



■ 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

Qu'est-ce que la psychoédu c

La psychoéducation n'est pas une simple transmission d'information. Elle doit être accompagnée d'un travail pédagogique, psychologique et comportemental.

La psychoéducation (PE) a été définie comme une intervention didactique et psychothérapeutique systématique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face. Dans le domaine de la schizophrénie ce sont Anderson et al. (1) en 1980 qui ont utilisé le terme de psychoéducatif (*psychoeducational*) pour la première fois afin de distinguer leur approche familiale, centrée sur le partage d'information et la reconnaissance d'un trouble psychiatrique,

des approches systémiques traditionnelles qui avaient tendance à considérer le patient comme « symptôme » d'un dysfonctionnement familial. Goldman en 1988 (2) va proposer une définition de la PE comme étant un processus de formation d'une personne souffrant d'un trouble psychiatrique dans des domaines qui visent le traitement et la réadaptation, comme par exemple le fait de favoriser l'acceptation de la maladie, de promouvoir la coopération active au traitement et à la réadaptation, de développer des capacités qui permettent de compenser les

déficits causés par le trouble. Le concept « d'enseignement thérapeutique » du patient est également utilisé (en France on parle plutôt « d'éducation thérapeutique »).

■ Pas seulement une transmission d'informations...

La PE ne peut se concevoir comme une simple transmission d'informations et ce, pour différentes raisons :

- les informations sur la schizophrénie ne sont pas anodines. Elles ont un impact majeur sur l'avenir de la personne et nécessitent toute une série d'ajustements au niveau psychologique et émotionnel ;
- les médias véhiculent des images qui conduisent à une représentation catastrophique de la maladie, celle-ci étant souvent caricaturée à l'extrême. Dans ce contexte,

Tableau : A.R. Penck, *Westen/Ouest*, 1980, acrylique sur toile, 250 x 400 cm, Tate, Londres



u cation ?

les cliniciens ont du mal à faire passer des informations moins dramatiques ;

- l'assimilation d'information ne conduit pas forcément le patient à un changement de conception du trouble. Il peut simplement l'intégrer dans sa représentation préexistante de la maladie. Par exemple, alors qu'on demande à un patient qui a reçu plusieurs séances d'information sur la maladie, « *qu'est-ce que la schizophrénie pour vous ?* », il répond : « *c'est un dédoublement de la personnalité, mais mon médecin a dû se tromper car je n'ai jamais eu ça* ». Il est donc essentiel de savoir quelle est la conception que le patient a de sa maladie avant de lui donner de l'information. Le but est de lui permettre de développer une théorie qui l'aide à prendre les meilleures décisions possibles pour améliorer son pronostic ;

- l'acquisition d'information n'est souvent pas suffisante pour conduire à un changement de comportement. Pour preuve, le faible impact des campagnes de prévention qui n'utilisent que la transmission d'information. Il est donc nécessaire de préparer le changement d'un point de vue psychologique et d'enseigner les comportements nécessaires pour s'y adapter ;

- de façon générale pour la plupart des maladies graves, le processus de rétablissement (cf. *lexique*) est largement moins étudié que le processus morbide. Les professionnels ont donc souvent moins de connaissances sur ce qui permet de guérir ou de se rétablir que sur ce qui rend malade ou aggrave le pronostic ;

- enfin, les cliniciens qui ont par essence le « nez sur le guidon » voient régulièrement les patients qui vont le plus mal et oublient ceux qui vont mieux. Cela entraîne une vision pessimiste de la maladie et de son évolution. Ce message négatif va à l'encontre du but de la PE qui est justement de donner au patient les moyens de se rétablir. Ces différents points soulignent que la PE est une stratégie complexe qui requiert des interventions sur différents plans, notam-

ment pédagogique, émotionnel et comportemental.

■ Efficacité de la psychoéducation

La plupart des comités d'experts ou d'associations nationales qui élaborent des recommandations sur les traitements de la schizophrénie préconisent l'utilisation de la PE (3). Avant d'aller plus loin dans les clarifications, il est utile de passer en revue les résultats de l'efficacité de cette intervention.

• **Plusieurs méta-analyses ont démontré l'efficacité dans la schizophrénie d'interventions familiales qui englobent la PE, l'enseignement d'habiletés de communication et de résolution de problèmes (cf. *lexique*) (4, 5, 6, 7).** Les études montrent que ce type d'intervention améliore les connaissances sur les troubles et leur traitement, augmente l'observance au traitement et réduit les rechutes et les hospitalisations. Toutefois, la combinaison de la PE à d'autres ingrédients comme l'enseignement d'habiletés de communication et de résolution de problèmes ne permet pas de savoir quelle est la contri-

Lexique

• Rétablissement

La notion de rétablissement se réfère au fait de pouvoir mener une vie pleine et significative, d'une identité positive fondée sur l'espoir et l'auto-détermination. C'est un peu comme si la personne se rétablissait de la « catastrophe psychologique » de la maladie. Le modèle du rétablissement est construit sur l'étude des témoignages des personnes qui se sont rétablies de maladies psychiatriques sévères. Il reste silencieux sur le fait que la maladie est toujours active ou pas. Il n'est pas lié à une théorie causale de la maladie mentale. Il n'est pas spécifique à la schizophrénie, mais considère les patients comme des personnes normales qui se débattent avec une maladie sévère.

• Habiletés de communication

Il s'agit de techniques de communication qui permettent de s'écouter et d'exprimer ses émotions positives et négatives en réduisant l'impact du stress sur soi-même et sur autrui.

• Habileté de résolution de problèmes

Il s'agit d'une méthode qui permet d'identifier les problèmes, de les définir, de trouver des solutions et d'évaluer leurs avantages et leurs inconvénients afin de pouvoir s'orienter au mieux.

• Remédiation cognitive

Il s'agit d'une méthode qui vise à entraîner directement les fonctions neuropsychologiques déficitaires dans la schizophrénie comme la mémoire verbale, l'attention, les capacités de planification et d'inhibition...

bution spécifique de celle-ci sur le pronostic des patients.

• **En ce qui concerne la PE centrée sur le patient**, nous disposons malheureusement de moins d'études. Merinder (8) a passé en revue sept études à répartition aléatoire. La plupart rapportent un effet significatif de la PE sur l'amélioration des connaissances des patients, toutefois les effets sur l'observance et le taux de rechute sont nettement moins marqués. La première méta-analyse publiée (9) des effets de la PE centrée sur les patients sans les proches, montre un effet modéré sur le

taux de rechute, un effet faible sur l'acquisition de connaissances et aucun effet sur la symptomatologie, le fonctionnement et l'observance médicamenteuse. L'effet sur le taux de rechute est maintenu à douze mois de suivi. Dans cette méta-analyse ne sont incluses que les études contrôlées sur des interventions qui visent à transmettre des informations sur la maladie et son traitement, sans être forcément accompagné par une intervention comportementale. En comparaison, la PE centrée sur la famille est nettement plus efficace. Une autre revue de la littérature montre clairement que les interventions psychoéducatives qui

ne comprennent pas l'acquisition de nouvelles habiletés, la prise en compte de stratégies qui facilitent le changement et des services de soutien dans la communauté ne sont pas efficaces sur l'observance du traitement (10).

• **Par ailleurs, il existe peu d'études qualitatives sur les groupes de PE évalués à partir du point de vue des patients.** Une étude de Sibitz et al. (11) montre que les participants soulignent l'importance de l'information reçue et le fait de pouvoir échanger avec d'autres personnes souffrant du même trouble. Selon cette même étude, les

Tableau 1 : Aspects de la psychoéducation

L'objectif de la PE est d'enseigner aux patients les connaissances et les compétences pour qu'ils puissent collaborer activement à leur réadaptation ou leur rétablissement. Le tableau ci-dessous liste certaines cibles de la PE sur les plans des connaissances à maîtriser, des émotions à dépasser et des comportements à acquérir.

	Connaissances	Émotions	Comportements
Cibles de la psychoéducation	• La schizophrénie, signes et symptômes. • Le modèle du stress et de la vulnérabilité, les facteurs protecteurs et les facteurs aggravants. • Les traitements médicamenteux et psychosociaux • Pronostic et évolution. • Prévention des rechutes. • Les services à disposition.	• Dénier du trouble psychiatrique • Révolte et colère contre la maladie ou le système de soins. • Désespoir et découragement. • Résignation.	• Gérer son traitement. • Négocier les problèmes avec les professionnels de la santé. • Identifier les signaux d'alarme d'une rechute. • Faire appel aux professionnels. • Contrôler les symptômes persistants • Utiliser les ressources de la communauté. • Faire face à la discrimination sociale.
Stratégies d'intervention	• Identifier les conceptions que les participants ont de la schizophrénie. • Fournir des informations neutres et objectives basées sur les connaissances scientifiques et vérifier comment les participants les intègrent.	• Évaluer les réactions émotionnelles des participants. • Insuffler de l'espoir. • Normaliser les symptômes afin que les participants puissent les accepter. • Écouter et soutenir pour dépasser les réactions émotionnelles négatives.	• Évaluer les habiletés cognitives et comportementales des participants • Entraîner les habiletés spécifiques que l'on doit maîtriser lorsqu'on souffre d'une schizophrénie.
Exemples	• Les médicaments permettent de réduire le risque de rechute. • La schizophrénie réagit au stress qu'il soit aigu ou ambiant. • Vingt ans après le début de la maladie, 50 % des patients n'ont plus besoin de prendre des médicaments. • La consommation régulière de cannabis augmente le risque de rechute même avec un traitement régulier.	• « <i>Ne laissez jamais un diagnostic vous empêcher d'avoir une vie riche et pleine</i> ». • Les symptômes psychotiques sont une réaction normale du système nerveux. La schizophrénie augmente la vulnérabilité à ces symptômes. • On ne peut pas être schizophrène, c'est une erreur médicale. En revanche, il est possible d'avoir une schizophrénie.	• Remettre à sa place quelqu'un qui serait condescendant ou méprisant à l'égard du trouble psychiatrique. • Décrire un effet secondaire de son traitement à son psychiatre et lui demander d'améliorer la situation. • Refuser un joint avec élégance.



patients rappellent qu'une atmosphère de groupe sympathique et la présence stable des cliniciens sont des déterminants importants pour la réussite de la PE.

- **Finalement, les études conduites dans le monde francophone** ont essentiellement utilisé des programmes comprenant des interventions psychoéducatives intégrant l'entraînement des habiletés sociales (12, 13, 14).

■ Pour l'efficacité de la psychoéducation

Pourquoi les effets de la PE sont-ils supérieurs lorsque l'intervention est proposée aussi à la famille et non pas seulement au patient ? La plupart des interventions centrées sur la famille incluent l'enseignement de communication. Il est en effet probable que les membres de la famille, en rappelant régulièrement l'information au patient, soutiennent l'intégration des connaissances dans la vie de tous les jours. Le travail avec la famille oblige également à prendre davantage en compte les émotions exprimées plus vivement que dans un groupe de patients.

La plupart des programmes de PE pour les familles visent à réduire ce que l'on appelle les émotions exprimées et notamment les plus délétères, c'est-à-dire les

critiques à l'égard du patient et la surimplication émotionnelle. Il s'agit-là d'émotions normales que de nombreux parents éprouvent lorsqu'ils réalisent que leur proche va être limité par une maladie invalidante. On observe également ce type de réaction dans le diabète, les troubles bipolaires ou l'anorexie. Les critiques sont le plus souvent associées à la difficulté de distinguer les signes de la maladie des comportements attribués à la personne. Par exemple, un parent peut interpréter l'apathie du patient comme étant de la paresse. La surimplication émotionnelle est pour sa part davantage associée à la culpabilité de ne pas avoir donné toutes les chances à son enfant. Une façon rapide de soulager cette émotion est de surprotéger la personne malade des dangers potentiels de la vie normale. Dans la psychoéducation avec seulement les patients ces variables ne sont pas directement prises en compte, ce qui expliquerait pourquoi ce type d'intervention est moins efficace n'étant pas accompagné d'une réduction du stress.

Toutefois, de nombreux patients ne vivent pas avec leur famille et il n'est pas toujours facile de proposer des séances de PE compatibles avec les horaires des proches. Il est donc important d'améliorer la PE centrée seulement sur les patients.

■ Pour transmettre les informations

La plupart des programmes de PE proposent les informations mais donnent relativement peu de conseils pédagogiques sur la façon de les enseigner. D'une part, les personnes qui souffrent de schizophrénie présentent souvent des déficits sur le plan neuropsychologique (14). D'autre part, différents modes d'adaptation (*coping*) aux troubles ont été identifiés, associés ou non à des déficits cognitifs ou à des traits de personnalité (16). Les déficits neuropsychologiques peuvent expliquer pourquoi les patients ont de la difficulté à mémoriser les informations, à être attentifs ou à organiser et à utiliser les informations fournies. Ces déficits, même s'ils sont fréquents, ne sont pas pour autant homogènes. Un patient peut avoir une mémoire préservée et des troubles de l'attention ; un autre peut présenter une excellente attention mais une difficulté à utiliser les informations apprises si le contexte change. Dans ce cadre, il est possible, soit d'utiliser des méthodes de remédiation cognitive (*cf. lexique*), soit des méthodes pédagogiques qui contournent les déficits neuropsychologiques ou s'appuient sur les fonctions cognitives davantage préservées. Le tableau 2 (*cf. p. suivante*) présente une série de méthodes pédagogiques qui permettent de prendre en

compte ces déficits. (Lire les articles de Nicolas Franck et d'Alain Cochet dans ce numéro pour plus d'information sur les déficits neuropsychologiques et la remédiation cognitive).

Dans le domaine de la schizophrénie, deux catégories de mécanismes d'adaptation dans le rétablissement ont été décrites par McGlashan et al.(17). Le style de rétablissement « intégratif » se caractérise par la prise en considération et la curiosité du patient à propos de la psychose et par la mise en place d'actions tendant à gérer la maladie. À l'opposé, le style de rétablissement « d'évitement » (*sealing over*) consiste en un évitement cognitif et comportemental du diagnostic et de l'expérience de psychose. L'étude de ces mécanismes d'adaptation ou de *coping* montre que les personnes souffrant de schizophrénie, indépendamment de leurs traits de personnalité, utilisent davantage de mécanismes d'évitement plutôt que des stratégies de résolution de problèmes et de recherche de soutien social.

Ces mécanismes sont aussi influencés par les traits de personnalité préexistants (16). Selon Tait et al. (18), le style d'adaptation prédit mieux l'engagement dans les soins que la prise de conscience des troubles. Au niveau pédagogique, il faudra donc éviter de confronter trop directement les patients et transmettre les informations de façon pro-

gressive en respectant les mécanismes d'adaptation des patients. Pour les patients qui recourent à l'évitement, il sera utile de connaître les représentations que les patients se font de la maladie et du traitement avant de les engager dans la PE.

■ Pour dépasser les problèmes émotionnels

Accepter le fait de souffrir d'une maladie comme la schizophrénie, puis acquérir les outils émotionnels et cognitifs pour la gérer, est un processus en plusieurs étapes. Du point de vue interne à la personne en souffrance, elles peuvent être qualifiées d'étapes de rétablissement (19) ou, dans une perspective thérapeutique, d'étapes de changement (20). Cette conceptualisation implique que les objectifs d'intervention soient adaptés aux stades de rétablissement dans lequel se trouve la personne (cf. tableau 3). L'engagement dans les soins et la construction de la définition du problème par le patient constituent en particulier une étape initiale souvent négligée, non seulement dans les troubles psychiatriques, mais aussi dans les maladies somatiques telles que le diabète (21). Dans la schizophrénie, le processus est particulièrement douloureux. Il est pénible de reconnaître et d'accepter que la vie va être plus rude et compliquée car il s'agit d'une maladie com-

plexe qui fait l'objet de représentations caricaturales. Généralement, la schizophrénie est perçue par la société comme définitive et conduisant à des comportements inexplicables, imprévisibles et dangereux. Il est donc non seulement difficile d'accepter de souffrir d'une maladie potentiellement invalidante, mais il faut aussi admettre le regard négatif des autres.

Une stratégie importante est de normaliser les symptômes psychotiques. Il s'agit d'expliquer que les symptômes psychotiques sont une réaction normale du système nerveux qui peut arriver chez n'importe qui, dans des conditions de stress extrême, par exemple en cas de privation de sommeil ou d'isolement sensoriel. Dans la schizophrénie, c'est la vulnérabilité à développer ces symptômes qui est augmentée. Cette stratégie est essentielle pour montrer, par exemple, que la psychose n'est par un phénomène qualitativement différent de la normalité auquel il est impossible de s'identifier.

La normalisation des symptômes psychotiques est donc utile pour favoriser les premiers pas vers l'acceptation de la maladie. Il est ensuite important d'apprendre, notamment pour les patients qui présentent des symptômes persistants, des techniques qui permettent de les contrôler (22). Les interventions cognitives et comportementales

Tableau 2 : Contourner les déficits neuropsychologiques

Déficits	Méthodes pédagogiques
- Déficiences de la mémoire	• Vérifier par des questions que le patient a enregistré l'information. • Demander au patient d'utiliser ses propres mots plutôt que d'apprendre des nouveaux mots compliqués. • Réduire au maximum les erreurs durant l'apprentissage. (Éviter l'apprentissage par essais et erreurs car la personne ne pourra pas distinguer les essais des erreurs dans ses souvenirs.) • Augmenter les modalités sensorielles (image, écrit, oral, vidéo, etc.) • Utiliser des exercices pratiques ou des jeux de rôle. • Répéter l'information à différents moments et dans différents contextes.
- Déficiences de l'attention	• Réduire les distractions (bruits parasites, stimulations externes.) • Utiliser des méthodes multimédias (vidéo, tableaux et parole.) • Répéter l'information. • Présenter les informations progressivement, les unes après les autres. • Éviter de présenter les informations de façon désorganisée. • Réduire la durée d'apprentissage.
- Déficiences de planification et de prise en compte des changements dans le contexte	• Enseigner une méthode de résolution de problèmes. • Utiliser des fiches de procédure. • Inviter les patients à définir les étapes à court terme pour atteindre un objectif à long terme.

pour les symptômes psychotiques sont essentielles pour les patients qui nient le fait d'être malade ou sont invalidés par des symptômes psychotiques persistants. Des services de suivi intensif dans le milieu peuvent également être nécessaires pour conduire les patients difficiles à atteindre (23) dans le système de soins.

Les approches psychoéducatives doivent également proposer des cibles claires aux patients concernant les objectifs des traitements. Pour de nombreux professionnels, le but des traitements de la schizophrénie est le contrôle des symptômes, ce qui peut paraître insuffisant et désespérant pour des patients qui veulent faire leur vie « comme tout le monde ». Les interventions de réadaptation doivent pouvoir répondre à ce souci légitime. Il est donc essentiel lorsque l'on dispense de la PE d'offrir les services et les traitements reconnus de façon à ce que les patients ne se sentent pas « laissés de côté ». Ces interventions, selon les comités d'experts les plus indépendants, les plus

rigoureux et impliquant des usagers (3), sont aujourd'hui : le soutien aux familles, la PE, l'utilisation d'interventions cognitives et comportementales, le soutien à l'emploi et le suivi dans la communauté. La PE doit donc être intégrée à un modèle de rétablissement qui correspond au vécu des patients et donne l'espoir de vivre une vie pleine et satisfaisante (24). Le tableau 3 (*ci-dessous*) rappelle les différentes étapes du processus de rétablissement (25).

On le voit, une PE efficace entraîne de nombreux changements dans la vie des patients. Les soignants doivent donc disposer d'outil de compréhension et d'intervention, comme par exemple la maîtrise des méthodes de l'entretien de motivation (27, 31, 32, 33).

■ Pour acquérir les compétences nécessaires

L'acquisition de connaissances n'est donc pas suffisante pour faire face aux nombreux défis qui attendent les personnes atteintes de schizophrénie. Il leur faut développer de

nouvelles compétences cognitives et comportementales pour gérer la maladie et le traitement. Actuellement les programmes de PE qui sont considérés comme efficaces comprennent l'enseignement d'habiletés, comme négocier les problèmes liés au traitement avec les professionnels de la santé ou refuser un « joint » proposé par un ami. Toutefois, il est également utile d'enseigner de nombreuses habiletés comportementales pour aider les patients à répondre à des problèmes plus subtils de discrimination sociale. L'entraînement des habiletés sociales est donc un ingrédient essentiel dans la PE qui enseigne par des méthodes structurées comme le jeu de rôle, la démonstration, le *feed-back*, le renforcement, des stratégies de résolution de problème, les moyens de vivre dans la communauté.

L'entraînement des habiletés sociales est efficace probablement parce qu'il repose sur les fonctions cognitives qui sont davantage préservées dans la schizophrénie comme la mémoire procédurale. Son aspect

Tableau 3 : Étapes du processus de rétablissement

Étapes	Définitions	Interventions principales (référence en français)
Moratoire	Cette étape est caractérisée par le déni, la confusion, le désespoir, le repli.	Focalisation sur l'engagement dans les soins, normalisation des symptômes psychotiques, suivi intensif dans le milieu (26), entretien de motivation (27).
Conscience	La personne a une première lueur d'espoir dans une vie meilleure et une possibilité de rétablissement. Cela peut venir de la personne ou être déclenché par un clinicien, une personne significative ou un patient modèle. La personne peut endosser un autre rôle que celui de malade.	Construction de la définition des problèmes en partant du point de vue du sujet. Psychoéducation individuelle et/ou familiale. Thérapie cognitive et comportementale des symptômes psychotiques (22).
Préparation	La personne fait l'inventaire de sa partie saine, de ses valeurs, de ses forces et de ses faiblesses. Elle apprend à gérer la maladie, à faire appel aux services disponibles, à s'impliquer dans des groupes de pairs.	Thérapie cognitive et comportementale des symptômes psychotiques (23), remédiation cognitive (28), entraînement des habiletés sociales dans le domaine de la vie domestique, loisirs, relations sociales et sentimentales (29)
Reconstruction	C'est à cette étape que le dur travail du rétablissement prend place. La personne travaille à se forger une identité positive. Elle établit et avance vers des buts personnels importants. C'est une prise de responsabilité dans la gestion de la maladie et une prise de contrôle sur sa vie. Il y a une prise de risques, des échecs et des essais.	Soutien à l'emploi (30), emplois transitionnels, soutien aux études.
Croissance	La personne n'est pas forcément libre de symptômes mais sait comment gérer la maladie et rester bien. Elle a confiance dans ses capacités et maintient une vision positive. La personne est tournée vers le futur. Elle se sent transformée positivement par l'expérience de la maladie comme si celle-ci lui avait appris quelque chose sur elle.	

multimédia permet de contourner les déficits de l'attention et l'utilisation d'une méthode de résolution de problèmes réduit les problèmes liés à la généralisation dans de nouveaux contextes. Cette approche est bien acceptée par les patients des milieux francophones (34).

■ Pour conclure

En termes de PE, la schizophrénie doit d'abord être considérée comme les autres pathologies chroniques. On y retrouve les mêmes enjeux de connaissances pour gérer sa santé de manière autonome et les mêmes difficultés d'acceptation des troubles ou d'observance du traitement. Ensuite, les aspects cognitifs et émotionnels spécifiques à la personne et aux troubles schizophréniques doivent être pris en compte afin d'assurer l'intégration de l'information.

La PE centrée sur les patients ne peut pas se satisfaire d'une simple transmission d'information et doit être accompagné d'un travail pédagogique, psychologique et comportemental pour être efficace. La PE doit également faire partie d'un ensemble de services au patient et fournie de façon intégrée et coordonnée dans une vision élargie de la psychothérapie qui inclut la remédiation cognitive, l'entraînement des habiletés sociales, les techniques de prévention des rechutes, ainsi que l'évaluation des caractéristiques de la personnalité et des mécanismes d'adaptation.

Enfin, la PE doit être appliquée au bon moment dans la perspective du rétablissement de la schizophrénie. Il est donc important pour les soignants de connaître les différentes étapes de ce processus. ☀

Pour en savoir plus sur le thème de l'éducation thérapeutique, la Haute Autorité de Santé (HAS) a édité en juin 2007 un guide méthodologique intitulé « Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques » ainsi qu'une série d'outils spécifiques à consulter sur www.has-sante.fr. Un dossier sur l'éducation thérapeutique du patient est également disponible sur le site du ministère de la santé www.sante.gouv.fr

- 1- Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients : a psycho-educational approach. *Schizophr Bull.* 1980 ; 6 (3) : 490-505.
- 2- Goldman CR. Toward a definition of psychoeducation. *Hosp Community Psychiatry.* Jun 1988 ; 39 (6) : 666-668.
- 3- Gaebl W, Weinmann S, Sartorius N, Rutz W, McIntyre JS. Schizophrenia practice guidelines : international survey and comparison. *Br J Psychiatry.* Sep 2005 ; 187 : 248-255.
- 4- Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia : conclusions from meta-analyses. *Schizophr Bull.* Oct 2006 ; 32 Suppl 1 : S64-80.
- 5- Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 (4) :

CD000088.

- 6- Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, et al. Psychological treatments in schizophrenia : I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med.* Jul 2002 ; 32 (5) : 763-782.
- 7- Pitschel-Walz G, Leucht S, Bauml J, Kissling W, Engel RR. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia - a meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2001 ; 27 (1) : 73-92.
- 8- Merinder LB. Patient education in schizophrenia : a review. *Acta Psychiatr Scand.* Aug 2000 ; 102 (2) : 98-106.
- 9- Lincoln TM, Wilhelm K, Nestoruc Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders : a meta-analysis. *Schizophr Res.* Nov 2007 ; 96 (1-3) : 232-245.
- 10- Zygmunt A, Olsson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry.* Oct 2002 ; 159 (10) : 1653-1664.
- 11- Sibitz I, Amering M, Gossler R, Unger A, Katschnig H. Patients' perspectives on what works in psychoeducational groups for schizophrenia : a qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* Nov 2007 ; 42 (11) : 909-915.
- 12- Chambon O, Marie-Cardine M, Cottiaux J, Garcia JP, Favrod J, Deleu G. Impact d'un programme global d'entraînement aux habiletés sociales sur le fonctionnement social et la qualité de vie subjective de schizophrènes. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive.* 1995 (5) : 37-43.
- 13- Favrod J, Huguélet P, Chambon O. L'éducation au traitement neuroleptique peut-elle réduire les coûts ? Une étude pilote. *Encéphale.* Sep-Oct 1996 ; 22 (5) : 331-336.
- 14- Goulet J, Lalonde P, Lavoie G, Jodoin F. Effets d'une éducation au traitement neuroleptique chez des jeunes patients psychotiques. *Can J Psychiatry.* Oct 1993 ; 38 (8) : 571-573.
- 15- Fioravanti M, Carbone O, Vitale B, Cinti ME, Clare L. A meta-analysis of cognitive deficits in adults with a diagnosis of schizophrenia. *Neuropsychol Rev.* Jun 2005 ; 15 (2) : 73-95.
- 16- Lysaker PH, Bryson GJ, Marks K, Greig TC, Bell MD. Coping style in schizophrenia : associations with neurocognitive deficits and personality. *Schizophr Bull.* 2004 ; 30 (1) : 113-121.
- 17- McGlashan TH. Recovery style from mental illness and long-term outcome. *J Nerv Ment Dis.* Nov 1987 ; 175 (11) : 681-685.
- 18- Tait L, Birchwood M, Trower P. Predicting engagement with services for psychosis : insight, symptoms and recovery style. *Br J Psychiatry.* 2003 ; 182 : 123-128.
- 19- Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia : towards an empirically validated stage model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry.* Oct 2003 ; 37 (5) : 586-594.
- 20- Prochaska JO, DiClemente CC. Toward a comprehensive model of change. In : Miller WR, Heather N, eds. *Treating addictive behaviours : processes of change.* New York : Plenum ; 1986:3-27.

- 21- Peyrot M, Rubin RR. Behavioral and psychosocial interventions in diabetes : a conceptual review.[see comment]. *Diabetes Care.* Oct 2007 ; 30 (10) : 2433-2440.
- 22- Favrod J, Pomini V, Grasset F. Thérapie cognitive et comportementale pour les hallucinations auditives résistantes au traitement neuroleptique. *Rev Med Suisse Romande.* Apr 2004 ; 124 (4) : 213-216.
- 23- Bonsack C, Adam L, Haefliger T, Besson J, Conus P. Difficult-to-engage patients : a specific target for time-limited assertive outreach in a Swiss setting. *Can J Psychiatry.* Nov 2005 ; 50 (13) : 845-850.
- 24- Favrod J, Scheder D. Se rétablir de la schizophrénie : un modèle d'intervention. *Rev Med Suisse Romande.* Apr 2004 ; 124 (4) : 205-208.
- 25- Andresen R, Caputi P, Oades L. Stages of recovery instrument : development of a measure of recovery from serious mental illness. *Aust N Z J Psychiatry.* Nov-Dec 2006 ; 40 (11-12) : 972-980.
- 26- Bonsack C, Haefliger T, Cordier S, Conus P. Accès aux soins et maintien dans la communauté des personnes difficiles à engager dans un traitement psychiatrique. *Rev Med Suisse Romande.* Apr 2004 ; 124 (4) : 225-229.
- 27- 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.
- 28- Vianin P. Remédiation cognitive : une nouvelle approche pour traiter la schizophrénie. *Rev Med Suisse Romande.* Apr 2004 ; 124 (4) : 217-219.
- 29- Favrod J, Rubio F, Gigan C. Pour la reconnaissance de prestations en soins infirmiers psychiatriques. L'entraînement des habiletés sociales. *Krankenpfl Soins Infirm.* 2002 ; 95(12):66-69.
- 30- Becker DR, Bond GR, Mueser KT, Torrey WC. Le modèle Individual Placement and Support (IPS) du soutien en emploi. <http://www.espace-socrate.com/SocProAccueil/Rehabilitation.aspx?page=3>.
- 31- Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, et al. Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *Am J Psychiatry.* Oct 2001 ; 158 (10) : 1706-1713.
- 32- Graeber DA, Moyers TB, Griffith G, Guajardo E, Tonigan S. A pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *Community Ment Health J.* Jun 2003 ; 39 (3) : 189-202.
- 33- Rusch N, Corrigan PW. Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J.* Summer 2002 ; 26 (1) : 23-32.
- 34- Favrod J, McQuillan A, Pomini V, Ferrero FP. Training interpersonal problem-solving skills in French-speaking Switzerland. *International Review of Psychiatry.* 1998 ; 10:30-34.

● Psychoéducateur : un métier au Québec

La psychoéducation est née au Québec au milieu des années cinquante. La nécessité d'intervenir de façon spécifique auprès d'enfants présentant des troubles affectifs graves, d'adolescents délinquants incarcérés, jusque-là, dans les prisons d'adultes et d'enfants abandonnés en institutions a favorisé l'émergence de la psychoéducation. Le psychoéducateur joue à la fois un rôle d'intervenant auprès des personnes en difficulté et un rôle de conseil auprès des autres intervenants ou des organisations de services. Cette profession, encadrée par décret, répondant à des critères stricts de formation universitaire de 2^e cycle, possède un Ordre professionnel (Ordre des conseillers et conseillères d'orientation et des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OCCOPPQ)). Seul un membre de l'OCCOPPQ, auquel on a délivré un permis valide et qui a payé sa cotisation annuelle, peut exercer sous le titre de psychoéducateur.

• En savoir plus sur www.occoppq.qc.ca