

Voir « grand », commencer « petit »

Le rétablissement, comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, c'est d'une part un phénomène individuel (chaque individu pourra définir son propre rétablissement qui différera de celui de son voisin), d'autre part un processus et non un état fini (chacun cheminera à son rythme vers son rétablissement), il n'est pas constitué que de réussites (il est courant de vivre des retours en arrière), il se réalise dans un monde dans lequel on ne contrôle pas tout et, enfin, il peut sembler vertigineusement éloigné tel un point inatteignable à l'horizon. Dans ces conditions, trouver la motivation pour tracer sa propre voie, suivre un parcours de longue haleine, ne pas se décourager face aux échecs, faire avec les obstacles que l'on rencontre et avancer coûte que coûte peut se faire instinctivement, mais gagne tout autant à être minutieusement préparé.

« Voir grand, c'est prétentieux et irréaliste ! »

Les troubles psychiques sont associés à une foule d'idées reçues, souvent aussi inexactes les unes que les autres. Parmi celles-ci, et l'histoire de la psychiatrie n'y est pas étrangère, l'idée selon laquelle les personnes concernées par des troubles psychiques seraient incapables d'atteindre des projets ambitieux ou, tout du moins, qu'elles devraient les éviter de crainte de voir des symptômes réapparaître (on dit souvent « rechuter » dans le jargon spécialisé). De nos jours, les soins et accompagnements sont, au contraire, dispensés afin de servir de supports à l'atteinte des objectifs que ces personnes se fixent et qui constituent des étapes dans leur processus de rétablissement. Ainsi, l'association d'un psychotrope à la réhabilitation psychosociale (RPS) est considérée comme la première ligne de soins pour favoriser le rétablissement selon les recommandations internationales (*National Institute for Health and Care Excellence*, 2024). Cependant, comme nous l'avons évoqué plus tôt (voir chapitre 1), l'approche en RPS est d'apparition relativement récente en France et elle reste assez mal répartie sur le territoire, malgré une volonté de déploiement de l'offre afin d'en faciliter l'accès (Lecardeur et al., 2025). Régulièrement, elle est opposée

artificiellement aux activités traditionnelles et historiques des structures, ces dernières se voyant affublées du qualificatif « occupationnelles » pour les différencier d'activités dites « thérapeutiques ». Or, le flou règne en ce qui concerne ces deux concepts. Plutôt que d'opposer théoriquement « occupationnelles » et « thérapeutiques », on devrait privilégier une analyse objective des activités et les distinguer grâce au critère de jugement « fondées ou non sur les données probantes ». En RPS, on va privilégier des activités thérapeutiques dont l'efficacité a été testée par la structure ou des professionnels ou équipes extérieurs. La philosophie que la RPS prône – accompagner la personne quels que soient les objectifs qu'elle vise – reste l'objet de débats et il n'est pas rare de relever des situations où les professionnels de santé (notamment) discréditent les projets des patients car ils les jugent irréalistes (Lecardeur & Franck, 2022 ; Rainteau, 2022). Les professionnels en RPS ne devraient pas, en « bon père de famille », cantonner la personne à des projets au rabais, soi-disant plus réalistes, ou bien socialement et contextuellement normés. Même si les projets sont grandioses, le rôle du professionnel en entretien motivationnel n'est pas de les annuler. C'est d'accompagner la personne dans son cheminement afin qu'elle effectue des choix éclairés. De plus, les professionnels qui ont trop souvent tendance à confondre les soins avec les objectifs de la personne (« les arbres qui cachent la forêt », voir chapitre 6) s'étonnent ensuite et se plaignent de leur non-observance. Pour illustrer ce point, il faut se rendre compte que participer à un programme de remédiation cognitive de la flexibilité mentale (un des instruments utilisés en RPS) n'a rien de drôle (bien que ce ne soit pas le moins drôle des programmes), même si les animateurs sont ludiques et quand bien même ces soins ont démontré leur efficacité (Lecardeur et al., 2009). Donc, accueillir une personne car elle a reçu tel diagnostic et lui dire qu'elle va participer à tel programme permettant d'améliorer telle fonction n'a rien de stimulant (sauf bien sûr si c'est une demande spécifique de la personne, et encore...). L'approche motivationnelle consiste justement à permettre à la personne de comprendre que ces soins (pas nécessairement drôles) sont des moyens temporaires pour atteindre ses objectifs. Ces solutions peuvent être identifiées puis hiérarchisées grâce à des outils comme l'échelle lausannoise d'auto-évaluation des difficultés et des besoins ou ELADEB (Bellier-Teichmann et al., 2016) et l'échelle d'auto-évaluation des ressources ou AERES (Bellier-Teichmann & Pomini, 2014), des instruments francophones dont l'utilisation tend aujourd'hui à se démocratiser. Au risque de sembler répétitif, les professionnels doivent garder à l'esprit que les échelles (surtout les hétéro-questionnaires) sont réductionnistes par essence, qu'elles ne permettent d'identifier que des moyens centrés sur des thématiques prédéfinies, qu'elles ne visent pas directement à faire évoquer les objectifs de rétablissement. La protocolisation de leur utilisation est tout à fait favorable à l'évolution des mentalités des professionnels vers la philosophie de la RPS, mais les professionnels ne doivent pas s'assujettir aux échelles qu'ils utilisent. Tout comme la RPS peut être nuisible si elle est appliquée sans réflexivité par les professionnels, les échelles peuvent « briser des rêves » si elles réduisent la personne à des moyens sans objectifs (pour reprendre l'exemple du slogan « Je suis Charlie », on pourrait dire ici « Je ne suis pas ELADEB »).



Notes pour les aidants

Vous craignez certainement que votre proche rechute, qu'il n'aille jamais mieux, qu'il reste toujours comme ça, qu'il se dégrade, qu'il ne trouve pas de ressources, qu'il demeure seul, qu'il n'arrive pas à s'en sortir quand vous serez décédé... Ces craintes sont légitimes car partagées par la majorité des proches (Harries et al., 2023). Ces inquiétudes peuvent engendrer des attitudes de surprotection, qui consistent à mettre le proche « sous cloche » de peur que tout changement déstabilise l'équilibre précaire qui s'est instauré. Pourtant, l'isolement par exemple doit être considéré comme un stresser environnemental à part entière qui pourra avoir pour conséquence une augmentation de certains symptômes (de retrait social, de persécution, d'anxiété...). Le rétablissement ne consiste pas à vivre sans symptômes dans un environnement aseptisé (sinon on ne fait que reproduire les erreurs des asiles et certaines de la psychiatrie institutionnelle). Le rétablissement est un parcours que la personne définit elle-même, dont les objectifs sont individuels et les moyens pour atteindre ces derniers choisis de manière éclairée. Plutôt que d'invalider des objectifs car ils vous paraissent irréalistes, soutenez votre proche dans son cheminement et aidez-le à surmonter de potentiels échecs.

Organiser son action

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 4, l'atomisation d'objectifs généraux (par exemple, « devenir archéologue ») en sous-objectifs atteignables (par exemple, « faire un stage ») est possible grâce à la méthode SMART (voir fiche outil 4.5). Pour formaliser et rendre plus ludique ce « saucissonnage », de nombreuses orthèses fournies par les nouvelles technologies de l'information et de la communication peuvent être utilisées à votre avantage pour soutenir le parcours de rétablissement (figure 8.1).

Elles ont pour avantage de pouvoir être utilisées en toute autonomie par votre proche. Elles permettront également de surmonter les dysfonctionnements cognitifs qui affectent la majorité des personnes concernées par des troubles psychiques (Lecardeur et al., 2023). Ainsi, les agendas natifs sur *smartphone* (mais également la version papier qui est certes plus ancienne mais tout aussi efficace) permettent de programmer et de se rappeler grâce aux alarmes (par exemple, pour se rappeler quel médicament prendre et quand, pour ne pas oublier les interlocuteurs à contacter...).



Figure 8.1. Utiliser des orthèses.

En cas de troubles mnésiques, si la personne n'est plus en mesure de mémoriser de nouvelles informations (comme dans le syndrome de Korsakoff, souvent consécutif à la surconsommation d'alcool), des tableaux blancs fixés au mur à un endroit de passage ou sur le frigidaire permettront de lister les activités à faire au quotidien. Face aux troubles des fonctions exécutives, de planification notamment, des applications (par exemple, sans ordre d'efficacité, Strides®, Clockify®...) offrent de fractionner et d'organiser en étapes les tâches, et de réaliser le suivi d'objectifs. Afin d'atteindre des objectifs, de nombreuses actions peuvent être réalisées par l'utilisateur seul, mais il peut parfois être nécessaire de travailler en collaboration (avec des proches par exemple) pour se répartir un trop grand nombre de tâches. Des applications permettent de réaliser en commun des objectifs fragmentés en sous-tâches (Trello®, Monday®...). La bonne vieille méthode de la frise chronologique que nous avons tous utilisée à l'école primaire peut être réalisée à la main afin d'envisager de manière dynamique les étapes franchies et celles qui restent à atteindre (leur version moderne en *timeline* peut être réalisée avec Tiki-Toki® ou bien Canva®...). Elle offre également un cadre de réflexion qui permet d'envisager les obstacles qui peuvent être rencontrés sur le parcours et de prévenir ces derniers en développant à l'avance un registre de stratégies qui permettront de les surmonter. Elle fournit également un support visuel pragmatique et objectif qui soutient le redressement de l'estime de soi : se remémorer les embûches rencontrées et dépassées est tout aussi constructif pour l'image de soi que les objectifs qui ont été atteints. Enfin, elle symbolise une représentation dynamique du temps qui passe et elle permet de vivre de manière plus aisée des périodes longues qui pourraient décourager. Si ces outils et la fragmentation en tâches accessibles qu'ils fournissent permettent une avancée progressive, ils ne servent pas à programmer un pantin qui enchaînerait les étapes les unes après les autres de manière automatique. Rappelons en effet que l'entretien motivationnel repose sur une approche métacognitive, au sein de laquelle l'individu prend des décisions en toute conscience. Ainsi, il se révélera indispensable d'effectuer des pauses régulières afin de permettre à la personne concernée de prendre de la distance, de reconnecter les « petits » pas qu'elle a effectués aux « grands » objectifs qu'elle vise, ce qui évitera la perte de sens.



Notes pour les aidants

Savoir utiliser les outils offerts par les nouvelles technologies de l'information et de la communication représente un challenge quand on n'a pas grandi avec. À tel point qu'a été proposé le terme de fracture numérique pour rendre compte de l'inégalité d'accessibilité au numérique, notamment selon l'âge des utilisateurs. Si vous n'y connaissez rien, que vous vous sentez dépassé, rassurez-vous. Votre proche (ou un autre proche) qui lui les utilise peut se montrer un bon enseignant. C'est une manière élégante pour renforcer le rapport d'horizontalité et créer du lien autour d'un objectif commun. Une fois ces solutions prises en main, rappelez-vous qu'elles sont des vecteurs d'autonomie, ce qui signifie que c'est votre proche qui doit les utiliser. Pour illustrer de manière légère ce point, il serait discutable de planifier des rappels sur son agenda pour vous permettre de penser à rappeler à votre fils qu'il doit prendre son traitement.

Leviers de motivation

Cependant, à réduire à des objectifs atteignables les projets généraux, on peut donner la sensation d'un parcours fastidieux et éloigné des projets initiaux. C'est pourquoi, la motivation à court, à moyen et à long terme doit être soutenue par la réalisation d'activités provoquant des récompenses immédiates. Parmi les récompenses les plus efficaces se trouve le plaisir. Comme évoqué dans le chapitre 2, le plaisir est également un des principaux promoteurs de la motivation. Par exemple, faire un stage sur un chantier de fouille pourra s'avérer plus inducteur de plaisir et donc plus motivant, que le fait de suivre des cours d'archéologie (même si cette tâche doit *in fine* être réalisée à un moment où à un autre). Cependant, de nombreux troubles psychiques (la dépression par exemple) se caractérisent par une anhédonie, c'est-à-dire une diminution de la capacité à éprouver du plaisir dans les activités que l'on entreprend. Quand on ne ressent pas de plaisir à exécuter des activités, il s'avère difficile de se motiver à les réaliser de nouveau. Par ailleurs, les études scientifiques ont montré que ces personnes présentent également des pensées automatiques erronées (on parle de cognitions dysfonctionnelles) qui entravent le passage à l'action (par exemple, « plus rien ne me fait plaisir », « ce que je faisais dans le passé ne me plaît plus », « plus rien ne sera comme avant »...). Elles peuvent être cependant travaillées en thérapie cognitive ([encadré 8.1](#) ; Lecardeur & Meunier-Cussac, 2016). Enfin, les personnes touchées par la schizophrénie peuvent également être perturbées dans leur capacité à anticiper le plaisir dans le futur (Lecardeur, 2012). Quand on pense que l'on ne prendra pas de plaisir dans le futur, il s'avérera difficile de trouver la motivation propice aux activités.

Un des freins supplémentaires identifié pour accéder aux activités plaisantes concerne les difficultés à mettre en œuvre ces actions, que ce soit parce qu'elles sont anxiogènes, qu'elles sont difficilement accessibles, qu'elles impliquent plusieurs personnes que l'on ne peut pas contrôler... Des outils validés en français tels que le programme émotions positives pour la schizophrénie (PEPS) permettent de lutter contre l'anhédonie et remédient à la difficulté à se projeter dans le futur (Favrod et al., 2015). Une technique simple consiste à demander au patient : 1) de lister des activités simples et inductrices de plaisir (si pas actuellement, au moins avant), 2) de les mettre en œuvre, 3) de noter le plaisir ressenti, 4) puis de les hiérarchiser ([tableau 8.1](#)). Dans un second temps, la personne reprend les activités et les hiérarchise cette fois selon leur facilité d'accès. Dans l'illustration fournie, on constate que les activités les plus inductrices de plaisir ne sont pas forcément les plus faciles d'accès. Notamment dans le cas de Céline, on voit que l'activité qui provoque le plus de plaisir (appeler son amie Cindy) est également la moins accessible. La situation d'Adrien nous permet de constater toute la pertinence d'une granularité fine de dissection des activités : regarder le fil d'un ami sur TikTok® est 2 fois plus difficile que le simple fait de se connecter à ce réseau social. La personne devra donc répéter des activités plaisantes (de 15 à 30 fois selon les personnes pour être efficace) en tenant compte de leurs difficultés d'accès pour ne pas perdre de motivation. Ces routines d'activités plaisantes sont au cœur de la thérapie d'activation comporte-

Encadré 8.1**Illustration clinique :
travail cognitif sur les pensées dysfonctionnelles**

Patient : Je ne pense pas pouvoir retravailler maintenant.

Le thérapeute : Qu'entendez-vous par travailler ?

Patient : Aller au travail, faire ce qu'on me demande, me lever le matin, etc.

Le thérapeute : Donc, vous pensez ne rien pouvoir faire de tout cela ?

Patient : Oui, c'est ça.

Le thérapeute : Vous me dites vous sentir incapable de vous lever le matin pour aller au travail.

Est-ce que je comprends bien ?

Patient : Oui, je pense que ce serait difficile.

Le thérapeute : Actuellement, à quelle heure vous levez-vous ?

Patient : entre 7 et 8 heures.

Le thérapeute : Entre 7 et 8 heures, O.K. Utilisez-vous un réveil ou bien vous réveillez-vous tout seul ?

Patient : Je ne mets pas de réveil.

Le thérapeute : Avez-vous du mal à sortir du lit quand vous vous réveillez ?

Patient : Non, ça va.

Le thérapeute : Est-ce qu'il y a des matins ces deux dernières semaines où vous n'avez pas réussi à vous lever ?

Patient : Oui. C'était mardi, je crois.

Le thérapeute : Est-ce que quelque chose vous a perturbé dans votre sommeil pour que vous ne réussissiez pas à vous lever ?

Patient : Non, j'ai bien dormi. Mais je me suis couché tard la veille.

Le thérapeute : Si vous ne vous couchez pas tard, arrivez-vous à vous lever comme d'habitude, vers 7 ou 8 heures ?

Patient : Oui, ça va.

mentale (Dondé et al., 2018), qui peut être un bon complément (voire un préalable) à l'entretien motivationnel.

La réalisation d'actions en faveur de ses valeurs personnelles soutient également l'obtention de récompenses qui elles-mêmes renforcent la motivation. Nous ne sommes pas tous égaux en termes de valeurs et si certains sont capables de les identifier aisément, c'est cependant plus difficile pour d'autres. Les professionnels ne devraient donc jamais considérer pour acquis que le patient est au clair avec ses valeurs personnelles. Afin de stimuler la motivation pour le passage à l'action, il sera généralement utile de s'accorder un temps pour permettre à la personne de lister ses valeurs personnelles et, seulement ensuite, d'identifier des actions qui iront dans le sens de ces valeurs. Les valeurs peuvent être découvertes en passant tout d'abord par l'identification des valeurs que ce dernier ne partage pas ([fiche outil 8.1](#)).

Enfin rappelons que, selon la théorie de l'autodétermination (voir chapitre 2), l'individu sera d'autant plus motivé qu'il répond à ses besoins d'autonomie (« je suis celui

Tableau 8.1. Hiérarchiser des activités pour différencier le plaisir et la facilité

Activités planifiées	Activités hiérarchisées selon le plaisir
Phase 1 : identifier le plaisir	
<i>Céline</i>	
Regarder <i>Les Anges de la téléréalité</i> Demander à maman du poisson pané et des nouilles Appeler Cindy Chercher un baggy sur Temu® Me maquiller les yeux Me mettre dehors pour vapoter	Appeler Cindy (90 %) Me mettre dehors pour vapoter (85 %) Chercher un baggy sur Temu® (70 %) Me maquiller les yeux (60 %) Regarder <i>Les Anges de la téléréalité</i> (30 %) Demander à maman du poisson pané et des nouilles (20 %)
<i>Adrien</i>	
Boire du Coca-Cola® Me connecter une fois sur TikTok® Voir un épisode de <i>Game of thrones</i> Manger un Burger King® Regarder le fil d'un ami sur TikTok® Prendre une Jägermeister® avec mon père	Regarder le fil d'un ami sur TikTok® (80 %) Voir un épisode de <i>Game of thrones</i> (75 %) Prendre une Jägermeister® avec mon père (70 %) Manger un Burger King® (50 %) Boire du Coca-Cola® (40 %) Me connecter une fois sur TikTok® (20 %)
Phase 2 : contraster plaisir et difficultés	
<i>Céline</i>	
Appeler Cindy (90 %) Me mettre dehors pour vapoter (85 %) Chercher un baggy sur Temu® (70 %) Me maquiller les yeux (60 %) Regarder <i>Les Anges de la téléréalité</i> (30 %) Demander à maman du poisson pané et des nouilles (20 %)	Regarder <i>Les Anges de la téléréalité</i> (100 %) Chercher un baggy sur Temu® (80 %) Me maquiller les yeux (70 %) Demander à maman du poisson pané et des nouilles (40 %) Me mettre dehors pour vapoter (20 %) Appeler Cindy (10 %)
<i>Adrien</i>	
Regarder le fil d'un ami sur TikTok® (80 %) Voir un épisode de <i>Game of thrones</i> (75 %) Prendre une Jägermeister® avec mon père (70 %) Manger un Burger King® (50 %) Boire du Coca-Cola® (40 %) Me connecter une fois sur TikTok® (20 %)	Voir un épisode de <i>Game of thrones</i> (100 %) Me connecter une fois sur TikTok® (90 %) Boire du Coca-Cola® (85 %) Manger un Burger King® (70 %) Regarder le fil d'un ami sur TikTok® (40 %) Prendre une Jägermeister® avec mon père (10 %)

qui décide », de compétences (« ce que je fais donne les résultats que j'espérais ») et d'appartenance sociale (« les actions que je décide de faire me donnent la sensation de faire partie d'une communauté à laquelle je m'identifie »). Pour ce dernier levier, le professionnel devra se montrer particulièrement vigilant au contexte socioculturel de la personne pour ne pas la laisser se diriger (ou ne pas la diriger lui-même) vers des activités standardisées qui l'ostraciseraient de son groupe social.

Fiche outil 8.1**Interroger les sources de plaisir et les valeurs****Objectifs**

- Aider le patient à explorer lui-même ses sources de plaisir.
- Offrez une prise de distance temporelle et à travers les yeux d'autres personnes.
- Tenez compte du contexte socioculturel.
- Ne partez pas du principe que vous connaissez ces sources de plaisir simplement parce que vous connaissez cette population.
- Ne confondez pas ses sources avec vos sources de plaisir.
- Interrogez l'entourage si le patient ne trouve pas et s'il est d'accord.
- Utilisez des questions ouvertes pour éviter les réponses « oui »/« non », au risque d'obtenir un « je ne sais pas ».

En pratique**Plaisirs**

- « Que faites-vous de vos journées ? »
- « Qu'aimez-vous faire ? », « Qu'est-ce que vous n'aimez pas faire ? »
- « Qu'est-ce que vous aimeriez changer ? »
- « Qu'aimiez-vous avant ? »
- « Si vous aviez une baguette magique, qu'aimeriez-vous obtenir ? »
- « Qu'est-ce qu'apprécient les personnes de votre génération ? »

Valeurs

- « Quelles sont vos valeurs ? »
- « Comment s'expriment vos valeurs dans la vie de tous les jours ? »
- « Qu'avez-vous fait dans le passé pour satisfaire vos valeurs ? »
- « Que feriez-vous dans le futur pour satisfaire vos valeurs ? »
- « Quelles sont les valeurs des personnes de votre génération ? »
- « Quelles actions vous mettent hors de vous ? »

**Notes pour les aidants**

Il est dit que le philosophe Socrate aurait prononcé la fameuse formule : « Connais-toi toi-même et tu connaîtras l'Univers et les Dieux. » Même si cette expression est fort usitée, on peut légitimement s'interroger sur ce que chacun d'entre nous connaît de lui-même. S'il paraît évident que nous possédons une certaine connaissance des activités qui génèrent chez nous du plaisir, les connaît-on toutes et sommes-nous capables de les hiérarchiser en fonction du degré de plaisir qu'elles engendrent ? Pour ce qui est des valeurs, si les plus prégnantes nous viennent aisément à l'esprit, sommes-nous en mesure d'en faire spontanément un recensement exhaustif ? Vous pouvez tout à fait proposer à votre proche d'agir pour obtenir le plus de plaisir possible et selon ses valeurs personnelles. Cependant, commencez par vous-même. Prenez le temps de les lister afin de donner l'exemple. Gardez en tête également que les activités générant du plaisir et les valeurs de votre proche ne sont pas forcément les mêmes que les vôtres. Notamment, les générations auxquelles vous appartenez et les contextes socioculturels au sein desquels vous évoluez auront un impact majeur qui réclame que vous les exploriez.

Quiz

- En entretien motivationnel, on accompagne les personnes concernées par des troubles psychiques à viser des objectifs raisonnables : NON, l'entretien motivationnel consiste à accompagner les objectifs, quels que soient ces objectifs (dans le cadre bien sûr des limites qu'incarnent les obligations professionnelles ou éthiques en cas d'intentions suicidaires ou de projets criminels par exemple).
- Les soins sont des moyens pour que la personne atteigne ses objectifs : OUI, c'est aux professionnels d'aider la personne concernée et ses proches à comprendre que les soins peuvent représenter des solutions pour atteindre les objectifs de rétablissement.
- Faire à la place de son proche risque d'entraîner une dépendance : OUI, même si cela peut lui faciliter la tâche à court terme, il pourrait s'emmurer dans une représentation de lui-même négative (« je ne peux pas faire seul »).
- Les orthèses cognitives permettent d'agir automatiquement : NON, les orthèses cognitives représentent dans la plupart des cas des outils qui permettent de surmonter temporairement des obstacles, afin d'apprendre progressivement à faire sans elles.
- Nous sommes tous au clair avec nos valeurs : NON, nous devrions tous prendre le temps de faire le point sur nos valeurs personnelles et considérer qu'elles peuvent évoluer avec le temps.

Ce que je souhaite retenir de ce chapitre

.....

.....

.....

.....