'emploi en milieu ordinaire pour une personne atteinte de troubles psychiques est un facteur d'amélioration de la qualité de vie.

Quels apports ?

L'emploi restaure le sentiment d'efficacité personnelle et renforce l'estime de soi et le sentiment d'accomplissement de soi. Il permet la reconstruction d'une identité positive, celle d'un professionnel compétent, et il diminue la situation de dépendance.

Grâce au travail, la personne existe en dehors du monde des soins. Elle retrouve une utilité sociale et développe des relations.

Le travail améliore sa vie en structurant sa vie quotidienne, en lui donnant des revenus et en lui permettant de développer de nouvelles compétences et qualifications.

Indications

Le retour à l'emploi peut être proposé à tous les stades du rétablissement.

Les variables prédictives d'une bonne insertion professionnelle sont le jeune âge, un bon niveau de qualification et une expérience récente dans le monde du travail. À l'inverse, les facteurs défavorables sont les symptômes résiduels, les conduites addictives, les troubles cognitifs en particulier de cognition sociale, les troubles motivationnels et le manque de sentiment d'efficacité.

Modalités

L'emploi accompagné ou soutien à l'emploi, appelé *supported employment* aux États-Unis, utilise la méthode du *job coaching*. Celle-ci repose sur le *place and train* (insérer puis soutenir). Elle consiste à insérer au plus vite les personnes en milieu ordinaire de travail, puis d'assurer leur soutien dans l'activité, sur le lieu du travail lorsque c'est possible. Le *job coach* accompagne les personnes de l'aide à la recherche d'emploi, au maintien dans l'emploi.

Le taux d'insertion en milieu ordinaire avec cette approche est au moins deux fois supérieur à celui du *train and place* (entraîner puis réinsérer) qui commence par une préparation à l'emploi.

Le modèle de référence des programmes d'emploi accompagné pour les personnes avec un handicap psychique est l'IPS (*Individual Placement and Support*). Il applique le *place and train* avec la prise directe d'un poste. Il a montré son efficacité en termes d'accès à l'emploi.

Le modèle IPS répond à 8 principes :

- L'emploi est en milieu ordinaire.
- Critère d'exclusion zéro : le seul critère d'admission est le souhait de la personne de travailler en milieu ordinaire. Il n'y a pas de critère clinique.
- La recherche d'emploi est aussi précoce que possible.
- Le *job coach* travaille en collaboration étroite avec l'équipe soignante.
- Les préférences pour le type d'emploi sont prises en compte.

- Un travail d'ajustement du poste (*job development*) est réalisé par le *job coach*, en lien avec l'employeur, pour optimiser l'adéquation entre les caractéristiques du poste et les capacités de l'employé.
- L'accompagnement s'inscrit dans la durée, l'enjeu étant le maintien dans le poste.
- Un accompagnement social est nécessaire pour ajuster les prestations sociales.

L'offre de prise en charge

L'offre de prise en charge en réhabilitation psychosociale s'est structurée au cours des années 2010 et elle continue de croître. Nous présentons dans cette partie les centres de réhabilitation psychosociale, les professionnels qui y exercent et le développement en cours de la réhabilitation dans les secteurs de psychiatrie générale.

LES CENTRES DE RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE

Qu'est-ce qu'un centre de réhabilitation psychosociale ?

Un centre de réhabilitation psychosociale est une structure psychiatrique de recours, publique ou privée, prenant en charge des personnes avec des troubles psychiques sévères ou des troubles du spectre de l'autisme selon une démarche codifiée. Cette démarche débute par une évaluation multidisciplinaire des capacités et des limitations des personnes. Elle se poursuit par la mise en œuvre de soins de réhabilitation psychosociale visant à renforcer les capacités de décision et d'action des personnes, afin de favoriser leur rétablissement.

Les centres de réhabilitation collaborent avec les autres centres de réhabilitation psychosociale du territoire et participent à la diffusion des pratiques orientées rétablissement. Ils travaillent également en articulation avec d'autres structures sanitaires, médicosociales et sociales, dont celles qui sont destinées à permettre l'accession au logement, ainsi qu'à des activités sociales ou professionnelles.

Les premiers centres

C'est à la fin des années 2000 que les premiers centres de réhabilitation psychosociale ont été créés en France, et qu'une offre de formation s'est développée. Ce mouvement a été impulsé par l'Association francophone de remédiation cognitive (AFRC). Il a été animé par le centre référent de réhabilitation psychosociale de l'hôpital du Vinatier à Lyon (SUR-CL3R : Service universitaire de réhabilitation – Centre référent lyonnais en réhabilitation psychosociale et en remédiation cognitive) puis par le Centre ressource remédiation cognitive réhabilitation psychosociale (C3RP) de l'hôpital Sainte-Anne à Paris. Le développement de l'offre en réhabilitation psychosociale s'est poursuivi avec l'engagement progressif de nombreuses équipes françaises.

La force de cette dynamique tient à ses bases scientifiques et à son approche positive à la fois pour les usagers et pour les professionnels. Tous les centres ont un même abord des troubles psychiques et interviennent en faveur de l'autodétermination de leurs usagers : ils développent des techniques pour leur rétablissement et facilitent leur accès aux soins en valorisant et renforçant leur pouvoir décisionnel. Les professionnels de santé mentale ont de nombreux intérêts à s'impliquer dans la réhabilitation psychosociale : l'accès à des formations de qualité, la participation à l'amélioration des connaissances, le recours à des outils thérapeutiques à l'efficacité démontrée et une démarche collective stimulante.

Le développement des centres dans l'hexagone

Les organismes de tutelles se sont engagés dès le début des années 2010 dans le développement de l'offre de soins de réhabilitation psychosociale afin de rendre ces prises en charge accessibles à toute la population. L'inégalité d'accès mise en évidence au préalable a contribué à modéliser des dispositifs territoriaux reposant sur des centres référents régionaux et des centres de proximité. Les centres référents exercent des missions supports de sensibilisation, de formation, de communication et de soins de recours. Les centres de proximité proposent les soins de réhabilitation psychosociale au plus proche de la population, en coopération avec le centre référent de leur territoire.

Ce modèle d'organisation s'est développé à partir de 2009 dans la région Rhône-Alpes, devenue par la suite Auvergne-Rhône-Alpes, puis en Nouvelle-Aquitaine à partir de 2017. En 2019, une instruction l'a étendu à toute la France¹². Assortie d'un financement, elle a permis la création progressive de centres référents, aussi dénommés centres supports, et de centres de proximité.

Les centres de réhabilitation psychosociale sont en cours de déploiement sur l'ensemble du territoire français. Le Centre ressource de réhabilitation psychosociale donne accès à la carte du réseau et à une description de chaque structure sur son site (voir [*Ressources pour aller plus loin*](#)). Le tableau 7 présente les centres référents existants au premier trimestre 2021. Aux Antilles et à la Réunion, des centres référents sont en cours de structuration.

Tableau 7 : Les centres référents
de réhabilitation psychosociale par région

Région	Centre référent	Ville
Auvergne-Rhône-Alpes	Centre référent conjoint de réhabilitation psychosociale – CRCR	Clermont-Ferrand
	Centre référent réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive – C3R	Grenoble
	Centre référent lyonnais en réhabilitation psychosociale et en remédiation cognitive – CL3R	Lyon
	Centre de réhabilitation psychosociale, lire inclure soutenir et expérimenter – REHALise	Saint-Étienne
Bourgogne-Franche-Comté	Unité réhabilitation et intervention précoce du CHU de Besançon	Besançon
	Centre référent de réhabilitation psychosociale de Bourgogne – C2RB	Dijon
Bretagne	Centre référent en réhabilitation psychosociale de Bretagne – C3RB	Brest Rennes
Centre-Val de Loire	Centre référent régional	Orléans Tours
Corse	Centre Corse de rétablissement et de réhabilitation psychosociale – C2R2	Ajaccio
Grand Est Les trois centres forment le réseau CURE Grand Est coordonné par Nancy.	Centre universitaire support de remédiation cognitive et rétablissement – CURE Lorraine	Nancy
	Centre universitaire support de remédiation cognitive et rétablissement – CURE Champagne-Ardenne	Reims
	Centre universitaire support de remédiation cognitive et rétablissement – CURE Alsace	Strasbourg
Hauts-de-France	Centre support de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive du sud des Hauts-de-France – CRISALID	Beauvais
	Centre support nord de remédiation cognitive et de réhabilitation psychosociale des Hauts-de-France	Lille
Île-de-France	Centre ressource remédiation cognitive réhabilitation psychosociale – C3RP	Paris
	Care 93	Neuilly-sur-Marne
Normandie	Centre support régional Normandie Réhab	Caen

		Rouen
Nouvelle-Aquitaine	Centre référent de réhabilitation psychosociale Nouvelle-Aquitaine sud – C2RP	Bordeaux
	Centre référent de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive de Limoges – C2RL	Limoges
Occitanie	Centre de rétablissement et de réhabilitation Jean Minvielle – C2R	Montpellier
	Centre support de Toulouse en réhabilitation psychosociale – CSTR	Toulouse
Pays de la Loire	Centre support aux soins de réhabilitation psychosociale Pays de la Loire – CRéhab’S Pays de la Loire	Angers Nantes
Provence-Alpes Côte d’Azur	Rehab Sud	Marseille

Le Centre ressource de réhabilitation psychosociale

Le Centre ressource de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive (CRR) de l’hôpital Le Vinatier de Lyon coordonne l’action de tous les centres français. Comme son nom l’indique, ce centre n’a pas d’activité soignante. Son rôle est de :

- promouvoir les principes et les outils de la réhabilitation psychosociale et l’approche orientée vers le rétablissement grâce à des actions de communication, de déstigmatisation et de sensibilisation ;
- animer le réseau national des centres de réhabilitation psychosociale, en préparant plusieurs événements annuels ;
- organiser des formations diplômantes en remédiation cognitive, psychoéducation et pair-aidance, ainsi que des formations continues : formations brèves à l’évaluation et à différents outils de réhabilitation psychosociale, MOOC de réhabilitation psychosociale ;
- recueillir et exploiter des données de recherche produites par le suivi d’une cohorte d’usagers impliquant l’ensemble du réseau, et par des essais cliniques randomisés contrôlés.

Les professionnels de réhabilitation psychosociale

Les centres de réhabilitation psychosociale s'appuient sur des équipes regroupant différents professionnels qui se sont formés à l'approche orientée rétablissement. Chacun d'entre eux joue un rôle spécifique et développe des actions complémentaires à celles des autres intervenants. La coordination de l'équipe permet que toutes leurs actions thérapeutiques contribuent au rétablissement des personnes accompagnées.

LE PSYCHIATRE

Le psychiatre est un médecin spécialisé dans les maladies mentales, qu'il diagnostique et traite, y compris par des prescriptions médicamenteuses. Il a obtenu un diplôme de psychiatrie après 6 ans d'études médicales générales suivies de 4 années de spécialisation (internat). Il a généralement suivi une formation spécifique à la réhabilitation psychosociale, ainsi qu'à la remédiation cognitive ou à la psychoéducation dans le cadre d'un diplôme d'université.

Ses missions sont :

- d'évaluer l'état de santé physique et psychique de la personne accueillie en identifiant ses manifestations symptomatiques et en mesurant leur intensité grâce à une évaluation clinique standardisée ;
- de poser un diagnostic principal et d'éventuels diagnostics secondaires ;
- d'explorer les conséquences des difficultés fonctionnelles et de mettre en exergue les capacités préservées ;
- de proposer une prise en charge adaptée au diagnostic et aux besoins de la personne ;
- d'optimiser la prescription psychopharmacologique ;
- de favoriser l'engagement dans les soins grâce à des modalités d'interaction empathiques et positives ;
- d'évaluer l'adhésion à la démarche de la réhabilitation psychosociale de la personne et de lui proposer le cas échéant une évaluation de ses capacités et de ses limitations ;
- de coordonner l'action des différents professionnels du centre de réhabilitation psychosociale ;

- de contribuer au travail en réseau, aux actions de formation et de sensibilisation aux soins orientés rétablissement, et à la lutte contre la stigmatisation ;
- d’animer des réseaux d’échange de pratiques.

L’INFIRMIER

L’infirmier de réhabilitation psychosociale est un infirmier diplômé d’État après 3 ans d’études, qui a complété son cursus par un DU dans le domaine de la réhabilitation psychosociale (remédiation cognitive, éducation thérapeutique du patient, pratique de l’entretien motivationnel...). Certains infirmiers exerçant dans le domaine de la réhabilitation psychosociale ont obtenu un diplôme d’État d’infirmier de pratique avancée élargissant leurs compétences.

L’infirmier intervient tout au long du parcours de la personne :

- il participe à l’évaluation et à la co-construction de son projet de soins ;
- il renforce son autonomie, sollicite les ressources nécessaires, l’accompagne vers un rôle actif dans sa prise en charge ;
- il met en œuvre le projet de soins ;
- il assure la continuité des soins en collaboration avec les équipes référentes du suivi psychiatrique de la personne (centre médico-psychologique, professionnels de santé libéraux...) ;
- il l’accompagne *in vivo*, pour le transfert des compétences dans le milieu naturel.

L’infirmier peut exercer des missions de *case management*.

LE NEUROPSYCHOLOGUE

Le neuropsychologue est un psychologue ayant terminé sa formation par un master en neuropsychologie. Pour travailler en réhabilitation psychosociale, il doit acquérir un DU concernant ce domaine. Le neuropsychologue établit des liens entre le fonctionnement cérébral et les processus de traitement des informations ainsi qu’entre d’éventuels troubles cognitifs et leurs conséquences comportementales et émotionnelles. Il prend en compte la trajectoire neurodéveloppementale, c’est-à-dire la chronologie d’apparition des difficultés au cours de l’enfance et de l’adolescence et leur intrication avec les acquisitions ayant lieu en parallèle. Il veille à l’implication active de la personne dans sa prise en charge.

Il a pour missions :

- de mettre en évidence les forces et les faiblesses cognitives de la personne grâce à une évaluation neuropsychologique ;
- d'évaluer la représentation qu'a la personne de ses forces et de ses faiblesses ;
- de proposer des adaptations du programme de soins tenant compte de ses possibilités cognitives et de sa motivation ;
- d'anticiper ses besoins cognitifs en termes de réinsertion sociale et professionnelle ;
- et dans certains centres, d'exercer la fonction de *case manager*.

En centre de réhabilitation psychosociale, le neuropsychologue est responsable de l'évaluation des processus cognitifs et de l'organisation de la remédiation cognitive. Il délègue en bonne partie cette dernière aux infirmiers et aux ergothérapeutes.

L'ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL

L'assistant de service social est un assistant socioéducatif.

Les missions de ce professionnel diplômé d'État comportent :

- l'évaluation de la situation sociale, financière et professionnelle de la personne accompagnée ;
- l'accompagnement de celle-ci et de sa famille dans l'évaluation, le conseil et l'orientation vers les dispositifs de droits communs permettant une meilleure inclusion sociale (logement, finances, organisation administrative...) ;
- l'accompagnement de la personne vers le milieu associatif et professionnel ;
- l'information sur ses droits concernant l'accès à la pleine citoyenneté et l'aide pour les faire valoir.

L'ERGOTHÉRAPEUTE

L'ergothérapeute a obtenu un diplôme d'État après 3 ans d'études. Pour intervenir dans le domaine de la réhabilitation psychosociale, il a par la suite suivi une formation spécifique sous la forme d'un DU.

De façon générale, l'ergothérapeute est chargé de maintenir, restaurer et permettre le développement d'activités sécurisées, autonomes et efficaces. Il prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en prenant en compte les habitudes de vie de la personne et de ses proches.

Dans le cadre de la réhabilitation psychosociale, il a pour missions :

- de contribuer à l'évaluation des besoins et à la définition des actions significantes pour la personne ;
- de participer à la co-construction du projet de soins ;
- d'accompagner le déploiement des stratégies acquises en thérapie en milieu naturel (à domicile en particulier) et de proposer les adaptations nécessaires pour renforcer les compétences et réduire l'impact des limitations ;
- de favoriser la réinsertion sociale et professionnelle de la personne ;
- d'exercer des fonctions de *case manager*.

LE PAIR-AIDANT PROFESSIONNEL

Le pair-aidant professionnel est une personne rétablie de troubles psychiques qui accompagne d'autres personnes vivant avec de tels troubles, en s'appuyant sur son savoir expérientiel. C'est un membre à part entière de l'équipe. En France, il existe deux formations diplômantes de pair-aidance dans le domaine de la santé mentale : la licence Sciences sanitaires et sociales, mention médiateur santé-pair en santé mentale, portée par l'université Paris 13, et le DU Pair-aidance en santé mentale de l'université Lyon 1.

La légitimité de l'intervention du pair-aidant repose sur son expérience de la maladie et des prises en charge. Son savoir est constitué d'éléments identifiés comme l'ayant aidé dans son parcours de soins ainsi que de la connaissance des pratiques et des institutions psychiatriques. Le savoir expérientiel est propre à chaque pair-aidant.

Dans un centre de réhabilitation, le pair-aidant a pour missions :

- de faciliter l'accès aux soins des personnes par l'apport d'informations et d'outils pratiques sur le rétablissement ;
- de cultiver les valeurs et les principes du rétablissement dans l'équipe en participant à part entière à la vie de la structure ;
- de faciliter la relation entre les usagers et les professionnels, en devenant un trait d'union entre eux, un traducteur en quelque sorte ;
- de participer aux actions de psychoéducation ou d'éducation thérapeutique du patient ;
- de lutter contre la stigmatisation des troubles mentaux.

AUTRES PROFESSIONNELS

- **L'orthophoniste**

L'orthophoniste prévient, évalue et traite les difficultés ou troubles du langage et de la communication, des fonctions oromyofaciales et des autres activités cognitives, dont celles liées à la phonation, à la parole, au langage et à la cognition mathématique. Après 5 ans d'études en orthophonie, il se forme à la réhabilitation psychosociale à travers un DU. Son rôle en réhabilitation psychosociale est de stimuler les fonctions instrumentales ou cognitives déficitaires et de renforcer les stratégies compensatoires.

- **Le psychologue clinicien**

Le psychologue clinicien a obtenu une licence puis un master en psychologie. Pour exercer en centre de réhabilitation psychosociale, il s'est formé aux thérapies cognitives et comportementales.

En réhabilitation psychosociale, ses missions sont :

- d'évaluer les besoins psychothérapeutiques ;
- de mettre en œuvre des soins psychothérapeutiques prenant en compte les dimensions cognitive et comportementale, ainsi que celle de la reconnaissance et de la gestion des émotions ;
- de permettre aux personnes accompagnées de s'approprier des outils de gestion du stress et de gestion des symptômes psychotiques ;
- de contribuer à la réduction de l'autostigmatisation ;
- de soutenir la personne dans son processus de rétablissement ;
- d'exercer une fonction de *case manager*.

- **Le secrétaire médical**

Le secrétaire médical ou l'assistant médico-administratif dans le service public hospitalier a un poste clé dans l'organisation d'un centre de réhabilitation.

Il a pour missions :

- d'accueillir l'utilisateur, sa famille, les partenaires et toute autre personne prenant contact avec le centre ;
- de renseigner et d'orienter ;
- d'assister les membres de l'équipe dans les tâches administratives ;
- de planifier de manière optimale le parcours de soins des personnes accompagnées.

- **Le cadre de santé**

Le cadre de santé est un ancien professionnel sanitaire ou social formé au management d'équipe, à la déclinaison de projets et à l'organisation de service.

Il a pour missions :

- d'organiser les soins et d'être garant de leur qualité ;
- de travailler en collaboration étroite avec le responsable du centre ;
- de diffuser les valeurs de la réhabilitation psychosociale dans l'équipe ;
- de promouvoir la réhabilitation psychosociale et d'établir des partenariats utiles au parcours des personnes accompagnées.

[12.](#) Instruction DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur le territoire français.

LES SECTEURS DE PSYCHIATRIE GÉNÉRALE

Les secteurs de psychiatrie générale sont l'échelon de proximité de l'offre psychiatrique publique en France depuis 1960. Initialement, ils couvraient chacun un bassin de population d'environ 70 000 habitants. Plusieurs d'entre eux ont été regroupés depuis. Un secteur dispose de structures ambulatoires et hospitalières. L'offre hospitalière est composée de lits d'hospitalisation complète et de places d'hospitalisation de jour. Les structures ambulatoires sont des centres de consultations pluriprofessionnels, appelés centres médico-psychologiques ou CMP, des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel ou CATTP et, pour certains secteurs, des équipes mobiles.

L'organisation et la nature des soins offerts par chaque secteur sont sous la responsabilité d'un chef de pôle ou d'un chef de service. Il existe une disparité importante entre les territoires en termes d'offre et de ressources soignantes par rapport à la population desservie.

Un travail en lien avec les centres de réhabilitation psychosociale

La taille d'un secteur ne permet pas de répondre à la mise en œuvre de tous les soins nécessités par la diversité des situations cliniques. Afin de pouvoir proposer des bilans multidisciplinaires de réhabilitation psychosociale ou des prises en charge particulières (par exemple, de remédiation cognitive, telles que SCIT ou RC2S, ou de psychoéducation ciblée), les secteurs sont amenés à mutualiser leurs compétences ou concevoir des parcours de soins avec l'aide d'un centre de réhabilitation psychosociale.

Chaque secteur peut recourir à un centre de réhabilitation psychosociale du territoire sur lequel il est implanté, qu'il s'agisse d'un centre de proximité ou d'un centre référent. Ainsi, son équipe peut proposer à la population qu'elle accompagne d'accéder à une évaluation et à des soins de réhabilitation psychosociale. Tout au long du parcours de la personne, elle est associée à son accompagnement. Cette organisation garantit la continuité des soins.

À terme, une offre au sein de chaque secteur

Le rétablissement en santé mentale des personnes accompagnées est une préoccupation de tous les professionnels de la psychiatrie et de la santé mentale. De ce fait, les pratiques orientées rétablissement sont amenées à se développer dans les secteurs. Les principales sont les suivantes :

- réalisation systématique d'un plan de suivi individualisé ;
- recours aux techniques de l'entretien motivationnel afin de restaurer et maintenir l'espoir et l'engagement de la personne accompagnée ;
- organisation d'ateliers de psychoéducation/éducation thérapeutique du patient et de l'entourage ;
- entretien et stimulation des stratégies acquises en remédiation cognitive, via les programmes d'entraînement aux compétences sociales ;
- mise en situation ergothérapeutique au sein des CATTP ou dans l'environnement de la personne accompagnée ;
- suivi psychothérapeutique centré sur le rétablissement personnel et la gestion du stress ;
- pair-aidance dans tous les dispositifs de soins psychiatriques (CMP, équipe mobile, unité d'hospitalisation...) ;
- accompagnement pour la rédaction de directives anticipées en psychiatrie (ces directives permettent aux usagers de définir les conduites à tenir en cas de crise ou de nécessité d'hospitalisation) ;
- collaboration étroite avec la médecine générale afin d'améliorer l'état de santé physique des personnes ayant des troubles psychiques sévères ou des troubles du spectre de l'autisme.

Ces pratiques nécessitent l'acquisition de connaissances sur le rétablissement ainsi que sur les principes et les modalités de la réhabilitation psychosociale (voir [*Ressources pour aller plus loin*](#)).

À terme, les secteurs disposeront en leur sein des compétences permettant la mise en œuvre de soins de réhabilitation psychosociale par leurs équipes.

Perspectives

La réhabilitation psychosociale constitue un changement de paradigme pour la psychiatrie française. S'emparer de la notion de rétablissement en constitue la clé de voûte. Portés par cette philosophie, les professionnels de santé mentale s'appuient sur le pouvoir d'agir des personnes atteintes de troubles psychiques. Ils leur redonnent espoir et s'engagent à leurs côtés pour leur permettre de faire aboutir leurs projets et de mener une existence la plus satisfaisante possible.

Construite sur des bases scientifiques, la réhabilitation psychosociale s'appuie sur une recherche active et fédératrice pour s'améliorer de façon continue. Elle est en passe de devenir le socle des soins psychiatriques destinés aux personnes ayant les troubles les plus sévères. Amélie en témoigne à la fin de son parcours de réhabilitation : « J'aurais voulu pouvoir en bénéficier plus tôt... J'ai découvert tout ce que je sais faire... Ça vaut vraiment le coup ! »

Souhaitons que cet ouvrage, résolument synthétique et accessible, contribue à une large diffusion de cette approche et de ses techniques.

Ressources pour aller plus loin

Site du Centre ressource de réhabilitation psychosociale

Depuis 2015, le Centre ressource de réhabilitation psychosociale fournit aux personnes concernées, à leurs proches, aux professionnels et à la population générale des informations mises à jour quotidiennement sur son site Internet : <https://centre-ressource-rehabilitation.org>.

Le site permet :

- de consulter la carte du réseau des centres de réhabilitation psychosociale – dont la couverture du territoire français ne cesse de s’améliorer – et d’accéder à leur description ;
- de connaître l’actualité concernant la réhabilitation psychosociale : nouveautés sur les outils thérapeutiques, actions locales et nationales des structures du réseau, appel à des participations à la recherche, offres d’emploi, formations, etc. ;
- d’accéder à des ressources thématiques variées (témoignages, actions de déstigmatisation, etc.) ;
- de regarder des vidéos de formation concernant l’approche orientée vers le rétablissement et les principes de la réhabilitation ;
- de découvrir des interviews, des retransmissions d’interventions à des colloques, etc. ;
- d’accéder au catalogue de la bibliothèque du centre, regroupant des articles scientifiques et des ouvrages concernant la réhabilitation psychosociale.

Le Centre ressource de réhabilitation psychosociale est présent sur les réseaux sociaux, comme de nombreux centres référents.

Site du Psycom

Le Psycom est un organisme national d’information sur la santé mentale et de lutte contre la stigmatisation. Ses objectifs sont de promouvoir une approche globale de la santé mentale, c’est-à-dire non centrée sur ses troubles, de proposer des informations fiables dans le domaine et d’agir contre la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec un trouble psychique. Son site Internet, situé à l’adresse <https://www.psycom.org>, consacre une rubrique entière au rétablissement en santé mentale.

Formations

La plupart des centres supports régionaux proposent des formations sur le rétablissement et certains outils de réhabilitation psychosociale.

Les principaux diplômes universitaires proposés en France en réhabilitation psychosociale sont :

- les DU Psychoéducation, Remédiation cognitive et Pair-aidance de l’université Claude Bernard à Lyon, qui se déroulent sur un an ;
- le DU Réhabilitation psychosociale de l’université Paris 13 ;
- le DU Soins de réhabilitation au service du rétablissement en santé mentale de l’université de Nantes ;
- le DU Réhabilitation psychosociale en psychiatrie : du handicap à la réadaptation, de l’Institut catholique de Toulouse ;
- et le DU Case management : élaboration, gestion, coordination et évaluation de parcours et projets de vie, de l’université de Tours.

D’autres formations développées par des organismes de formation continue existent.

Enfin, des cours à distance peuvent être suivis gratuitement :

- le MOOC sur le fondement du rétablissement¹³ proposé par l’université de Montréal ;

– le MOOC sur la réhabilitation psychosociale¹⁴ proposé par le Centre ressource de réhabilitation psychosociale.

Ouvrages

Plusieurs ouvrages parus ces dernières années permettent d’aller plus loin sur les différents thèmes abordés dans ce livre. Nous les présentons du plus récent au plus ancien dans chaque catégorie.

– Le *Traité de réhabilitation psychosociale*, coordonné par Nicolas Franck et publié par Elsevier en 2018, reprend de manière détaillée tous les thèmes concernant la réhabilitation psychosociale. Rédigé par plus de 160 auteurs, il constitue une référence pour les professionnels.

L’expérience des usagers est présentée dans les ouvrages :

– *Les voix du rétablissement*, coordonné par Sabrina Palumbo, publié par Frison-Roche en 2021 ;

– *Se rétablir en santé mentale*, de Jean-François Pelletier, paru dans la collection Médecine et psychothérapie d’Elsevier Masson en 2021 ;

– *Pair-aidance en santé mentale – Une entraide professionnalisée*, coordonné par Nicolas Franck et Caroline Cellard, publié par Elsevier en 2020 ;

– *Cap sur le rétablissement – Exiger l’excellence dans les soins en santé mentale*, de Luc Vigneault (pair-aidant canadien), publié dans la collection Relation d’aide de Performance Édition en 2019.

Les pratiques de la réhabilitation psychosociales sont détaillées dans les livres ci-après :

– *J’entends des voix – Mieux vivre avec ses voix et ses hallucinations auditives*, de Thomas Langlois, publié par Odile Jacob en 2019 ;

– *Remédiation cognitive* (2^e édition), coordonné par Nicolas Franck, paru dans la collection Pratiques en psychothérapie d’Elsevier Masson en 2017 ;

– *Psychothérapie des hallucinations*, coordonné par Renaud Jardri, Jérôme Favrod et Frank Larøi, paru chez Elsevier en 2016 ;

– *Outils de la réhabilitation psychosociale – Pratiques en faveur du rétablissement*, de Nicolas Franck, paru dans la collection Médecine et psychothérapie d’Elsevier Masson en 2016 ;

– *Se rétablir de la schizophrénie – Guide pratique pour les professionnels* (2^e édition), de Jérôme Favrod, Agnès Maire, Shyhrete Rexhaj et Alexandra Nguyen, paru chez Elsevier Masson en 2015 ;

– *Cognition sociale et schizophrénie – Outils d’évaluation et de remédiation*, de Nicolas Franck, paru dans la collection Médecine et psychothérapie d’Elsevier Masson en 2014 ;

– *Schizophrénie – Diagnostic et prise en charge*, de Caroline Demily et Nicolas Franck, paru dans la collection Médecine et psychothérapie d’Elsevier Masson en 2013 ;

– *La remédiation cognitive dans la schizophrénie – Le programme RECOS*, de Pascal Vianin, publié aux Éditions Mardaga en 2013.

¹³. Accessible à l’adresse : <https://criusmm.ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/fr/actualite/un-mooc-sur-le-retablissement-en-sante-mentale>

¹⁴. Accessible à l’adresse : <https://centre-ressource-rehabilitation.org/mooc-sur-la-rehabilitation-psychosociale>

Glossaire

Aboulie : absence ou diminution de la volonté de décider et de réaliser des actions.

Attention : fonction permettant de prendre possession par l'esprit, de manière claire et vivace, d'un objet ou d'une pensée, parmi de multiples possibles. On distingue l'attention soutenue, l'attention divisée et l'attention sélective. L'**attention soutenue** est semblable à la concentration, c'est la capacité à rester centré sur une tâche pendant un temps donné (exemple : suivre un cours ou un film). L'**attention divisée** est la capacité à porter son attention sur plusieurs éléments à la fois (exemple : écouter la radio en cuisinant). L'**attention sélective** est la capacité à placer son attention sur un élément particulier en faisant abstraction des autres éléments (exemple : focalisation de l'attention sur une conversation dans un environnement bruyant).

Autostigmatisation : appropriation par la personne concernée des stéréotypes sociaux négatifs concernant ses troubles.

Cognition sociale ou « cognition chaude » : ensemble des fonctions intervenant dans les relations sociales, permettant de percevoir, traiter et interpréter les signes sociaux. La cognition sociale comporte la reconnaissance des émotions faciales, la théorie de l'esprit, le style attributionnel, la perception sociale et la connaissance sociale.

Connaissance sociale : connaissance des règles et codes sociaux appropriés par rapport à des situations sociales données (exemple : dire bonjour dans une situation de début de conversation).

Déduction de règles : capacité à déduire une règle à partir des éléments à disposition.

Flexibilité : capacité à changer de stratégie de résolution de problèmes, si les contraintes et paramètres de la situation évoluent (exemple : changement de trajet si le chemin habituel est bloqué).

Fonctions exécutives ou fonctions instrumentales : ensemble de processus qui permettent de s'adapter à une situation nouvelle ou complexe, afin de résoudre des problèmes. Elles comportent la flexibilité, la planification, l'inhibition, la déduction de règles.

Inhibition : capacité à renoncer à un comportement se révélant non adapté à la réalisation d'une tâche.

Insight : processus personnel évolutif portant sur la perception de son trouble et de son évolution. Il est composé de trois éléments : la conscience d'un trouble, l'aptitude à nommer et repérer les phénomènes mentaux, la prise en compte de la nécessité d'un traitement.

Mémoire de travail : fonction permettant de maintenir une information dans le cerveau pendant un instant très court et de la manipuler mentalement (exemples : calcul mental, répétition d'un numéro de téléphone).

Mémoire épisodique : fonction permettant d'acquérir et de conserver une information en tête de manière durable (après avoir lu un article, vu un film ou fait une sortie par exemple).

Métacognition ou « pensées sur la pensée » : ensemble des connaissances et croyances que nous portons sur nos processus de pensées et des processus permettant de manipuler ces connaissances (exemple : connaissances que nous avons sur nos stratégies de lecture ou d'apprentissage).

Neurocognition ou « cognition froide » : ensemble des fonctions permettant de traiter les informations de l'environnement. La neurocognition comporte la mémoire, la mémoire de travail, l'attention, les fonctions exécutives, la vitesse de traitement de l'information.

Normalisation : action de modifier la représentation d'un symptôme psychiatrique pour le déstigmatiser (exemple pour l'hallucination : information sur son existence hors du champ psychiatrique, sur sa fréquence qui

peut atteindre 13 à 20 % dans la population générale, et sur la possibilité de la provoquer artificiellement avec la prise de substances ou la privation de sommeil).

Perception sociale : capacité à identifier les règles et les codes sociaux et à tenir compte du contexte (exemple : adapter les modalités de salutations).

Planification : capacité à élaborer les différentes étapes à accomplir pour réaliser une tâche.

Style attributionnel : manière dont nous expliquons les événements de nos vies (exemple : je suis arrivé en retard, car j'ai raté le bus / je suis arrivé en retard, car le chauffeur de bus ne m'a pas attendu).

Symptômes positifs et négatifs : les symptômes positifs se rapportent à un excès ou à une distorsion des fonctions normales (exemple : les hallucinations) et les symptômes négatifs représentent une diminution ou une perte des fonctions normales (exemple : aboulie).

Théorie de l'esprit (*Theory of Mind* ou *ToM*) : aptitude à prédire ou à expliquer les comportements de nos semblables en leur attribuant des croyances, des souhaits et des intentions et en concevant qu'ils ont des états mentaux différents des nôtres (exemple : capacité à percevoir les sous-entendus, ou les intentions cachées).

Liste des sigles

AAH : Allocation aux adultes handicapés
AERES : Autoévaluation des ressources (échelle)
AFRC : Association francophone de remédiation cognitive
ARS : Agence régionale de santé
AVEC : Accompagner, valider, échanger et comprendre (programme)
CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CMP : Centre médico-psychologique
CRR : Centre ressource de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive¹⁵
CRT : *Cognitive Remediation Therapy*
CVLT : *California Verbal Learning Test*
D2-R : Test d'attention concentrée révisé
DU : Diplôme d'université
ELADEB : Échelle lausannoise d'autoévaluation des difficultés et des besoins
ERF : Évaluation des répercussions fonctionnelles (échelle)
ERF-CS : Échelle de répercussion fonctionnelle des troubles de la cognition sociale
ETP : Éducation thérapeutique du patient
GEM : Groupe d'entraide mutuelle
IPS : *Individual placement and support*
IPT : *Integrated Psychological Therapy*
ISMI : *Internalized Stigma of Mental Illness*
LIS : Lecture intentionnelle en situation (échelle)
MAS : *Metacognitive Assessment Scale*
MASC : *Movie for Assessment of Social Cognition*
MCQ : *Metacognitions Questionnaire*
MCT : *Metacognition training*
MODip : Module d'information au patient
MOOC : *Massiv Open Online Course* (cours en ligne libre d'accès)
NEAR : *Neuropsychological Educational Approach to Remediation*
PEPS : Programme d'émotions positives pour la schizophrénie
PSI : Plan de suivi individualisé
RC2S et RC2S+ : Remédiation cognitive de la cognition sociale (1^{re} et 2^e éditions du programme)
RECOs : Remédiation cognitive pour la schizophrénie ou un trouble apparenté
SAFERS : Soutien et accompagnement des familles (enfants, adolescents) vers le rétablissement de la schizophrénie à début précoce
SAMSAH : Service d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés
SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale
SCIT : *Social Cognition and Interaction Training*
SERS : *Self Esteem Rating Scale* ou Échelle d'estime de soi de Rosenberg

S-QoL 18 : *Schizophrenia Quality of Life Questionnaire Short Form* (18 items)
SSTICS : *Subjective Scale To Investigate Cognition in Schizophrenia*
STORI : *Stages of Recovery Instrument*
TAP : *Test for Attentional Performance*
TCC : Thérapies cognitives et comportementales
TCCp : Thérapies cognitives et comportementales pour la psychose
TEM : Test des errances multiples
TIPP : Traitement et intervention précoce dans les troubles psychotiques
TMT : *Trail Making Test*
ToM : *Theory of Mind* ou théorie de l'esprit
ToMRemed : Remédiation de la théorie de l'esprit
TREF : Test de reconnaissance des émotions faciales
UNAFAM : Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
WCST : *Wisconsin Card Sorting Test*
WEMWBS : *Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale* ou Échelle de bien-être mental de Warwick-Edinburgh

[15](#). La signification des sigles des centres référents de réhabilitation psychosociale apparaît dans le [tableau 7](#).

Dans la même collection

Éviter les contaminations lors des soins, Anne-Gaëlle Venier, 2021.

Fin de vie en EHPAD, parlons-en !, Marie-Odile Vincent, 2021.

Pour en savoir plus sur nos ouvrages et nos collections, rendez-vous sur notre site : www.edition-lecoudrier.fr

Si vous avez aimé cet ouvrage, aidez-nous à le faire connaître !

Parlez-en autour de vous, mentionnez-le sur la Toile en faisant un lien avec notre site www.edition-lecoudrier.fr ou invitez vos revues professionnelles à en faire une information.

Mise en page : Catherine Reynaud, Saint-Félicien (Ardèche)

Couverture : Géraldine Marguerin – Onna Noko – www.onna-noko.com

Conversion au format ePub : Nuxos Publishing Technologies

Septembre 2021