

Empowerment et Neuropsychologie : Comment amorcer un changement de posture dans nos pratiques ?

Empowerment and Neuropsychology : How to initiate a change of attitude in our practices ?

Sylvain PONTZEELE

Psychologue spécialisé en neuropsychologie
Établissement de santé mentale MGEN
Centre Support de réhabilitation
psychosociale et de remédiation cognitive
(CSN2R)
59000 Lille

Contact

Sylvain PONTZEELE

spontzeele@mgen.fr
Établissement de santé mentale MGEN
234 rue Pierre MAUROY
59000 Lille

Marina PIVETTE

Psychologue spécialisée
en neuropsychologie
Centre Hospitalier Universitaire
CSN2R
59000 Lille

Mots-clés

- Rétablissement
- Métacognition
- Empowerment
- Changement de posture
- Réhabilitation psychosociale

Emilie MUSSET

Psychologue spécialisée
en neuropsychologie
Centre Hospitalier Universitaire
CSN2R
59000 Lille

Keywords

- *Recovery*
- *Metacognition*
- *Empowerment*
- *Change in attitude*
- *Psychosocial rehabilitation*

Marie-Cécile DELOCHE

Psychologue spécialisée
en neuropsychologie
Établissement de santé mentale MGEN
CSN2R
59000 Lille

Conflits d'intérêts

Les auteur.e.s déclarent ne pas présenter de conflit d'intérêt.

Pour citer cet article

Pontzeele, S., Pivette, M., Musset, E. et Deloche, M.-C. (2022). Empowerment et Neuropsychologie: Comment amorcer un changement de posture dans nos pratiques? *Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique*, 9, 6-17.

Résumé

Dans le champ de la santé mentale, il est désormais reconnu que les déterminants du handicap fonctionnel d'un trouble psychique sont le fonctionnement cognitif (cognitions froides et cognitions sociales) et des facteurs dits subjectifs tels que la métacognition, l'*insight*, la motivation et l'internalisation de la stigmatisation. Les symptômes le sont moins.

Dans ce cadre, la psychiatrie et les pratiques en soins psychiques expérimentent un changement de paradigme s'intéressant à de nouvelles cibles de soins qui viennent également questionner la posture professionnelle. Cette dernière évolue d'une posture verticale, soignant-soigné, paternaliste, vers une horizontalité de la relation, envisagée comme collaborative, au pouvoir partagé entre deux expériences et expertises complémentaires. En effet, un usager est expert de son trouble psychique et le/la professionnel.le expert.e de son domaine d'intervention. Cette nouvelle posture véhicule l'espoir, favorise l'autodétermination et l'*empowerment*, facteurs essentiels au rétablissement (Martin et Franck, 2013).

Au travers de notre pratique en neuropsychologie, nous expérimentons ce changement de posture dès la phase d'évaluation neuropsychologique et de sa restitution détaillée, et avons noté un impact manifeste sur l'engagement des usagers dans leur parcours de soins, sur le développement de leurs capacités métacognitives comme vecteur d'*empowerment* et sur le recouvrement de l'espoir de se rétablir.

Abstract

In the field of mental health, it is now recognized that the determining factors of the functional disability of a mental disorder are cognitive functioning (memory, attention, executive abilities and social cognitions) and so-called subjective factors such as metacognition, insight, motivation and internalization of stigma. The symptoms have less impact.

In this context, psychiatry and mental health care practices are experiencing a paradigm shift focusing on new care targets that also question the professional attitude. The latter evolves from a vertical and paternalistic caregiver-patient attitude towards a horizontal relationship, seen as collaborative, with power shared between two complementary experiences and expertises. Indeed, the patient is an expert in their mental disorder and the professional an expert in their field of intervention. This new attitude conveys hope and promotes self-determination and empowerment, both of which are essential factors for recovery (Martin et Franck, 2013).

Through our practice in neuropsychology, we experiment this change in attitude from the phase of neuropsychological eva-

luation and its detailed restitution, and have noted a clear impact on the commitment of patients in their care pathway, on the development of their metacognitive capacities as a vector of empowerment and on the regained hope of recovery.

Déterminants du Handicap Psychique

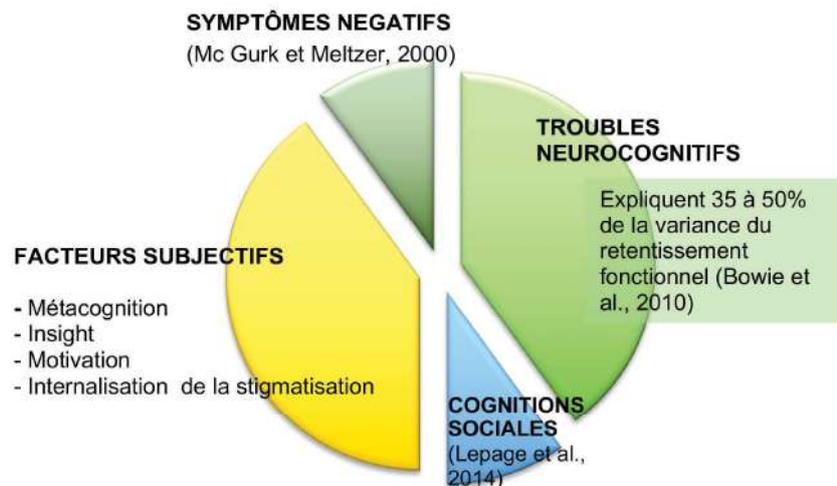


Figure 1 : Illustration inspirée des données du rapport du centre de preuves en psychiatrie et santé mentale sur les déterminants du handicap psychique et leur retentissement fonctionnel (indépendance, travail, relations).

INTRODUCTION ET CONTEXTE D'INTERVENTIONS

Le rapport du centre de preuves en psychiatrie et santé mentale vise l'amélioration des parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique et met en avant ses déterminants (Hardy Baylé et al., 2015). Il est montré que les symptômes de la maladie psychique ne contribuent que très peu au retentissement fonctionnel contrairement aux troubles cognitifs et aux facteurs subjectifs tels que la motivation (tout à la fois avoir envie d'entreprendre une action, s'en sentir capable et être prêt.e à le faire), l'*insight* (conscience d'expérimenter un trouble psychique), la métacognition (aptitude globale d'un individu à développer une pensée à propos de sa propre pensée) et l'internalisation de la stigmatisation ou auto-stigmatisation.

Ce rapport, modélisé en Figure 1, cible le rétablissement comme une nouvelle orientation des pratiques sanitaires et sociales, dont les soins de réhabilitation psychosociale (RPS) en seraient le moteur.

Depuis janvier 2019, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) encadre le développement des soins de RPS, orientés rétablissement sur les territoires (Instruction DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019). Elle rappelle que la RPS a pour objectif de favoriser « une trajectoire de rétablissement, par une meilleure prise en compte des capacités des usagers, de leurs compétences et de leurs choix » (p. 2). Cela s'amorce par la mise en place de « nouveaux outils thérapeutiques porteurs de sens et d'espoir » (p. 2) (par exemple : la remédiation cognitive, l'éducation thérapeutique de la personne, l'entraînement des compétences sociales, les thérapies cognitives et comportementales, l'accompagnement conjoint des familles, le *case management*¹, etc.) et d'une posture de soin spécifique favorisant l'émergence de processus moteurs au rétablissement, que sont la réappro-

1. Le *case management* est un dispositif intégratif de prise en charge orienté sur un objectif d'intérêt général, recourant à un accompagnement personnalisé, cohérent et continu, coordonné par une personne unique, appelé à renforcer l'autonomie de l'utilisateur par une participation active de celui/celle-ci ainsi que par la mobilisation de ses ressources.

riation de la capacité de décider et d'agir (Pachoud, 2012).

LE PRINCIPE DE RÉTABLISSEMENT

Qu'est-ce que le rétablissement ou la réappropriation de soi ? Patricia Deegan, psychologue originaire des Etats-Unis, en propose en 2001 une définition très personnelle comme étant « une transformation par laquelle la vieille personnalité est progressivement abandonnée et une nouvelle vision de soi émerge » (p. 1). Pour la petite histoire, elle a été hospitalisée et diagnostiquée « schizophrène » à l'âge de 17 ans. Elle défend depuis le concept de rétablissement en santé mentale en tant que porte-parole du mouvement *Recovery*.

Le principe de rétablissement prend ses origines dans le mouvement américain débuté dans les années 1960, *Psychiatric Survivors Movement*, dont le texte clé de Judi Chamberlin (1978) rappelle que le rétablissement est accessible à tout un chacun, en se détachant des étiquettes diagnostiques stigmatisantes et favorisant le choix libre de son traitement ou de son non-traitement.

Le rétablissement expérientiel est un processus profondément personnel et singulier de transformation de ses attitudes, de ses valeurs, de ses sentiments, de ses buts, de ses compétences et de ses rôles. C'est une façon de vivre une vie satisfaisante, prometteuse et utile, en dépit des limites causées par la maladie (Anthony, 1993). Ce processus non linéaire, dynamique, a été modélisé en cinq stades : moratoire, conscience, préparation, reconstruction et croissance (Andresen et al., 2003) dans lesquels il peut exister des périodes d'avancée, de recul ou de stagnation.

Ce processus de rétablissement est accompagné du développement du pouvoir d'agir faisant « référence au niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie » comme il est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans l'ouvrage de Laforcade (2017, p. 25). Cette reprise du pouvoir d'agir, appelée aussi *empowerment*, favorise par exemple l'exercice personnel du choix (auto-détermination) et l'engagement du sujet dans l'action (Martin, 2017). Aussi, la clé de l'*empower-*

ment se trouve dans la transformation des rapports de force et des relations de pouvoir entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements (Wallerstein, 2006).

Le rétablissement peut se distinguer de la guérison, terme médical qui se définit comme « la disparition totale des symptômes d'une maladie ou des conséquences d'une blessure avec un retour à l'état de santé antérieur » (Larousse en ligne, s. d.).

Enfin, il s'agit d'une approche centrée sur la personne, en prenant en compte aussi bien la cognition, les aspects psychoaffectifs, motivationnels que relationnels (Van der Linden, 2018).

LA RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE (RPS)

Cette expression renvoie à un ensemble de procédés et d'outils visant à aider les personnes souffrant de troubles psychiques à se rétablir. Les soins de RPS viennent soutenir les potentialités, les capacités préservées et les ressources des personnes accompagnées pour les amener à se rétablir à leur rythme en atteignant leurs objectifs personnalisés (soutien à l'emploi, soutien social, soutien des familles). La remédiation cognitive (RC) est un outil central de la RPS et a déjà montré son efficacité dans les processus de rétablissement. Elle soutient le développement de la prise de décision et la confiance en sa capacité à l'action, en favorisant la mise en place de nouvelles stratégies pour compenser les troubles cognitifs (Franck, 2018).

L'efficacité de la RC a également été mise en lien avec la qualité de l'alliance thérapeutique initiale (Cella et Wykes, 2017). L'évaluation neuropsychologique nécessaire avant la RC, proposée au départ du parcours de soins en RPS, vient poser les bases de cette alliance thérapeutique et de la relation collaborative. Par le développement des processus métacognitifs (mieux situer ses forces, ses limites et leurs possibilités d'évolution respectives), elle participe au développement du pouvoir de décision et d'action, et a donc une place de choix dans le processus de rétablissement de la personne. Toutefois, celle-ci n'est rendue possible qu'avec une posture bien spécifique.



L'évaluation neuropsychologique vient poser les bases de cette alliance thérapeutique et de la relation collaborative.



POSTURE DES PROFESSIONNELS EN RPS

Comme souligné précédemment, la philosophie du rétablissement en santé mentale a pour objectif la reconquête des processus de pouvoir d'agir et de prise de décisions éclairées, qui vont être soutenus par une posture spécifique des professionnels qui se veut plus horizontale, plus collaborative et plus « facilitatrice » (Martin, 2017 ; Wallerstein, 2006). Ce terme d'approche « facilitatrice » centrée sur la personne avait déjà été mis en lumière au début du XX^e siècle par Maria Montessori, et a été adaptée pour une population vieillissante présentant des troubles cognitifs par Camp (2010).

La posture facilitatrice se développe grâce à des techniques d'entretiens spécifiques qui vont amener une réelle collaboration lors de l'accompagnement : le questionnement socratique² qui s'oppose à la suggestibilité et la démarche STS : Solliciter – Transmettre – Solliciter (Erkès, 2016). Cette dernière consiste à demander à la personne si elle souhaite un complément d'informations de notre part, puis lui transmettre si elle est d'accord, et la solliciter une nouvelle fois pour vérifier la compréhension des informations transmises et ce qu'elle souhaiterait en faire. Cette approche amène les professionnels à s'affranchir de la position de « sachant » parfois automatisée dans nos pratiques et renforcée par nos formations initiales.

Aussi, chez des personnes présentant des troubles cognitifs prégnants, des techniques neuropsychologiques sollicitant la mémoire implicite peuvent être mises en œuvre afin de faciliter la compréhension et de nouveaux apprentissages, tout en laissant la personne actrice dans ses réponses et ses choix (technique de récupération espacée, technique d'estompage progressif, technique d'amorçage, etc.).

2. Le questionnement socratique permet de focaliser l'attention du patient et du thérapeute sur les problèmes à traiter, de mettre à jour les hypothèses du patient, d'en tirer les conséquences possibles et de considérer d'autres perspectives pour comprendre ses problématiques.

CHANGEMENT DE POSTURE DANS L'ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE

À partir des éléments historiques et théoriques évoqués précédemment, nous proposons de vous détailler comment nous avons adapté notre pratique en neuropsychologie et modifié notre posture en accord avec tous les principes détaillés ci-dessus.

Il nous tenait à cœur de développer et maintenir cette posture dès la phase de l'évaluation neuropsychologique, ce qui a pu représenter pour nous un véritable challenge dans un contexte de bilan où le *feedback* est très peu présent pour ne pas influencer la personne dans ses performances aux épreuves cognitives proposées. Comment réduire le sentiment d'évaluation ressentie par la personne ? Comment remettre la personne actrice dans une phase d'évaluation dont l'expertise est celle du professionnel ? Nous essaierons ici de développer les pistes de changements que nous avons pu élaborer pour faire évoluer l'évaluation neuropsychologique vers plus d'*empowerment*.

Tout d'abord, le développement du pouvoir d'agir débute dans l'organisation du parcours de soins de RPS, dans la temporalité choisie pour proposer à la personne la réalisation de cette évaluation neuropsychologique au regard de l'intérêt que cela peut avoir sur la mise en place de son projet et de ses objectifs personnels. Éviter la systématisation et remettre au centre la décision partagée (dans un échange entre l'équipe, la personne et ses proches), la pertinence et la temporalité de l'évaluation neuropsychologique est une première occasion de se mettre à l'exercice d'un changement de posture.

Lors de l'évaluation neuropsychologique, nous expliquons à la personne qu'elle peut décider de l'évolution des séances de bilan (si elle souhaite faire des pauses, si elle souhaite arrêter, si elle souhaite ne pas réaliser une épreuve, et contrôler du rythme sur de petites séances ou des demi-journées etc.). De plus, tout en gardant une conduite d'évaluation pertinente avec les observations cliniques, nous laissons le plus possible à la personne le choix dans l'ordre et supports des thématiques évaluées (si elle préfère débiter par les cognitions froides, les cognitions sociales, si elle souhaite un média informatique, papier/crayon etc.) en privilégiant les épreuves les plus écolo-

giques pour faciliter les liens fonctionnels. Tout au long de l'évaluation neuropsychologique, nous débriefons autour des épreuves proposées et du vécu de cette expérience, de l'analyse qu'ils font du processus évalué, du lien que cela pourrait leur évoquer dans la vie quotidienne, et de leur niveau de confiance et d'efficacité personnelle dans la réalisation de cette épreuve, nous amenant dès cette phase à apprécier le fonctionnement métacognitif de la personne.

La mise en posture favorisée par cette approche collaborative de l'évaluation neuropsychologique a permis de constater une amélioration de l'engagement dans les soins, une première expérience de prise de contrôle, une mobilisation cognitive stimulante, la déconstruction de croyances auto-stigmatisantes (ex : « je pensais que je n'avais plus aucune faculté », « je ne me pensais plus capable », « comme j'ai une schizophrénie, je pensais que mon cerveau était troué tel un morceau de gruyère », etc.). Par ce biais, la notion d'espoir est insufflée dans la prise en main de son propre rétablissement.



La mise en posture favorisée par cette approche collaborative de l'évaluation neuropsychologique a permis de constater une amélioration de l'engagement dans les soins.



LA RESTITUTION DÉTAILLÉE DE L'ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE : UNE ÉTAPE CHARNIÈRE DANS LE DÉVELOPPEMENT DE L'EMPOWERMENT (LE POUVOIR D'AGIR)

Une restitution détaillée est proposée à l'issue de l'évaluation neuropsychologique et permet en toute transparence un retour des résultats aux différentes épreuves psychométriques, et une compréhension de l'intérêt de telles épreuves (certaines pouvant paraître abstraites de prime abord).

C'est à travers un échange d'expert à expert que va émerger le profil du fonctionnement de la personne : elle en tant qu'experte de son expérience dans sa vie quotidienne et le psychologue expert dans l'interprétation des processus neuropsychologiques.

La posture facilitatrice et collaborative est de mise, amenant la personne à réfléchir aux impacts

fonctionnels significatifs des fragilités retrouvées à l'évaluation, mais surtout de conscientiser ses forces cognitives, souvent sous-estimées.

Il s'agit d'une étape charnière dans le parcours de RPS puisqu'elle constitue une amorce à un accompagnement plus spécifique centré sur la personne. Ces temps de restitution amènent un développement ou un renforcement de la métacognition via un accompagnement psycho-éducatif. Aussi, cela développe le sentiment d'espoir par la considération de la possibilité de compensation de difficultés fonctionnelles par les potentialités mises en évidence par l'évaluation neuropsychologique. Enfin, cette mise en lumière favorise la formulation d'objectifs auto-déterminés spécifiques, mesurables et atteignables.

Elle est habituellement proposée selon cette dichotomie : « points forts » et « fragilités », et propose de restituer un profil cognitif.

Les caractéristiques favorisant l'*empowerment* lors de la phase de restitution sont :

- La restitution est détaillée : elle peut se réaliser en plusieurs séances selon les capacités métacognitives de la personne, selon sa fatigabilité et selon tout autre facteur pouvant influencer la cognition. La temporalité est prise en compte dans le parcours de soins des usagers, en rapport avec les facteurs subjectifs.
- La restitution est co-construite : nous partons du vécu subjectif de la personne au regard des performances aux tests psychométriques qui, rappelons-le, ne constituent qu'une mesure indirecte du fonctionnement de la personne (Eustache et al., 2013). Aussi, nous proposons à la personne de choisir un support comme présentés en Figures 2, 3 et 4. Il a pour but de retranscrire à l'écrit, à sa convenance, des informations transmises et échangées (papier, informatique, etc.).
- Le format de la restitution est adapté au fonctionnement cognitif et au niveau socio-culturel de la personne. Le choix des mots est donné avec une adaptation du vocabulaire excluant la perception binaire (« préservé » versus « déficitaire » au profit de « forces », « potentialités », « défis », « particularités », « freins », etc.). En effet, le vocabulaire de la personne est fortement privilégié au détriment du jargon neuro-

psychologique très spécialisé et souvent peu accessible, permettant à la personne de s'approprier son profil plus facilement.

De plus, les données chiffrées ne sont pas transmises puisque non représentatives du fonctionnement de la personne.

- La restitution permet l'analyse fonctionnelle des troubles cognitifs objectivés aux épreuves en rattachant les performances au fonctionnement dans la vie quotidienne et au projet de la personne. L'objectif ici est de désacraliser le test pour laisser place à l'expérience subjective (rappelons la notion de double expert).
- La restitution est centrée sur les compétences et les objectifs personnalisés optimistes et réalistes : nous proposons volontairement un contenu de restitution où les forces priment sur les fragilités.

- L'invitation à l'expérience du choix : mise en couleur des éléments qui semblent le plus important, le plus gênant en vie quotidienne ou pour ses projets, qui requièrent au moment de la restitution le plus de motivation au changement. Ce choix est une première amorce au processus de décision partagée insufflée lors de la restitution pluridisciplinaire pour l'organisation dans les soins de RPS.

EXEMPLES CONCRETS DE SUPPORTS CO-CONSTRUITS REPRÉSENTANT LE PROFIL COGNITIF DE LA PERSONNE

Madame S. présente des capacités métacognitives développées et a décidé de garder

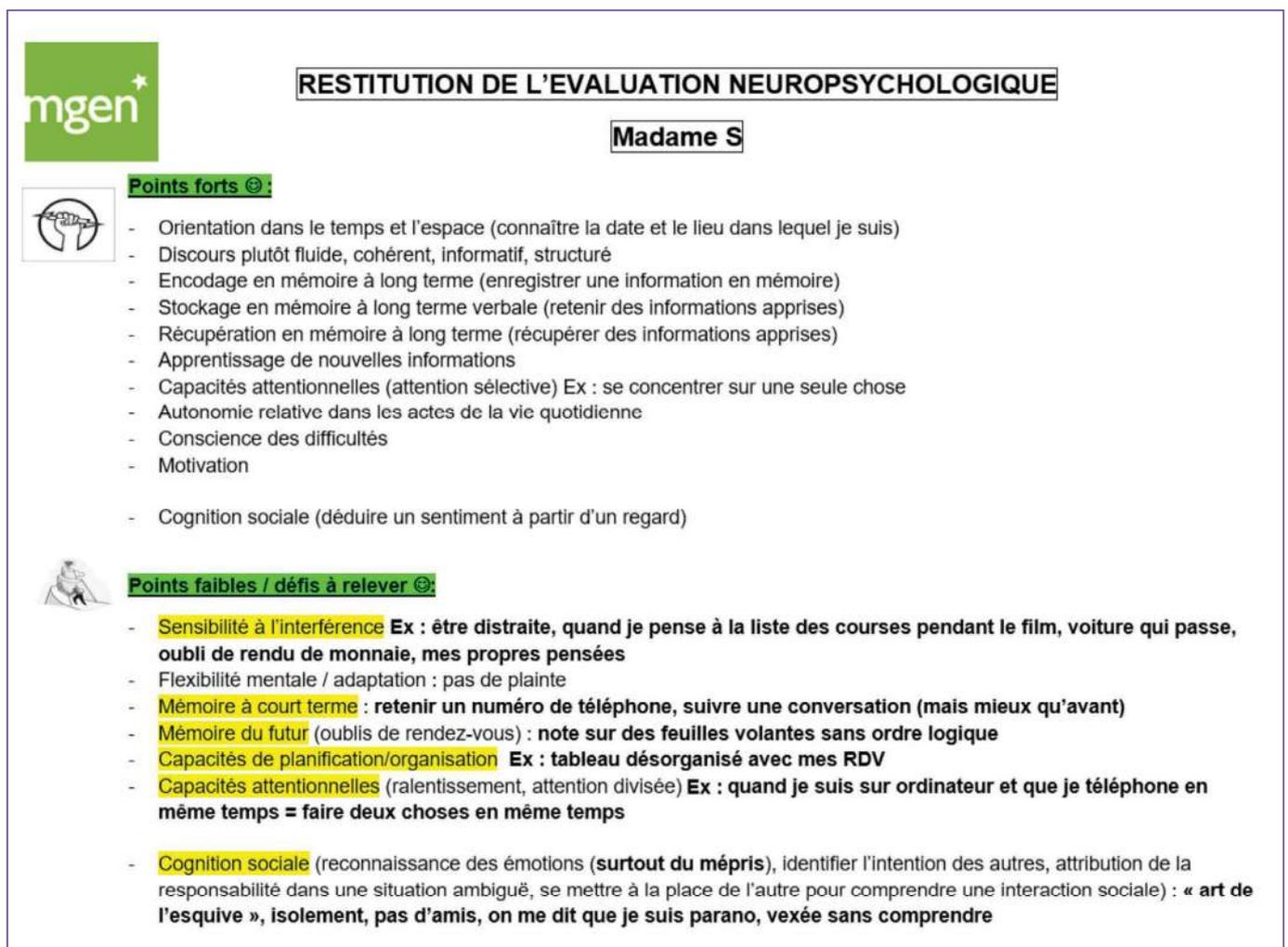


Figure 2 : profil cognitif de Madame S. co-construit sous forme écrite selon la dichotomie « points forts » et « défis à relever ».

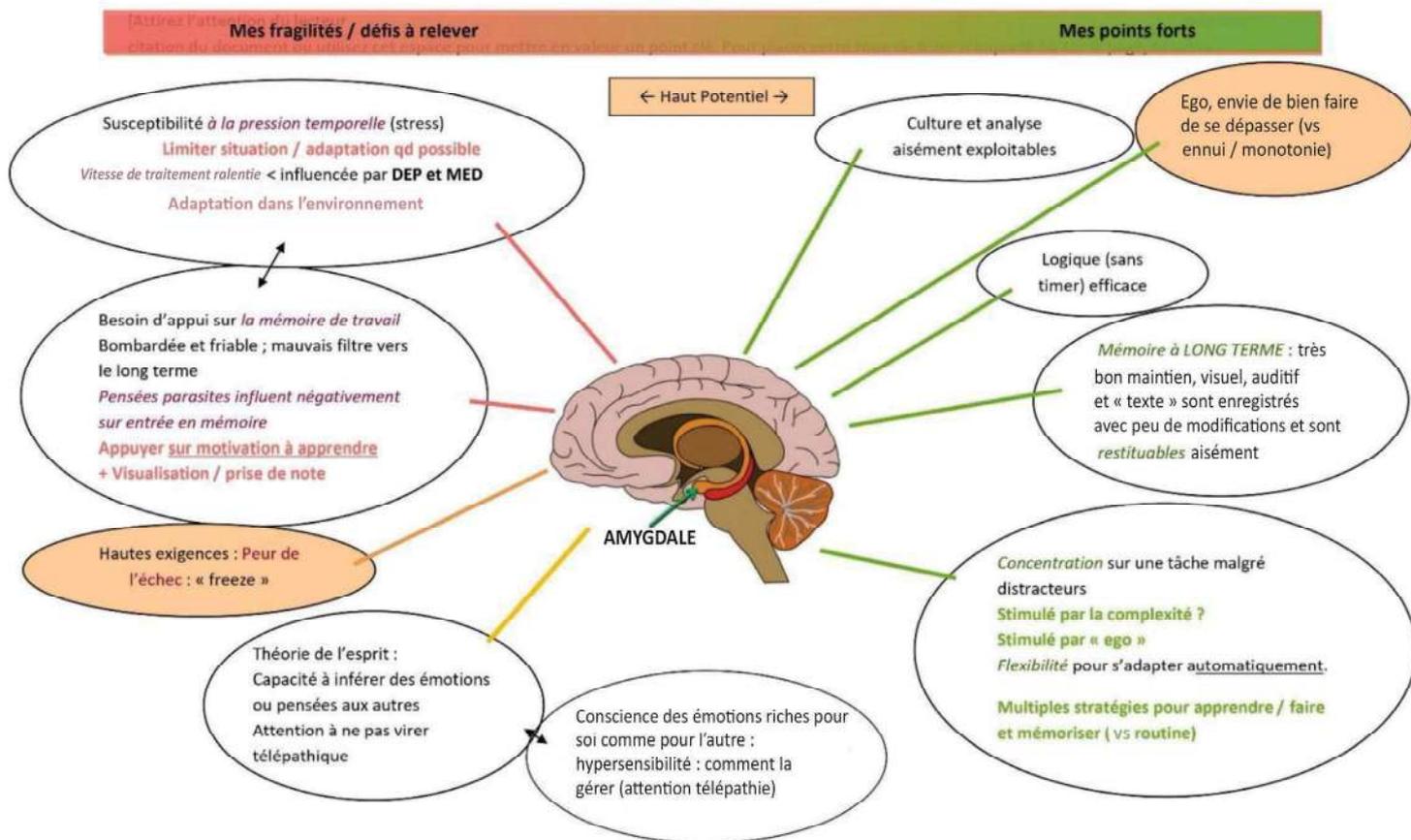


Figure 3 : profil cognitif de Madame B.S. co-construit sous forme visuo-spatiale

certaines termes neuropsychologiques. En ce qui concerne les défis à relever, elle souligne en jaune les fragilités cognitives qui ont un impact significatif sur son autonomie. Nous évoquons ensemble que l'absence de plaintes dans un domaine plus fragile exclut un accompagnement spécifique à ce sujet, en adéquation avec la neuropsychologie de la vie quotidienne.

Madame B.S. a des compétences en infographie qui lui ont permis de s'approprier ce support de restitution. Elle utilise un nuancier de couleurs (rouge vers le vert en passant par la couleur orange) pour souligner ses fragilités, ses forces et les éléments plus modérés. Elle a choisi de positionner le Haut Potentiel au milieu et de noter dans la même couleur (fond orange) les points forts ou fragilités en lien avec le Haut Potentiel. Elle a également choisi de noter en gras quelques stratégies pour compenser ses fragilités. Enfin, elle a souhaité placer au centre de l'image un cerveau et de spécifier l'amygdale, qu'elle identifie comme étant fortement impliquée dans

les réponses liées au stress (informations acquises lors de séances de psychoéducation sur le Trouble du Stress Post-Traumatique).

Madame M. a souhaité mettre ses points forts dans des couleurs vives pour « bien les voir une fois posés sur le frigo ». Pour chaque processus évoqué, Madame M. a pu exemplifier l'impact de cette force ou fragilité dans son quotidien. Il a été important de mettre également les résultats de l'évaluation fonctionnelle, réalisée avec une infirmière pour rassembler tous les éléments en un document unique. Ses plaintes les plus pénibles sont surlignées en jaune et ses ressources pour la remédiation cognitive proposée sont surlignées en vert.

LES DONNÉES DE LA LITTÉRATURE

Différentes études ont montré que les personnes ayant bénéficié d'une restitution détaillée

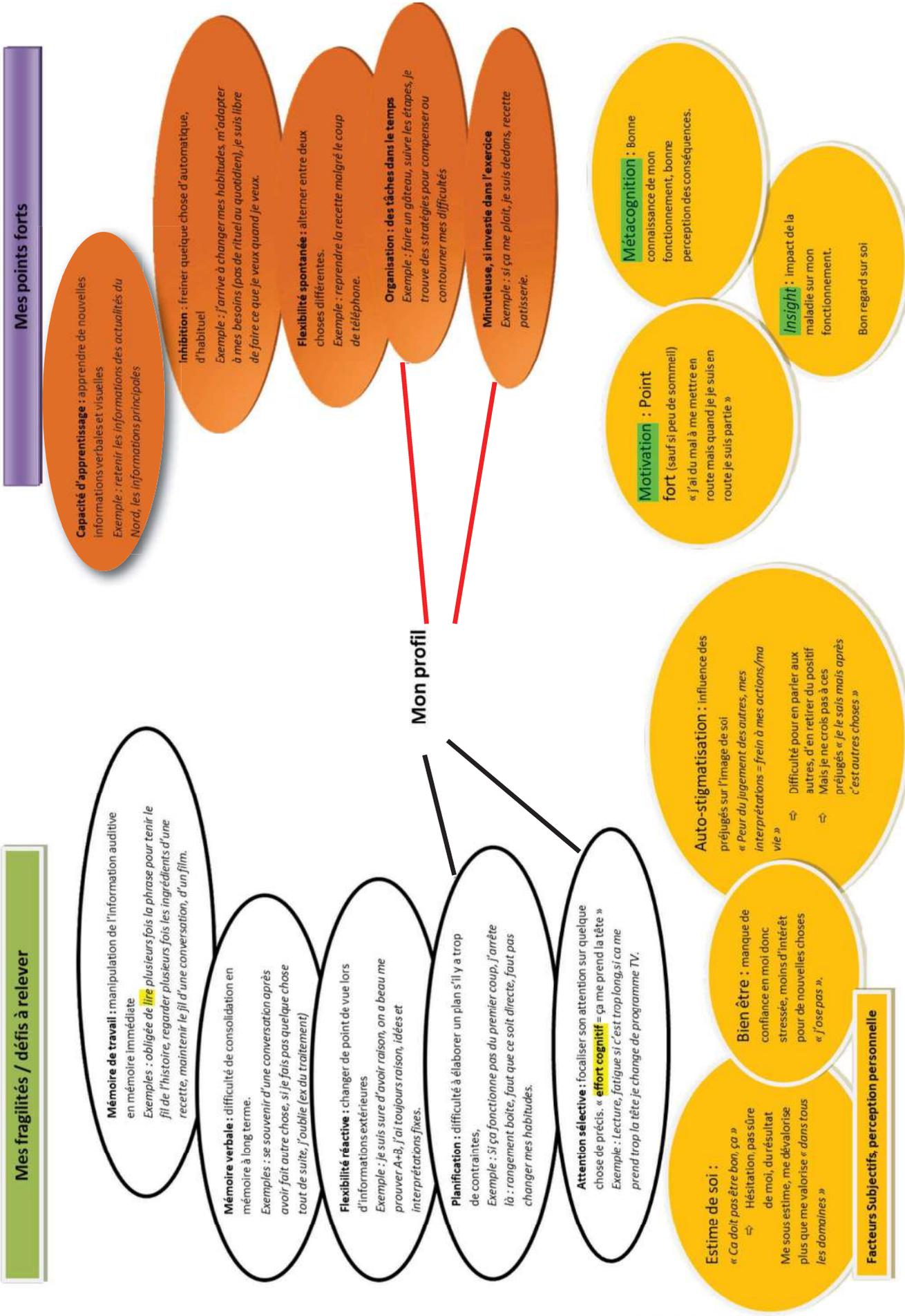


Figure 4 : profil de Mme M. co-construit avec les éléments neuropsychologiques et les facteurs subjectifs retrouvés dans l'évaluation fonctionnelle

de leur évaluation neuropsychologique augmentent leur adhésion aux traitements et leur motivation aux soins (Gorske, 2007). En outre, des études ont montré que les usagers étaient satisfaits de recevoir une restitution des résultats de l'évaluation neuropsychologique (Bennett-Levy et al., 1994 ; Donofrio, 1999). Aussi, d'autres études ont montré une augmentation de l'efficacité des prises en charge après avoir reçu une restitution puisque celle-ci permet le développement de la métacognition (Lezak et al., 2004). Enfin, recevoir une restitution d'une évaluation neuropsychologique permet une amélioration de la métacognition, et de ce fait, une amélioration de la qualité de vie (Gruters et al., 2021). Ces derniers suggèrent également une retranscription des données de la restitution sous forme de double codage (verbal et visuel) pour renforcer l'apprentissage et la connaissance du profil cognitif des personnes pour les rendre davantage actrices dans leur parcours de soins.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

La philosophie du rétablissement (ou de réappropriation de soi), les processus d'*empowerment* et d'autodétermination, ainsi que le changement de posture des professionnels amené par la RPS ont modifié significativement nos pratiques, nous amenant à réfléchir à notre position, notre façon de transmettre et à repenser le déroulement des évaluations neuropsychologiques que nous proposons, toujours pour replacer la personne au cœur de la démarche de soins.

La restitution détaillée des évaluations neuropsychologiques est une étape qui fait sens pour notre profession, mettant l'accent sur la neuropsychologie intégrative de la vie quotidienne avec une approche centrée sur la personne, comme le martelait Van der Linden (2018). De plus, nous poursuivons la réflexion, les échanges de pratiques par le biais d'intervisions neuropsychologiques régionales (via nos activités de CSN2R :

Centre Support Nord de Remédiation cognitive et de Réhabilitation psychosociale) sur l'amélioration et l'adaptation constante de nos outils face à l'évolution des pratiques en psychiatrie. Aussi, il nous est primordial de poursuivre le développement de cette étape du parcours puisqu'elle renforce la motivation et la métacognition des personnes y ayant eu recours, et qui rappelons-le, constituent des facteurs subjectifs amenant vers le rétablissement.

Enfin, nous avons pour projet de développer des groupes de travail pour réfléchir et travailler sur la création d'outils permettant d'évaluer l'efficacité des prises en soins en RPS. Nous souhaitons également poursuivre nos réflexions autour de la diffusion de cette posture utilisée dans l'évaluation et dans la restitution en RPS, et au-delà, dans les autres domaines de pratique de la neuropsychologie, questionnements qui pourraient faire l'objet d'ateliers d'échanges nationaux.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier chaleureusement pour leur contribution à la relecture de cet article :

- Stéphane RAFFARD, professeur à l'Université Paul Valéry Montpellier III et psychologue clinicien au CHU de Montpellier dans le Service Universitaire de Psychiatrie Adulte.
- Christine MORONI, professeure à l'Université de Lille et psychologue spécialisée en neuropsychologie au CHU de Lille dans le Service d'Exploration Fonctionnelle de la Vision.
- Nicolas FRANCK, professeur à l'Université Claude Bernard Lyon I, psychiatre et praticien hospitalier au Centre Hospitalier Le Vinatier de Lyon, et fondateur et président de l'Association Francophone de Remédiation Cognitive (AFRC).

Références

- Andresen, R., Oades, L. et Caputi, P. (2003). The Experience of Recovery from Schizophrenia: Towards an Empirically Validated Stage Model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586-594. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Bennett-Levy, J., Klein-Boonschate, M. A., Batchelor, J., McCarter, R. et Walton, N. (1994). Encounters with Anna Thompson: The consumer's experience of neuropsychological assessment. *Clinical Neuropsychologist*, 8(2), 219-238. <https://doi.org/10.1080/13854049408401559>
- Bowie, C. R., Depp, C., McGrath, J. A., Wolyniec, P., Mausbach, B. T., Thornquist, M. H., ... et Pulver, A. E. (2010). Prediction of real-world functional disability in chronic mental disorders: a comparison of schizophrenia and bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 167(9), 1116-1124.
- Camp, C. J. (2010). Origins of Montessori Programming for Dementia. *Non-pharmacological therapies in dementia*, 1(2), 163-174.
- Cella, M. et Wykes, T. (2019). The nuts and bolts of Cognitive Remediation: Exploring how different training components relate to cognitive and functional gains. *Schizophrenia Research*, 203, 12-16. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.09.012>
- Chamberlin, J. (1978). *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system*. McGraw-Hill.
- Deegan, P. E. (2001). *Le rétablissement en tant que processus autogéré de guérison et de transformation*. (H. Carbonnelle, trad.). Récupéré de https://revlyon.files.wordpress.com/2019/05/retablissement_processus_autogere_guerison_transformation.pdf
- Donofrio, N. (1999). Neuropsychological test feedback: Consumer evaluation and perceptions. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 14(8), 721. [https://doi.org/10.1016/s0887-6177\(99\)80199-1](https://doi.org/10.1016/s0887-6177(99)80199-1)
- Erkès, J. (2016). *La restitution de l'évaluation neuropsychologique*. Département de psychologie. Université Montpellier III.
- Eustache, F., Faure, S. et Desgranges, B. (2013). *Manuel de neuropsychologie* (4^e éd.). DUNOD.
- Franck, N. (2018). Développements en remédiation cognitive. Dans A. Plagnol, B. Pachoud et B. Granger (dir.), *Les nouveaux modèles de soins: Une clinique au service de la personne* (p. 87-97). <https://doi.org/10.3917/je.plagn.2018.01.0087>
- Gorske, T. (2007). Therapeutic Neuropsychological Assessment: A Humanistic Model and Case Example. *Journal of Humanistic Psychology*, 48(3), 320-339. <https://doi.org/10.1177/0022167807303735>
- Gruters, A. A., Ramakers, I. H., Verhey, F. R., Kessels, R. P. et de Vugt, M. E. (2021). A Scoping Review of Communicating Neuropsychological Test Results to Patients and Family Members. *Neuropsychology Review*, 32, 1-22. <https://doi.org/10.1007/s11065-021-09507-2>
- Hardy-Baylé, M.-C., Franck N., Morin, L., Pachoud, B., Passerieux, C., Roux, P., Urbach, M. et Younes, N. (2015). *Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique*. Rapport du Centre de Preuves en psychiatrie et santé mentale. Récupéré de <https://promesses-sz.fr/files/9/divers/32/57caec0c52944.pdf>
- Koenig, M., Caria, A. et Roelandt, J.-L. (2017). Empowerment et rétablissement: quelques repères dans les politiques de santé au niveau international et national. Dans J.-P. Arveiller, B. Durand et B. Martin (dir.), *Santé mentale et processus de rétablissement* (p. 56-62). Champ social.
- Laforcade, M. (2017). Le rétablissement au cœur des politiques de santé. *Rhizome*, 65-66(3-4), 25-26. <https://doi.org/10.3917/rhiz.065.0025>
- Larousse. (s. d.). Guérison. Dans *Dictionnaire en ligne*. Consulté le 12 avril 2022 sur <https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/gu%C3%A9rison/13433>
- Lepage, M., Bodnar, M. et Bowie, C. R. (2014). Neurocognition: Clinical and Functional Outcomes in Schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(1), 5-12. <https://doi.org/10.1177/070674371405900103>

Lezak, M. D., Howieson, D. B., Loring, D. W. et Fischer, J. S. (2004). *Neuropsychological assessment*. Oxford University Press.

Martin, B. et Franck, N. (2013). Facteurs subjectifs et rétablissement dans la schizophrénie. *L'Évolution Psychiatrique*, 78(1), 21-40. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2012.10.002>

Martin, B. (2017). *Empowerment* et liberté en psychiatrie. *Perspectives Psy*, 56(3), 211-216. <https://doi.org/10.1051/ppsy/201756211>

McGurk, S. R. et Meltzer, H. Y. (2000). The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 45(3), 175-184. [https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(99\)00198-x](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(99)00198-x)

Ministère des solidarités et de la santé, Direction Générale de l'Offre de Soins (2019, janvier). *Instruction n° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires*. <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=44293>

Pachoud, B. (2012). Se rétablir de troubles psychiatriques: un changement de regard sur le devenir des personnes. *L'information psychiatrique*, 88(4), 257. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8804.0257>

Van der Linden, M. (2018). Pour une neuropsychologie clinique intégrative et centrée sur la vie quotidienne. *Revue de neuropsychologie*, 10(1), 41-46. <https://doi.org/10.3917/rne.101.0041>

Wallerstein, N. (2006, février). *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Récupéré de https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf