



Tidau : A.B. Perle Standard, 1970-1972, œuvre synthétique sur toile, installation de 31 éléments, 150x150 cm, Collection particulière.

Jérôme Favrod,
infirmier.

Charles Bonsack,
psychiatre.

Département de psychiatrie,
service de psychiatrie
communautaire.
Centre hospitalier universitaire
Vaudois et Université de Lausanne,
CH-1008 Lausanne - Prilly (Suisse).
Contact : jerome.favrod@chuv.ch

Psychoéducation : de la théorie à la pratique

Si les experts insistent sur l'intérêt des programmes de psychoéducation pour soutenir le rétablissement des patients souffrant de schizophrénie, leur mise en œuvre exige une réelle volonté institutionnelle, des compétences nourries par la formation et un travail pluridisciplinaire.

En Europe, la psychoéducation est recommandée dans les soins de personnes atteintes de schizophrénie, et notamment en Allemagne, Autriche, Espagne, Hollande et dans les pays scandinaves (1). C'est également le cas depuis peu en France (2). Néanmoins, l'implan-

tation dans la pratique clinique courante des traitements psychosociaux validés pour la schizophrénie est souvent difficile. Une enquête conduite en 2003 (3) dans les institutions psychiatriques allemandes, autrichiennes et suisses montrait en effet que seulement 21 % des patients atteints de schizophrénie et 2 %

des membres de la famille avaient pris part à une intervention psychoéducative, alors que 84 % des institutions offraient des groupes psychoéducatifs. Ces résultats indiquent qu'il faut impliquer l'ensemble des équipes pour que davantage de patients puissent bénéficier de ces approches.

■ Les obstacles à la psychoéducation

Il existe probablement plusieurs obstacles à la diffusion des approches psychoéducatives et des traitements psychosociaux de la schizophrénie en général. Les plus souvent évoqués sont les suivants :

- les traitements psychosociaux de la schizophrénie présentent peu d'enjeux économiques. S'ils réduisent à terme les coûts imputés à la communauté et améliorent la productivité des patients (4), ils ne permettent pas le développement d'un secteur privé lucratif, contrairement aux traitements pharmacologiques. Les traitements psychosociaux vont donc généralement être assurés par le service public qui peut manquer de souplesse pour inciter l'utilisation d'innovations ;
- les investissements dans les traitements psychosociaux sont rentables à long terme, ce qui n'en fait pas un enjeu électoral important. En effet, si un gouvernement décide d'investir dans ce domaine, les bénéfices escomptés risquent d'être mis au crédit du gouvernement suivant ;
- les personnes atteintes de schizophrénie ne constituent pas un groupe de pression important malgré la prévalence élevée de la maladie. Il existe peu d'associations de patients et les associations de familles qui sont plus puissantes ont encore du mal à s'affirmer. Cette timidité est probablement liée à la culpabilité sous-jacente des familles. En effet, la société a encore tendance à considérer les parents comme étant responsables de la maladie ;
- les traitements psychoéducatifs, malgré la démonstration de leur efficacité font l'objet de débats idéologiques qui servent davantage l'équilibre narcissique des professionnels que les besoins des patients ;
- le fait que les centres de formation notamment dans le domaine des soins infirmiers acceptent encore que leurs enseignants ne soient par directement reliés à la pratique clinique conduit à des retards dans l'introduction des innovations ;
- les soins infirmiers ont tendance à dissocier la gestion des soins de la compétence clinique, privilégiant ainsi le fonctionnement institutionnel aux dépens de l'objectif premier des soins qui est d'améliorer la santé des patients ;
- l'encadrement ne soutient pas suffisamment les professionnels qui prennent des initiatives ou font des efforts supplémentaires pour prodiguer les soins optimaux (5, 6) ;

J.A. Penck, Grotesk-Weltbild, Grand tableau monté, 1965, huile sur panneau de bois, 180x260 cm, Museum Ludwig, Collection Ludwig, Cologne



- les professionnels n'ont pas suffisamment accès à la formation continue pour acquérir les compétences requises ;
- certains outils thérapeutiques peuvent être difficiles à obtenir car les institutions n'ont pas prévu de budget pour les acquérir ;
- les professionnels méconnaissent parfois les progrès et les développements existants. Certains de ces obstacles nécessitent des actions politiques, institutionnelles ou personnelles. Nous allons donc passer en revue les façons de les dépasser.

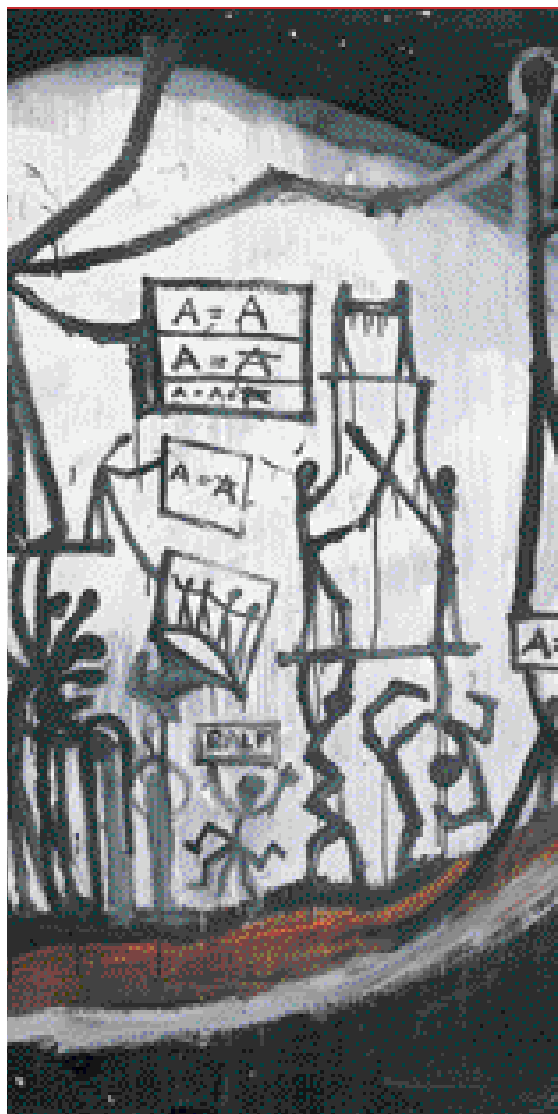
• Les obstacles politiques

Certains gouvernements peuvent ne pas promouvoir l'utilisation des approches psychoéducatives, ce qui peut constituer un frein important à leur implantation. Peu d'études ont montré les effets économiques à long terme de la psychoéducation. Toutefois, on sait qu'une rechute quadruple les coûts semestriels de la schizophrénie (8). L'étude de Munich montre par exemple que 7 ans après, les patients ayant suivi un programme psychoéducatif sur quelques mois ont été hospitalisés 3 fois moins de jours

que les patients du groupe contrôle (9). Au niveau politique, il est donc important que les soignants puissent soutenir les associations de patients et de proches pour bénéficier de traitements qui peuvent influencer positivement le pronostic psychosocial des personnes qui souffrent de schizophrénie. Il est également essentiel de mener des actions auprès des médias afin de modifier les croyances erronées sur la schizophrénie.

• Le niveau institutionnel

Un programme psychoéducatif va être tissé dans le cadre d'un hôpital, d'un ou plusieurs secteurs, de services médico-sociaux ou encore d'une unité transversale intersectorielle. L'encadrement va donc jouer un rôle majeur dans l'organisation d'un tel programme. Le plus souvent, on préconise un programme d'activités groupales hebdomadaires et mensuels que les soignants pourront proposer, plutôt sous forme de groupes ouverts afin de faciliter l'accès des patients (cf. Tableau 1 : « Exemple de programme d'activités psychoéducatives »). Les groupes fermés posent quant à eux, dans un premier



temps, des problèmes de recrutement puis de liste d'attente. Un tel programme permet ainsi au clinicien d'intégrer rapidement les interventions dont il a besoin dans le cadre du plan de soins élaboré avec le patient. Les professionnels qui animent ces activités vont acquérir une expertise dans l'animation et ainsi offrir aux patients des prestations dispensées par les meilleurs spécialistes de l'équipe. La mise en place d'un programme groupal est également un défi important pour les cadres qui vont devoir coordonner les prestations, déterminer les interventions à offrir en fonction des problèmes cliniques des patients et ajuster continuellement le menu des activités thérapeutiques. Il leur faudra aussi proposer des formations et des supervisions aux responsables d'activités afin de maintenir à jour régulièrement leurs compétences.

Les groupes peuvent être directement centrés sur les objectifs personnels de chaque participant, comme cela est possible dans un groupe d'entraînement des habiletés sociales ou de résolution de problèmes. Une autre organisation consiste à offrir des séances successives mais indépendantes données par cycle. Ainsi les participants peuvent accéder au groupe à n'importe quelle séance. Par exemple, pour un groupe qui a un cycle de 6 séances, le patient peut

l'intégrer à la séance 5 et donc quitter le groupe au cycle suivant après la séance 4. Il est également essentiel de construire une équipe solide et stable qui permette à chaque professionnel d'apporter sa contribution et de reconnaître celle des autres. Cette interdisciplinarité est fondamentale car elle permet de résoudre plus facilement les cas complexes qui se posent actuellement en psychiatrie, notamment dans l'intrication des problèmes sociaux et sanitaires. Il faut également s'assurer que l'administration et la logistique du système sont au service du « *core business* » (le cœur de l'activité) et non l'inverse. C'est un risque fréquent pour le service public qui n'est pas soumis aux feed-back rapides du « marché » quand il perd de vue sa mission première.

• Le niveau personnel

Chaque professionnel doit apporter à ses collègues ses compétences spécifiques et intégrer les nouveaux savoirs. Par exemple, il est aujourd'hui essentiel de savoir conduire un entretien de motivation ou d'animer un groupe d'entraînement des habiletés sociales. Il est également important de connaître les étapes du processus de rétablissement ou les biais cognitifs qui contribuent aux idées délirantes. Les professionnels ont donc également la responsabilité

Tableau 1 : Exemple d'un programme d'activités psychoéducatives et réadaptatives

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Matin	Réalisation personnelle : un groupe d'entraînement des habiletés sociales pour améliorer le fonctionnement interpersonnel	Pleins pouvoirs : un groupe pour soutenir le rétablissement de la schizophrénie		Entraînement des habiletés métacognitives pour prendre conscience des biais cognitifs à l'origine des idées délirantes (10)	Faire face à la dépression
Après-midi	Michael's game : un jeu pour entraîner le raisonnement par hypothèses (11)	Apprendre à utiliser les ressources de la communauté	Psychose et cannabis : un groupe pour augmenter l'ambivalence par rapport au cannabis (13)	Apple Pie : un programme pour lutter contre la prise de poids sous neuroleptique	Groupe relaxation pour apprendre à se détendre et réduire l'anxiété
Soir		Soutien à l'emploi : un groupe pour résoudre les problèmes sur la place de travail.		Profamille : un groupe pour former les proches à faire face à la schizophrénie	

individuelle de mettre à jour leurs connaissances (*).

■ L'histoire de Frédéric

L'exemple suivant résume le processus de réadaptation d'un patient avec le recours à différentes activités psychoéducatives.

- Frédéric a 26 ans. Il présente un diagnostic de schizophrénie paranoïde, une dépendance au cannabis et un trouble anxieux de type agoraphobie avec attaques de panique. Son médecin fait appel à l'unité de réhabilitation car Frédéric ne sort plus de chez lui et passe sa journée à consommer du cannabis. La première intervention consiste à le rencontrer à son domicile afin d'établir un plan de soins. Après plusieurs visites, il apparaît que l'agoraphobie avec attaques de panique doit être abordée en priorité puisqu'elle limite la mobilité de Frédéric et son accès aux soins.

- Dans un premier temps, le médecin prescrit un traitement antidépresseur et une intervention infirmière cognitivo-comportementale afin que Frédéric puisse sortir de chez lui. L'intervention de l'infirmier consiste à expliquer le processus anxieux de l'attaque de panique et à enseigner des techniques de relaxation et de respiration pour aider Frédéric à prendre le contrôle sur ses réactions neurovégétatives. Ensuite, l'infirmier va conduire le patient à s'exposer à des situations de plus en plus difficiles.

- Au bout de quatre mois, Frédéric retrouve une certaine autonomie dans ses déplacements et peut accéder seul aux différents services psychiatriques de la région. En accord, avec son médecin qui va terminer son internat, l'infirmier va devenir le « case-manager » du patient, c'est-à-dire, la personne qui coordonne les interventions nécessaires au rétablissement du patient. Ce travail de coordination se fait dans un esprit de collaboration étroite avec Frédéric. L'infirmier estime que sa consommation de cannabis (8 à 12 joints par jour) est trop élevée et qu'elle l'empêche de s'engager dans une vie plus productive. De son côté, Frédéric trouve que le cannabis le relaxe et il ne voit pas de raison de changer sa consommation. Toutefois, il écoute les informations concernant les effets du cannabis sur les

© Art-Peak, Rugdott (Mont-Beetz/Tract (Définition du pouvoir), 1974, Résine synthétique sur toile, 205 x 205 cm, collection particulière.



symptômes psychotiques, bien qu'il les juge partiales et orientées.

- L'infirmier l'invite à participer aux trois séances d'un groupe « *psychose et cannabis* » qui a pour but de créer ou d'augmenter l'ambivalence autour de la consommation de cannabis. Il est basé sur les principes de l'entretien de motivation. Une première séance met en scène un grand débat entre les opposants et les partisans du cannabis. La seconde séance simule le procès du cannabis. Les patients prennent le rôle de témoin et de jury. Durant la troisième séance, les patients se choisissent à tour de rôle un ange et un

démon qui vont les conseiller lorsqu'ils seront tentés par le cannabis. L'ambiance de ces séances est détendue et amusante. Frédéric participe à deux cycles de groupe. S'il se montre un farouche défenseur et partisan du cannabis dans le premier cycle, il demande à prendre le rôle d'opposant au cannabis dans le second cycle.

- Pendant cette période de six mois, il commence à questionner son infirmier sur la schizophrénie et à parler de ses expériences antérieures à la maladie. Il aborde sa peur des traitements forcés qu'il a subi à plusieurs reprises à l'hôpital psychiatrique. Frédéric pense que la maladie



va le priver d'une vie normale et exprime à plusieurs reprises un sentiment d'injustice et de colère. Il a fait son premier épisode psychotique à la fin de ses études d'informatique et n'a jamais pu les reprendre. Il a également été un bon guitariste de jazz mais ne joue plus qu'occasionnellement, tout seul. C'est l'occasion de lui expliquer que la schizophrénie ce n'est pas forcément « la fin du monde » et de lui parler de personnes ayant réussi à mener une vie riche et pleine malgré la maladie. Frédéric participe aux quelques séances d'un groupe qui permet de normaliser les symptômes psychotiques et de discuter du vécu des traitements. Il exprime aussi

son agacement par rapport aux réactions d'inquiétude de sa famille. Dans le même temps, Frédéric est vu à plusieurs reprises avec sa sœur et sa mère afin que la famille puisse clarifier ses connaissances au sujet de la maladie et du traitement. C'est l'occasion de travailler sur la culpabilité de la mère par rapport à son fils et de réduire aussi son désarroi.

- **Frédéric exprime le désir d'avoir une activité une demi-journée par semaine.** Toutefois, après la visite d'un atelier protégé, il ne se voit pas faire de la mise sous plis ou des travaux manuels. Dans le cadre d'un projet de film sur l'unité de réhabilitation, nous lui proposons de réaliser des prises de vue de l'unité, ce qui va l'occuper pendant plusieurs semaines. Il compose également une petite musique pour le générique du film. Son passage dans les ateliers protégés lui permet de rencontrer d'autres patients qui ont des projets plus avancés que lui. Il commence à réduire notablement sa consommation de cannabis tout en disant qu'il pense en avoir toujours besoin. Au fur et à mesure qu'il reprend confiance dans ses capacités, il s'engage dans de nouvelles activités. Comme c'est un bon joueur d'échecs et qu'il voudrait mettre en œuvre un projet

par lui-même, son infirmier lui suggère d'organiser un club d'échecs. Il parvient au bout de quelques semaines à réunir 4 à 5 participants réguliers. L'infirmier l'aide à s'organiser, à élaborer des affiches, à négocier un lieu et un horaire qui n'interfère pas avec les autres activités du programme.

- **Avec ces petites « réussites », Frédéric commence à retrouver de l'espoir** et exprime l'envie de refonder un petit groupe de musique. C'est l'occasion de lui proposer un groupe d'entraînement des habiletés sociales pour qu'il puisse préparer sa candidature à un stage d'informaticien dans une *hot-line* et s'inscrire dans une école de musique pour reprendre activement la guitare. Après une dizaine de séances d'entraînement, Frédéric est inscrit à l'école de musique et parvient à négocier un stage bénévole dans une *hot-line*. Dès le début du stage, il limite sa consommation de cannabis aux week-ends. Durant le semestre qui suit, l'entraînement des habiletés sociales est centré sur les relations avec ses collègues et ses supérieurs. Frédéric va s'entraîner à recueillir les évaluations de ses responsables sur ses performances, des conseils et des avis sur des situations problématiques, à gérer des conflits avec ses collègues, à faire part de

À voir... À voir... À voir... À voir... À voir...

• R. Penck, au Musée d'Art Moderne de Paris



Le Musée d'Art moderne de la Ville de Paris présente en association avec la Schirn Kunsthalle à Francfort et la Kunshalle à Kiel, une exposition de l'œuvre de A.R. Penck (né en 1939 à Dresde), un des artistes majeurs de la scène artistique européenne, qui écrivait en 1981, « *J'envisage toujours mon travail comme une recherche visuelle. L'expérience majeure : la contemplation d'un tableau par un spectateur* ». Peintre, sculpteur, mais aussi théoricien et musicien, A.R. Penck quitte définitivement l'Allemagne de l'Est en août 1980. Son oeuvre témoigne de la division de l'Allemagne et fait écho aux contradictions entre les systèmes politiques de l'Est et de l'Ouest. Il en résulte une peinture expressive où personnages abstraits, signes, pictogrammes constituent un vocabulaire universel dans lequel préhistoire et histoire contemporaine se mêlent à la science moderne. L'artiste aborde ainsi les thèmes de la communication, de la relation entre l'individu et la société comme en attestent les œuvres reproduites dans ces deux articles et sur notre couverture. L'exposition réunit un ensemble exceptionnel de 120 peintures de grands formats, d'œuvres sur papier, de sculptures, d'objets, de pochettes de disques et de livres d'artiste, produits de 1961 à 2005.

- Exposition du 14 février au 11 mai 2008, Musée d'Art Moderne de la ville de Paris, 11 Avenue du Président Wilson, 75116 Paris, ouvert du mardi au dimanche de 10h à 18h, nocturne le jeudi jusqu'à 22h ; www.mam.paris.fr

son intérêt pour le travail auprès de son responsable. Toutefois, progressivement des mouvements involontaires de la langue et de la mâchoire vont conduire à une réapparition de la symptomatologie anxieuse. Ces problèmes ne cèdent pas à une réduction du traitement neuroleptique et nécessitent un changement de traitement qui inquiète Frédéric. Il arrête alors spontanément sa consommation de cannabis pour éviter les risques d'une rechute et d'une hospitalisation. Cet arrêt est inattendu et montre que les informations transmises sur le cannabis ont été intégrées et prises en compte maintenant que Frédéric a retrouvé de l'espoir dans le futur. Les dyskinésies vont disparaître avec un traitement de clozapine et le stage va s'avérer concluant. Frédéric pourra même, cette fois, négocier un second stage payé.

■ Pour conclure

Dans la schizophrénie, les approches psychoéducatives sont primordiales pour soutenir le rétablissement. Elles doivent être parties intégrantes du traitement et exigent

des compétences professionnelles qui devraient être enseignées dans les formations de base et mise à jour régulièrement par la formation permanente. Par ailleurs, l'encadrement joue un rôle essentiel dans l'implantation de ces programmes de soins. ☀

** Pour ce qui concerne les diffuseurs de programmes de traitement, la tendance est de proposer des programmes souples, facilement accessibles et le moins chers possible, voir gratuits. La page internet suivante essaye de mettre en lien ces offres : http://homepage.hispeed.ch/Jerome_Favrod/index.html*

- 1- Gaebel W, Weinmann S, Sartorius N, Rutz W, McIntyre JS : Schizophrenia practice guidelines : international survey and comparison. *Br J Psychiatry* 2005 ; 187 : 248-55.
- 2- Carricaburu J, Aubin I, Bardoux A, Ducourant S, Finkelstein C, Golinowski A, Kapambelis V, Petitjean F, Risse M, Van Amerogen AP, Vanelle JM : Guide - Affection longue durée - Schizophrénies. Saint-Denis La Plaine, Haute Autorité de santé 2007.
- 3- Rummel-Kluge C, Pitschel-Walz G, Bauml J, Kissling W : Psychoeducation in schizophrenia—results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophr Bull* 2006 ; 32 (4) : 765-75
- 4- Latimer E : Economic considerations associated with assertive community treatment and supported employment for people with severe mental illness. *J Psychiatry Neurosci* 2005 ; 30 (5) : 355-9.

- 5- Tarrier N : Cognitive behaviour therapy for schizophrenia – a review of development, evidence and implementation. *Psychother Psychosom* 2005 ; 74 (3) : 136-44.
- 6- Liberman RP : Dissemination and adoption of social skills training : Social validation of an evidence-based treatment for the mentally disabled. *Journal of Mental Health* 2007 ; 16 (5) : 595-623.
- 7- Kowess V, Caroli F, Durocher A : Stratégies thérapeutiques à long terme des psychoses schizophréniques. Paris, Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Edition Frison-Roche, 1994.
- 8- Almond S, Knapp M, Francois C, Toumi M, Brugha T : Relapse in schizophrenia : costs, clinical outcomes and quality of life. *Br J Psychiatry* 2004 ; 184 : 346-51.
- 9- Bauml J, Pitschel-Walz G, Volz A, Engel RR, Kessling W : Psychoeducation in schizophrenia : 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich Psychosis Information Project Study. *J Clin Psychiatry* 2007 ; 68 (6) : 854-61.
- 10- Favrod J, Conus P, Bonsack C : Innovations dans les psychoses persistantes. *Santé mentale* 2007 (123) : 48-51.
- 11- Khazaal Y, Favrod J, Libbrecht J, Finot SC, Azoulay S, Benzakin L, Oury-Delamotte M, Follack C, Pomini V : A card game for the treatment of delusional ideas : a naturalistic pilot trial. *BMC Psychiatry* 2006 ; 6:48.
- 12- Bonsack C, Montagrin Y, Favrod J, Gibellini S, P. C : Une intervention motivationnelle pour les consommateurs de cannabis souffrant de psychose. *Encéphale* 2007 ; 33 (5) : 819-826.
- 13- Khazaal Y, Fresard E, Rabia S, Chatton A, Rothen S, Pomini V, Grasset F, Borgeat F, Zullino D : Cognitive behavioural therapy for weight gain associated with antipsychotic drugs. *Schizophr Res* 2007 ; 91(1-3):169-77.

Stratégies pour contourner les obstacles à la dissémination de nouveaux traitements

Obstacles	Stratégies
• Méconnaissance et manque d'intérêt des pouvoirs et des administrations publics.	- Interventions dans les médias. - Soutien aux associations de patients et de familles. - Invitation des autorités aux conférences. - Développer les études sur l'impact économique des traitements.
• Conflits idéologiques	- Travailler à la paix des psychothérapies en étudiant leurs complémentarités et en distinguant leurs cibles. - Éviter d'envenimer les conflits verbaux et appliquer concrètement les interventions pour démontrer leurs intérêts : « <i>Laissons dire et faisons bien</i> »...
• Méconnaissance des traitements dans les équipes.	- Assurer la formation de base et continue des professionnels de la santé et du social. - Établir des liens entre les cliniciens et les centres de formation pré et post-gradué. - Offrir aux cliniciens leaders des charges d'enseignement. - Favoriser la diffusion des résultats de recherche dans les revues professionnelles. - Intégrer les données sur l'efficacité des traitements psychosociaux dans les écoles de cadres de santé, du social et de l'administration.
• Organisation des soins	- Valoriser l'activité clinique plutôt que le travail administratif. - Procéder par adaptations : intégrer les nouvelles approches dans l'existant progressivement, étape par étape plutôt que de proposer des changements radicaux. - Stabiliser les professionnels qui s'impliquent. - Soutenir le moral de l'équipe. - Offrir des promotions sur le plan clinique plutôt qu'administrative.
• Facteur humain	Il est important de se rappeler la loi du mathématicien et philosophe américain Douglas Hofstadter : <i>Ça prend toujours plus de temps qu'on ne le pense, même en tenant compte de la loi de Hofstadter</i> »...