

Psychoéducation et par

La psychoéducation doit s'adapter aux compétences du patient et à l'évolution de la maladie. Des outils psychoéducatifs peuvent être proposés à chaque étape du parcours de rétablissement.

La psychoéducation est un processus interpersonnel qui devrait permettre à la personne et à son entourage de faire face le mieux possible à la maladie et ses conséquences fonctionnelles. La psychoéducation comprend des dimensions pédagogique, psychologique et comportementale.

– La dimension pédagogique vise à enseigner les connaissances nécessaires pour gérer la maladie et le traitement.

– La dimension psychologique vise à faciliter la gestion des émotions et des croyances autour de la maladie et du traitement.

– La dimension comportementale cherche à enseigner les habiletés nécessaires pour négocier les problèmes liés au traitement avec les professionnels et à utiliser les ressources de la communauté et prévenir les rechutes.

QUELQUES PARADOXES

À un premier niveau, la psychoéducation devrait permettre de répondre à certaines questions de patients : « *Est-ce que je vais guérir ?* » ; « *Quelles sont les*

implications de la maladie et de mon traitement sur ma vie ? » ; « *Combien de temps vais-je devoir prendre ce médicament ?* » ; « *Quels sont les risques du traitement ?* » ; « *Qu'est-ce que je peux faire ?* » ; « *Puis-je prendre d'autres traitements ?* » ; « *Pourquoi je dois arrêter le cannabis ?* »... Ces questions nécessitent des réponses très complexes. Par exemple, si l'on aborde la durée du traitement, la réponse basée sur des preuves scientifiques devrait être : « *Les neuroleptiques sont très clairement plus efficaces que le placebo pour prévenir les rechutes. Toutefois, on ne sait rien sur les effets des neuroleptiques comparés au placebo après trois ans.* » (1)

De plus, il faudrait ajouter que les études randomisées à court terme sont imparfaites car elles n'incluent que 60 à 80 % des patients suivis dans notre système de traitement (2) et considèrent de nombreux patients présentant des symptômes psychotiques légers à modérés comme étant en rémission (3).

Il est également difficile d'expliquer les bénéfices à long terme des neuroleptiques à cause du paradoxe suivant : on sait que 6 à 10 mois après l'arrêt du traitement 25 à 55 % des patients rechutent (4, 5). Par la suite, le taux de rechute est considérablement réduit chez ceux qui n'ont pas rechuté durant cette période de 6 à 10 mois (5, 6).

De plus, les patients qui ne prennent pas de neuroleptiques durant une période prolongée ne montrent pas cette tendance à rechuter s'ils restent non traités (7, 8). La médecine et les soins basés sur des preuves scientifiques nous

Jérôme FAVROD^{*1,2},
Shyhrete REXHAJ^{*1,2},
Charles BONSACK^{**1}

*Infirmiers, **Psychiatre,

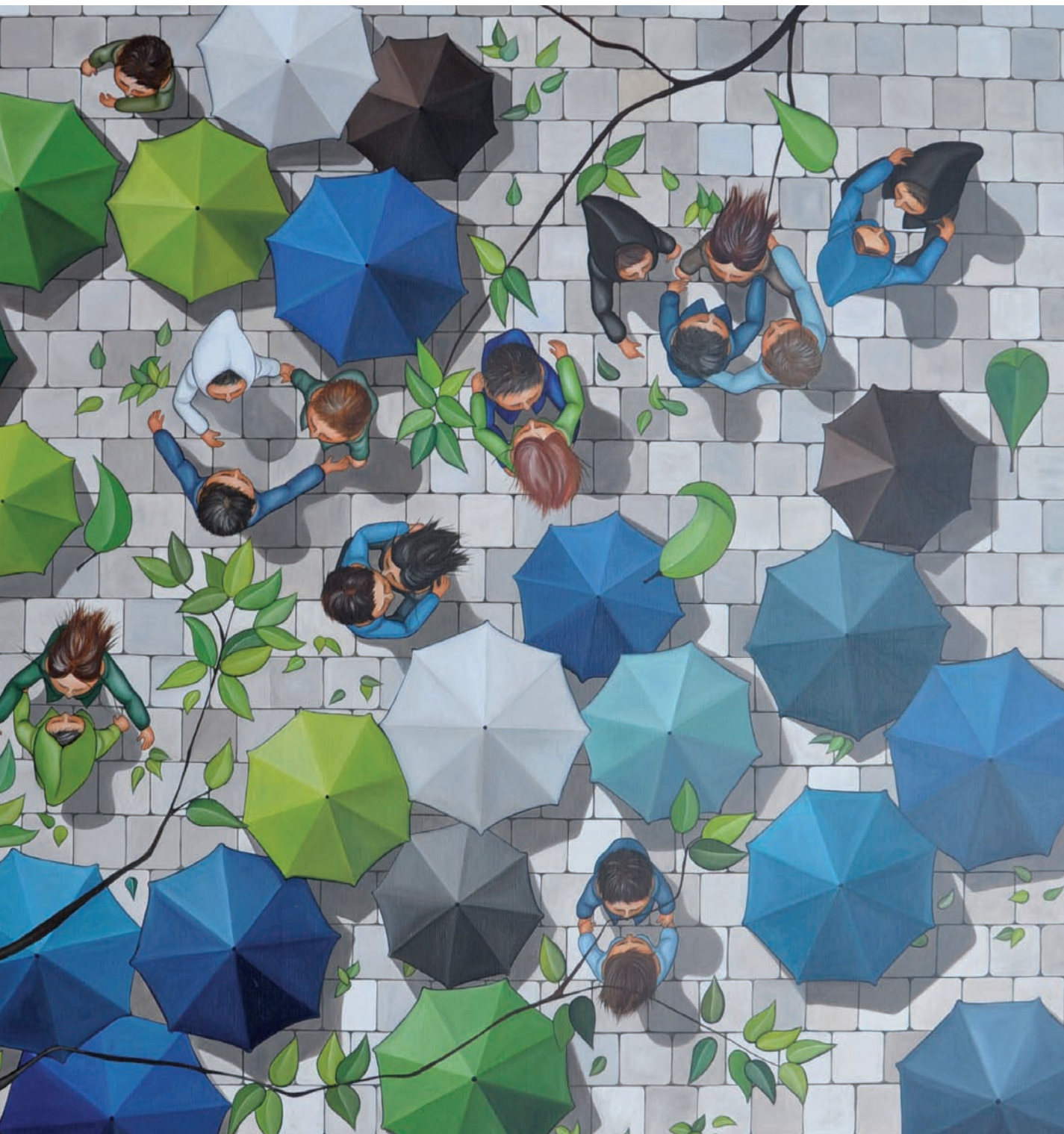
1) Service de psychiatrie communautaire, Département de psychiatrie du CHUV, Lausanne,

2) Institut et Haute École de la Santé, La Source, Lausanne.



© Perrine Vilmat.

cours de rétablissement





© Perrine Vilmot.

L'artiste : Perrine Vilmot

« Mes premières peintures vues d'en haut représentaient des parapluies. C'était plus visuel ainsi, et plus poétique aussi ! » Depuis, les séries se sont enchaînées, d'autres perspectives sont apparues, un travail sur les ombres projetées en particulier. Vu d'en haut, vu d'oiseau, le monde apparaît différent, lointain et proche à la fois... Les peintures de Perrine Vilmot décentrent le regard du spectateur, l'invitent à étudier la vie de petites créatures sous un angle original. Comme dans un ballet, ces personnages se croisent, jouent, se bousculent, s'embrassent, font leur marché... et évoquent un quotidien serein et tourbillonnant. Au milieu de la foule, éclairé par une lumière subtile et douce, surgit parfois l'individu, avec l'étrange, l'exceptionnel et le singulier qui attire notre attention et nous interroge.

Dans la série « Vies de haut », que nous reprenons en grande partie dans ce numéro, l'artiste observe, scrute, décortique les échanges, les élans, les pulsations du monde. Son œil est amusé et bienveillant, son pinceau précis et maîtrisé. Jeux de miroir, jeux de regards, sa peinture est une invitation à la recherche et au plaisir de découvrir différentes manières de regarder. Colorées, lumineuses, ses peintures à l'huile sont naïves et fraîches, aériennes et émouvantes.

Née en 1970 à Paris, Perrine Vilmot, après une formation de design industriel et de graphisme, a installé son atelier d'artiste à Bordeaux.

• En savoir plus :

– Exposition au Salon d'art contemporain ART3F, du 21 au 23 février à Nantes (parc des expositions), du 11 au 13 avril à Lyon (parc des expositions), www.art3f.fr.
– www.perrinevilmot.fr, perrine.vilmot@gmail.com

obligent donc à donner des réponses de plus en plus nuancées et complexes aux questions simples et directes des patients. La réponse doit prendre en compte le ratio risques/bénéfices et reste donc strictement individuelle.

Il est ainsi difficile de fournir des réponses simples et générales.

La question du cannabis est encore plus complexe. En effet, dans la schizophrénie, les études montrent que son usage est associé régulièrement à un meilleur fonctionnement cognitif (9, 10), suggérant que cette association est liée au fait que certains patients ne développent un épisode psychotique qu'après une exposition précoce au cannabis. Toutefois, ces patients, avec un grand potentiel de rétablissement, sont souvent considérés comme problématiques dans les services et peuvent être exclus des soins ou des études sur l'efficacité des interventions psychosociales. Alors que, dans le cadre des premiers épisodes, les résultats montrent que si les patients arrêtent de consommer du cannabis, leur pronostic sera supérieur à ceux qui n'en ont jamais consommé (11).

La psychoéducation doit trouver les moyens d'expliquer simplement ces paradoxes. C'est pourquoi le modèle des étapes du processus de rétablissement, basé sur l'expérience des personnes rétablies de maladies graves comme la schizophrénie, nous semble particulièrement utile pour placer les différentes interventions psychoéducatives dans le parcours du rétablissement.

UNE PSYCHIATRIE EN MUTATION

La question du type d'information à transmettre est également rendue plus complexe par le fait que le vécu des personnes souffrant de troubles psychiatriques a profondément changé durant les quatre dernières décennies. Les organisations de soins psychiatriques gèrent aujourd'hui simultanément trois générations de patients avec des besoins très différents (12), du fait du développement des programmes d'intervention précoce :

– une personne âgée de 20 ans souffrant d'un premier épisode psychotique a une chance sur deux de ne jamais être hospitalisée (13) et de ne pas subir les traitements contraints qui peuvent accompagner une première hospitalisation.

– Une personne entre 30 et 40 ans n'a pas vécu l'absence de loi sur la protection des libertés individuelles (a) ni éprouvé

les effets extrapyramidaux de doses massives de neuroleptiques et ses proches ont pu bénéficier de psychoéducation sur les troubles psychiatriques. Cette génération n'a probablement pas connu les hospitalisations de longue durée.

– Une personne de plus de 50 ans a vécu de longues hospitalisations, peut-être sous forme asilaire, des traitements contraignants et des effets secondaires extrapyramidaux.

Ces différentes générations cohabitent néanmoins dans les services de psychiatrie tout en éprouvant des besoins différents. L'offre doit donc évoluer pour s'adapter à des besoins nouveaux, parfois opposés à ceux de patients plus anciens. Schématiquement, les personnes issues des périodes asilaires et post-asilaires ont été forcées à la compliance aux soins par de longs séjours en institution. Elles sont devenues soumises, dépendantes et ont perdu les compétences nécessaires à leur autonomie. Des stimulations sont nécessaires pour les sortir de la passivité, mais leurs comportements défiants sont plus rares. Isolées, leurs connexions sociales sont pauvres. En revanche, leur logement et leur occupation, souvent protégés, sont stables et leur accès aux substances psychoactives reste limité.

À l'opposé, la génération des 30-40 ans a vécu des hospitalisations brèves durant lesquelles leur liberté individuelle n'a été contrainte que pour remédier à un danger imminent. Elles sont farouchement indépendantes, bien que généralement peu autonomes. Actives, elles ne nécessitent pas de stimulation, mais plutôt d'aide pour canaliser la réalisation de leurs désirs et de leurs comportements, souvent axés sur la satisfaction immédiate. Leur logement et leurs occupations sont instables. Leurs connexions sociales sont désorganisées, parfois défavorables ou proches de la délinquance, et leur accès aux substances psychoactives telles que le cannabis est aisé.

Cette nouvelle génération va nécessiter une approche proactive en extra-hospitalier beaucoup plus individualisée, dans laquelle le professionnel va les guider pour les accompagner dans leurs aspirations personnelles.

Elle nécessite de nouveaux programmes de soins comme le suivi intensif en extra-hospitalier (14), l'aide à l'emploi (15) ou au logement plutôt que des environnements protégés.

LES ÉTAPES DU RÉTABLISSEMENT

Ces dernières années, les témoignages de nombreux patients nous ont montré que l'on pouvait se rétablir de la schizophrénie (16, 17). Le modèle psychologique du rétablissement veut offrir une réponse compatible avec les croyances des personnes sur la santé. Le rétablissement psychologique se réfère à l'établissement d'une vie pleine et significative, d'une identité positive fondée sur l'espoir et l'autodétermination. La recherche a mis en évidence que le rétablissement est un processus qui évolue en différentes étapes (18) :

– **le moratoire** : la personne nie le fait de souffrir d'un trouble psychiatrique. Elle peut être révoltée, repliée, confuse ou désespérée. La personne évite le système de soins ;

– **la conscience** : la personne se dit que cela ne peut plus continuer ainsi. Le risque de suicide augmente si elle ne voit pas de solution pour d'avenir. Elle va devoir décider de faire quelque chose pour concilier son projet de vie et la gestion de la maladie ;

– **la préparation** : la personne doit se préparer à sa reconstruction, elle apprend à distinguer ce qui relève de la maladie de ce qui fait partie de sa partie saine. Elle doit apprendre à avoir le contrôle de son trouble.

– **la reconstruction** : la personne travaille à se forger une identité positive. Elle établit et avance vers des buts personnels importants en mobilisant ses ressources ;

– **la croissance** : la personne n'est pas forcément libre de symptômes, mais elle sait comment gérer la maladie. Elle a confiance en ses capacités et maintient une vision positive ; elle est tournée vers le futur. Elle se sent transformée positivement par l'expérience de la maladie, comme si cela lui avait appris quelque chose sur elle-même.

Les différentes étapes du processus de rétablissement permettent de déterminer à quel moment appliquer quelle intervention (19).

• Psychoéducation en phase de moratoire

En phase de moratoire, la personne refuse l'idée de souffrir d'un trouble psychiatrique. Pour éviter de la contraindre à l'accepter malgré tout, avec le risque de lui faire peur, l'intervention doit se centrer sur l'engagement dans le processus de soin et l'évaluation des besoins. En termes de psychoéducation, la normalisation des

symptômes psychotiques pourra être utile (20). Il s'agit d'expliquer que ces symptômes sont une réaction normale du système nerveux dans des conditions extrêmes. En effet la privation de sommeil, le confinement solitaire, la privation sensorielle, les abus sexuels dans l'enfance ou la confrontation à des stress majeurs peut provoquer des symptômes psychotiques chez n'importe qui. En présence d'une vulnérabilité à la psychose, un stress moindre peut provoquer des symptômes psychotiques. L'avantage de cette démarche est qu'elle place la psychose sur un continuum avec la normalité et évite ainsi de définir les symptômes psychotiques comme une réaction qualitativement différente de la normalité. Il peut également être utile de passer en revue les symptômes psychotiques qui peuvent survenir dans des conditions normales de la vie comme le réveil, l'endormissement ou le deuil. Cette approche réduit le risque que le patient se sente considéré comme « fou », « différent », et lui permet de s'identifier avec l'expérience psychotique.

À cette étape, la psychoéducation comprend également une dimension psychologique. Plusieurs interventions se sont développées ces dernières années pour réduire les réactions anxieuses et dépressives qui accompagnent les symptômes psychotiques, notamment la pleine conscience (21) et la thérapie focalisée sur la compassion (b) (22). En effet, la dépression et l'anxiété sont deux caractéristiques qui distinguent, à symptomatologie psychotique égale, des populations cliniques comparées à des populations qui ne recherchent pas d'aide auprès des professionnels de la santé (23). La thérapie focalisée sur la compassion repère trois systèmes de gestion des émotions (24) :

– le système de protection nous permet de détecter rapidement les menaces en activant les émotions comme la peur, la colère, le dégoût pour nous alerter et sélectionner une réponse (fuir, se figer ou frapper) ;

– le système de réalisation nous permet d'éprouver les sentiments positifs qui nous guident et nous motivent. Ces sentiments nous encouragent également à chercher des ressources qui nous permettront de nous réaliser et de prospérer ;

– le système de restauration nous apporte du réconfort et de la paix pour nous restaurer.

Au début du processus de rétablissement, les personnes avec des symptômes

psychotiques ont tendance à être suractivées au niveau de leur système de protection. Ainsi, elles recourent davantage à des comportements de recherche de sécurité (25) qui les empêchent de se réaliser et de se restaurer. La thérapie focalisée sur la compassion vise à activer ce système de restauration pour permettre au patient de prendre du recul par rapport aux menaces ressenties. Il s'agit de développer des compétences pour éprouver de la compassion pour soi et autrui.

• Psychoéducation en phase de conscience

En phase de conscience, les interventions doivent introduire de l'espoir pour permettre à la personne de se projeter dans un avenir possible. Le programme de Susan Gingerich et Kim Mueser (c) (26) nous apparaît comme un exemple emblématique d'intervention psychoéducative orienté sur le rétablissement. Il donne en effet des informations basées sur l'espoir et permet aux participants de réfléchir aux valeurs du rétablissement. Le fait que les participants choisissent le thème et les sujets de la séance suivante selon une liste de thèmes proposés augmente l'adhésion au programme et leur permet de s'approprier davantage son contenu. Ils peuvent également amener de nouvelles problématiques qui seront alors préparées par les animateurs, avec l'apport éventuel de spécialistes externes. De plus, les participants peuvent proposer leurs propres points de vue pour améliorer le programme, ajouter leur définition du rétablissement ou décrire les stratégies qui leur semblent utiles pour avancer dans le processus.

Notre expérience clinique montre par ailleurs que la participation de pairs-aidants rétablis de troubles psychiatriques sévères augmente nettement l'impact du programme.

• Psychoéducation en phase de préparation

Un des grands défis dans la phase de préparation, avec les personnes qui présentent des symptômes psychotiques, est de distinguer ce qui fait partie de la maladie de ce qui fait partie de la personne. Cette distinction est particulièrement délicate puisque les symptômes comme les idées délirantes et les hallucinations auditives verbales font partie de la maladie mais leurs contenus émanent de la personne et de son histoire.



© Perrine Vilmot.

Durant cette étape, toutes les stratégies qui permettent de réduire les symptômes psychotiques persistants ou de changer le rapport à l'expérience psychotique seront utiles.

– L'entraînement métacognitif pour les psychoses (*Metacognitive training for psychosis*, programme téléchargeable gratuitement sur uke.de/mkt) a pour but d'aider les participants à prendre conscience des biais cognitifs associés aux idées délirantes et à changer leur répertoire de résolution de problèmes interpersonnels. Il constitue une intervention efficace (27). Une étude randomisée indique que ce programme réduit les idées délirantes et que les progrès se maintiennent six mois après (27). Sa réalisation est très flexible : il peut être conduit en groupe ou individuellement et les séances sont indépendantes les unes des autres.

– Un autre programme intitulé *Michael's game*, réalisé en groupe ou individuellement, a démontré son intérêt à cette phase. Il est composé de 80 situations à partir desquelles Michael, le héros, tire des conclusions erronées ou farfelues. Les participants doivent chercher des explications alternatives. Ce programme montre une réduction des idées délirantes et de la détresse associée (28, 29). Dans la phase de préparation, il peut également être utile de mettre les patients en présence de pairs non malades, notamment pour ceux qui présentent des déficits

neuropsychologiques, interférant avec l'apprentissage. La remédiation cognitive sera dès lors une intervention utile (30-32).

• Psychoéducation en phase de reconstruction

En phase de reconstruction, la psychoéducation devra particulièrement se centrer sur l'atteinte des objectifs des patients. L'entraînement des habiletés sociales axées sur ces objectifs sera probablement utile pour apprendre les habiletés nécessaires pour développer des relations amicales et amoureuses, se chercher un logement ou entraîner les habiletés socioprofessionnelles (33).

CONCLUSION

Les interventions dans le domaine de psychoéducation doivent s'adapter aux besoins des patients, lesquels sont différents d'une étape à l'autre du processus de rétablissement. La psychoéducation doit s'utiliser en complément des traitements médicamenteux et psychosociaux validés dans la schizophrénie comme le suivi intensif dans le milieu, les psychothérapies et le soutien à l'emploi. La psychoéducation et les objectifs thérapeutiques doivent également s'adapter aux populations suivies. Elle ne doit pas se limiter aux informations nécessaires pour gérer la maladie mais soutenir la personne sur le plan psychologique et émotionnel, et enseigner les compétences

nécessaires pour gérer la maladie. Elle doit transmettre des informations basées sur des preuves scientifiques même si celles-ci sont parfois limitées et utiliser des stratégies pédagogiques qui passent par l'expérience plutôt que par la simple transmission d'informations.

a– Loi sur la santé publique (LSP) du Canton de Vaud du 29 mai 1985.

b– Développée par le Pr Paul Gilbert (université de Détroit), la Thérapie fondée sur la compassion (CFT) est une approche psychothérapique intégrée multimodale prenant en considération l'être humain de manière globale, dans toutes ses dimensions : psychique (en particulier, cognitive et émotionnelle), physique, sociale et de pleine conscience. La pleine conscience (Mindfulness), l'acceptation et la compassion constituent le cœur de cette approche qui vise à améliorer le rapport à soi et au monde. En savoir plus sur compassionatemindfoundationfrance.org

c– « The illness management and recovery program in community mental health settings » (programme de gestion de la maladie mentale et de rétablissement) élaborée par Susan Gingerich et Kim Mueser. Ce programme sera prochainement téléchargeable sur Internet.

- 1– Leucht S, Tardy M, Komossa K, Heres S, Kissling W, Davis JM : Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:CD008016.
- 2– Harrow M, Jobe TH : Does long-term treatment of schizophrenia with antipsychotic medications facilitate recovery? *Schizophr Bull* 2013;39:962-965.
- 3– Andreasen NC, Carpenter WT, Jr., Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR : Remission in schizophrenia : Proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry* 2005;162:441-449.
- 4– Gilbert PL, Harris MJ, McAdams LA, Jeste DV : Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients. A review of the literature. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:173-188.
- 5– Viguera AC, Baldessarini RJ, Hegarty JD, van Kammen DP, Tohen M : Clinical risk following abrupt and gradual withdrawal of maintenance neuroleptic treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:49-55.
- 6– Moncrieff J : Does antipsychotic withdrawal provoke psychosis? Review of the literature on rapid onset psychosis (supersensitivity psychosis) and withdrawal-related relapse. *Acta Psychiatr Scand* 2006;114:3-13.
- 7– Harrow M, Jobe TH, Faull RN : Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year longitudinal study. *Psychol Med* 2012;42:2145-2155.
- 8– Jablensky A, Sartorius N : What did the who studies really find? *Schizophr Bull* 2008;34:253-255.
- 9– Rabin RA, Zakzanis KK, George TP : The effects of cannabis use on neurocognition in schizophrenia : A meta-analysis. *Schizophr Res* 2011;128:111-116.
- 10– Yucel M, Bora E, Lubman DI, Solowij N, Brewer WJ, Cotton SM, Conus P, Takagi MJ, Fornito A, Wood SJ, McGorry PD, Pantelis C : The impact of cannabis use on cognitive functioning in patients with schizophrenia : A meta-analysis of existing findings and new data in a first-episode sample. *Schizophr Bull* 2012;38:316-330.
- 11– Lambert M, Conus P, Lubman DI, Wade D, Yuen H, Moritz S, Naber D, McGorry PD, Schimmelmann BG : The impact of substance use disorders on clinical outcome in 643 patients with first-episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2005;112:141-148.
- 12– Bonsack C, Favrod J : De la réhabilitation au rétablissement : L'expérience de lausanne. *L'information psychiatrique* 2013;89:227-232.
- 13– Baumann PS, Crespi S, Marion-Veyron R, Solida A, Thonney J, Favrod J, Bonsack C, Do KQ, Conus P : Treatment and early intervention in psychosis program (tipp-lausanne) : Implementation of an early intervention programme for psychosis in Switzerland. *Early Interv Psychiatry* 2013;7:322-328.
- 14– 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* 2005;50:845-850.
- 15– Bonsack C, Favrod J, Spagnoli D, Pomini V : De la réhabilitation au rétablissement; in Guex P, Gasser J (eds) : Pour une psychiatrie scientifique et humaniste l'école lausannoise. Genève, Editions Georg, Collection Médecine & Hygiène, 2011, pp 159-172.
- 16– Andresen R, Oades L, Caputi P : The experience of recovery from schizophrenia : Towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry* 2003;37:586-594.
- 17– Favrod J, Scheder D : Se rétablir de la schizophrénie : Un modèle d'intervention. *Rev Med Suisse Romande* 2004;124:205-208.
- 18– Andresen R, Caputi P, Oades L : Stages of recovery from serious mental illness. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:972-980.
- 19– Favrod J, Rexhaj S, Bonsack C : Le processus du rétablissement. *Santé mentale* 2012;32:37.
- 20– Kingdon DG, Turkington D : The use of cognitive behavior therapy with a normalizing rationale in schizophrenia. Preliminary report. *J Nerv Ment Dis* 1991;179:207-211.
- 21– Bardy-Linder S, Ortega D, Rexhaj S, Maire A, Bonsack C, Favrod J : Entraînement à la pleine conscience en groupe pour atténuer les symptômes psychotiques persistants. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2013;171:72-76.
- 22– Braehler C, Gumley A, Harper J, Wallace S, Norrie J, Gilbert P : Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis : Results of a feasibility randomized controlled trial. *Br J Clin Psychol* 2013;52:199-214.
- 23– Gaynor K, Ward T, Garety P, Peters E : The role of safety-seeking behaviours in maintaining threat appraisals in psychosis. *Behav Res Ther* 2013;51:75-81.
- 24– Gilbert P : Compassion focused therapy. Hove, East Sussex, Routledge, 2010.
- 25– Chaix J, Ma E, Nguyen A, Ortiz Collado MA, Rexhaj S, Favrod J : Hallucinations auditives et recherche de sécurité. *Santé mentale* 2013;40:43.
- 26– Whitley R, Gingerich S, Lutz WJ, Mueser KT : Implementing the illness management and recovery program in community mental health settings : Facilitators and barriers. *Psychiatr Serv* 2009;60:202-209.
- 27– Favrod J, Rexhaj S, Bardy S, Ferrari P, Hayoz C, Moritz S, Conus P, Bonsack C : Sustained antipsychotic effect of metacognitive training in psychosis : A randomized-controlled study. *Eur Psychiatry* 2013.
- 28– Khazaal Y, Favrod J, Azoulay S, Finot SC, Bernabotto M, Raffard S, Libbrecht J, Dieben K, Levoyer D, Pomini V : «Michael's game», a card game for the treatment of psychotic symptoms. *Patient Educ Couns* 2011;83:210-216.
- 29– 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.
- 30– Amado I, Krebs MO, Gaillard R, Olie JP, Loo H : Les principes de la remédiation cognitive dans la schizophrénie. *Bull Acad Natl Med* 2011;195:1319-1330; discussion 1330-1313.
- 31– Franck N, Duboc C, Sundby C, Amado I, Wykes T, Demily C, Launay C, Le Roy V, Bloch P, Willard D, Todd A, Petitjean F, Foullu S, Briant P, Grillon ML, Deppen P, Verdoux H, Bralet MC, Januel D, Riche B, Roy P, Vianin P : Specific vs general cognitive remediation for executive functioning in schizophrenia : A multicenter randomized trial. *Schizophr Res* 2013;147:68-74.
- 32– Vianin P : La remédiation cognitive : Une nouvelle approche pour le traitement de la schizophrénie. *Rev Med Suisse Romande* 2004;124:217-219.
- 33– Gremaud K, Millán D, Brana A, Nguyen A, Favrod J : Développer les habiletés sociales par le jeu. *Santé mentale* 2014;26:30.

Résumé : Loin d'être une simple information, la psychoéducation comporte trois dimensions : pédagogique, psychologique et comportementale. Elle doit toujours s'adapter aux besoins particuliers d'un patient et à l'évolution de sa maladie. Pour cela, le modèle du rétablissement peut servir de guide pour les interventions psychoéducatives. Les auteurs décrivent les outils disponibles à chaque étape de ce processus : le moratoire, la conscience, la préparation, la reconstruction, la croissance.

Mots-clés : Autonomie – Éducation à la santé – Expression de l'émotion – Hospitalisation psychiatrique – Information du malade – Processus – Psychiatrie – Psychoéducation – Rétablissement – Schizophrénie.