

LE MODÈLE DE LA RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE EN PÉDOPSYCHIATRIE : QUELLE PERTINENCE ?

[Nathalie Zottner](#)

L'Harmattan | « [Nouvelle Revue de l'Enfance et de l'Adolescence](#) »

2022/2 N° 7 | pages 27 à 39

ISSN 2644-9633

ISBN 9782140310744

DOI 10.3917/nrea.007.0027

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2022-2-page-27.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour L'Harmattan.

© L'Harmattan. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

1. RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE ET SOINS PSYCHIQUES

Le modèle de la réhabilitation psychosociale en pédopsychiatrie : quelle pertinence ?

Nathalie Zottner¹²

Comment *agir* au mieux auprès de personnes atteintes d'une maladie mentale ? Telle est la question sensible qui oriente aujourd'hui le débat public. Seulement voilà, *comment agir au mieux* est indissociable d'une réflexion portant sur la finalité de l'action, elle-même étroitement liée aux représentations sociales de la folie dans notre société. De son temps, Freud a contribué à ce débat en énonçant que gouverner, éduquer, soigner, sont des métiers impossibles au sens où « il n'est pas concevable d'en produire une écriture scientifique qui permettrait de les maîtriser, de les organiser en raison et d'en prévoir les effets » (Chaumont, 2006). Les politiques hospitalières qui ne cessent de prendre le pas sur la direction des soins font-elles le pari contraire ? Leurs évolutions témoignent sans nul doute de ce qu'il est convenu d'appeler aujourd'hui « une rupture anthropologique brutale dans l'histoire de la clinique, son exigence de recherche et son art au carrefour de plusieurs sciences » (Vial-Durand, Turpyn, Zottner, 2022).

En 2017, conformément aux directives européennes, le modèle de la réhabilitation psychosociale se déploie sur le territoire français afin de répondre aux problèmes posés par la santé mentale¹³. Objectifs, population concernée, organisation des soins et outils certifiés seront consignés dans les textes législatifs qui suivront¹⁴. Le choix exclusif de ce modèle par les pouvoirs

¹² Psychologue Clinicienne, travaille en pédopsychiatrie dans un centre médico-psychologique pour enfants et un hôpital de jour pour adolescents. Membre de la coordination de l'Inter Collèges des Psychologues d'Ile de France et du Collectif National Inter Collèges des Psychologues Hospitaliers. Les chiffres entre crochets renvoient à la numérotation de la bibliographie

¹³ Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale

¹⁴ Instruction N° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale / Feuille de route santé mentale et psychiatrie du 28 juin 2018 / Instruction n° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur

publics devrait à lui seul nous alerter. A-t-il une pertinence dans le champ de la pédopsychiatrie ?

Au sujet de la réhabilitation psychosociale

Le mouvement de réhabilitation psychosociale apparaît aux États-Unis dans les années 1980. Il est étroitement lié à un mouvement de désinstitutionnalisation brutal qui a conduit un nombre considérable de patients atteints de troubles mentaux dans la rue ou les prisons faute de structures d'accueil alternatives (Morin & Franck, 2018). Dans ce contexte d'urgence, la réhabilitation s'est orientée dans un premier temps vers la protection de l'individu et le respect de ses droits. Le mouvement va peu à peu se structurer en s'appuyant sur un certain nombre d'initiatives citoyennes qui vont contribuer à la création de l'association mondiale de réhabilitation psychosociale (*World Association for Psychosocial Rehabilitation*) en 1986 (Duprez, 2008). Le Comité français pour la réhabilitation psychosociale (CFRP) verra le jour en 1996.

L'esprit de ce mouvement repose sur la volonté de redonner de l'espoir aux patients et à leurs proches. Dans cette optique, le rétablissement ne vise pas la guérison au sens habituel du terme (rémission des symptômes) (Lafont-Rapnouil, 2013), mais la réinsertion sociale et l'amélioration de la qualité de vie.

La réhabilitation psychosociale se donne pour objectif d'être au service de l'utilisateur afin d'optimiser ses compétences et d'améliorer son fonctionnement en vue de son maintien ou de son engagement dans la vie active. Il s'agit avant tout de dépasser en partie le modèle médical traditionnel pour favoriser une approche globale de la personne centrée sur la réappropriation de son pouvoir d'agir, l'autodétermination et la dignité de la personne dans le but de repousser la stigmatisation et l'exclusion sociale. Plus qu'un ensemble de pratiques, l'OMS la définit comme « un processus permettant aux personnes présentant une déficience, une incapacité ou un handicap dus à un trouble mental

les territoires.

d'atteindre un degré optimal d'autonomie au sein de la communauté. » (Melac, 2018)

Le projet individuel de la personne en réhabilitation constitue l'axe de travail indispensable à tous les acteurs du réseau. Il repose, selon les membres du CFRP, sur un diagnostic de réhabilitation psychosociale qui se différencie du diagnostic médical (Leguay & coll., 2008). Celui-ci sera établi sur la base de plusieurs évaluations qui serviront à planifier les différentes interventions et à mesurer régulièrement les réussites de l'utilisateur, ses difficultés et ses besoins. Les outils utilisés tels que la remédiation cognitive, l'entraînement aux habiletés sociales ou encore la psychoéducation constituent la base du processus de réhabilitation.

Changer le regard et l'attitude de la société à l'égard des personnes souffrant de maladie mentale constitue une autre ambition de la réhabilitation. Dans cette perspective, elle préconise de développer « un soutien social élargi et diversifié » (Leguay & coll., 2008) afin de lutter contre les effets délétères de l'hospitalisation prolongée. L'articulation de l'ensemble des acteurs du social, du médico-social et du sanitaire est ainsi pensée en termes de réseau afin de permettre une fluidité des parcours de vie. Cette articulation concerne aussi les liens entre les pratiques de réhabilitation et le tissu sanitaire préexistant. Elle est assurée, dans l'esprit de la réhabilitation, par un *case manager*. Sa fonction est d'évaluer, construire, proposer et mettre en lien l'utilisateur avec les différents services ou ressources communautaires (Gaudelus, 2018). Son rôle est comparable à celui d'un « courtier » (Lafont-Rapnouil, 2013) ou d'un référent social qui coordonnerait « un ensemble de services à la personne "à la carte" » dans le milieu de vie de l'utilisateur (Duprez, 2008).

Le Comité français pour la réhabilitation psychosociale (CFRP) entend s'appuyer sur le secteur qui « loin d'être dépassé est à construire » (Leguay & coll., 2008). Le CFRP y voit l'opportunité de tirer profit des particularités du secteur telles que la fiabilité, la proximité du domicile des patients, l'accompagnement des équipes à taille humaine et l'intérêt porté

à leur quotidien. Il considère ainsi le secteur comme la médecine générale de la psychiatrie et la réhabilitation comme une *spécialisation* ou encore une « valeur ajoutée » apportée au secteur (Leguay & coll., 2008).

Quelles seront les conséquences de la distinction faite entre *médecine générale de la psychiatrie* et *spécialisation de la psychiatrie* ? Apportera-t-elle une *valeur ajoutée* comme le préconise le CFRP ou au contraire, risque-t-elle d'affaiblir le soin psychiatrique de secteur ?

Pratique institutionnelle et secteur de pédopsychiatrie

Vingt ans avant la naissance du mouvement de réhabilitation psychosociale aux États-Unis et trente ans avant sa migration en France, le secteur de psychiatrie infanto-juvénile commence à se développer sur le territoire français. Celui-ci se concrétise peu après celle du secteur de psychiatrie générale, tous deux intrinsèquement liés à l'esprit de la thérapie institutionnelle née de l'expérience de Saint-Alban en Lozère (Bonnafé, Tosquelles).

L'idée du secteur repose sur la volonté de créer des structures ambulatoires pour éviter l'enfermement asilaire des patients et le maintien de l'enfant dans son environnement.

Quatre ans après la séparation de la psychiatrie et de la neurologie (cette dernière étant jugée trop techniciste), le secteur de psychiatrie infanto-juvénile se met en place en 1972 (Catheline, 2021), avec l'idée d'accueillir de manière inconditionnelle une population tout-venant au sein même de la communauté. Le centre médicopsychologique est alors conçu comme un point d'ancrage au sein duquel va s'articuler l'ensemble des acteurs qui gravitent autour de l'enfant.

Ce travail collectif va contribuer à façonner les entours d'un cadre de soin sur mesure pour chaque enfant. Celui-ci requiert une libre circulation de la parole et l'expression de points de vue divergents entre les professionnels. De ce partage va pouvoir émerger une « cohérence institutionnelle » (Delion, 2016) en mouvement qui, telle l'aiguille d'une boussole, s'oriente au gré

des dires du patient et de son évolution. La dimension psychique ou subjective est ici centrale. Les pratiques soignantes pourraient être conçues comme une sorte de *bricolage* qui ne peut se concevoir *a priori* et où le soignant, tel un artisan, tente de « faire avec » l'inédit et ce qui résiste à l'action thérapeutique dans le cadre d'une relation intersubjective.

Le débat entre professionnels prend ici toute son importance. La capacité soignante va pouvoir prendre sens et s'enrichir au sein d'espaces de débats pluriels. Priver les soignants de cette ressource reviendrait à les « condamner à un assèchement mortifère de leur créativité » (Vial-Durand, 2022) avec toute la souffrance que cela impliquerait. Cette réalité nous invite donc à une grande prudence envers toutes les tentatives de maîtrise et d'empiètement des politiques qui annuleraient cette capacité à peser le sens des choses par une quelconque forme « d'automatisation » des pratiques soignantes (Dumesnil, 2010).

Un soin psychiatrique qui tente de se redéfinir

Le vacillement du réseau à l'aune des parcours de soin illustre assez bien les enjeux auxquels le soin psychiatrique est actuellement confronté. Le réseau en pédopsychiatrie, qui repose sur l'articulation entre les différentes approches des troubles de l'enfant (biomédicale, psychopathologique, sociale, pédagogique, éducative...), est confronté aujourd'hui à des difficultés majeures qui fragilisent les collectifs de travail et le soin. Les restructurations successives de l'hôpital et des institutions partenaires (ASE¹⁵, secteur judiciaire, écoles...), l'introduction du DSM¹⁶ et l'évolution des formations, « une lecture des troubles qui s'impose de manière dominante au détriment des autres (psychopathologique autrefois, neurologique aujourd'hui) » (Catheline, 2021) sont autant d'évolutions qui menacent le réseau de se déliter. Ajoutons à cela le manque de moyens alloués à la psychiatrie et la pénurie de professionnels, il en résulte un appauvrissement de la

¹⁵ ASE : Aide sociale à l'enfance.

¹⁶ Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

compréhension de la psychopathologie. Nous mesurons ici le risque d'un « empiètement » (Worms, 2014) de la sphère économique et politique sur le soin en psychiatrie.

L'organisation du travail, pensée indépendamment des pratiques soignantes et des réalités auxquelles les professionnels du terrain sont confrontés, témoigne actuellement d'un véritable rapt des métiers qui ne laisse guère de place à la dimension psychique du soin. Dans un contexte général de sécurisation, les pratiques valorisées sont désormais celles *recommandées*¹⁷ par les instances gouvernementales et les financements des établissements dépendront en grande partie de leur application alors même que ce sont les conditions de possibilité du soin psychique et la complexité de la démarche soignante qui devraient amener à repenser en permanence l'évaluation économique des politiques de santé.

Dans ce contexte socio -politico-économique en pleine mutation, quelle pertinence aurait la réhabilitation psychosociale au regard des enfants et des adolescents actuellement pris en charge dans les hôpitaux de jour et les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ?

Les écueils de la réhabilitation en pédopsychiatrie

La question de l'autonomie en psychiatrie infanto-juvénile est une question relative à plus d'un titre. Il nous paraît simpliste de considérer que le développement d'un enfant pourrait se réduire à l'apprentissage de normes, qu'il soit atteint d'une maladie mentale ou non. L'autonomie est intrinsèquement liée à un travail de symbolisation chez l'enfant et l'adolescent qui ne peut être séparé des affects et processus psychiques qu'il mobilise (angoisse, mécanisme de projection et de clivage...).

D'une manière générale, une lecture uniquement par trouble au détriment d'une compréhension globale de l'expression de la

¹⁷ Je fais référence ici aux bonnes pratiques recommandées par la Haute Autorité de Santé (HAS).

souffrance de l'enfant conduirait sans nul doute à l'enfermer dans des catégories par ailleurs fort discutables et réductrices.

L'intérêt porté aux déficits cognitifs pour expliquer un défaut d'autonomie, associée au traitement rééducatif des thérapies comportementales, nous conduirait-il vers un *Pass social* obligatoire ?

Le psychiatre Matthieu Duprez en fait le constat lorsqu'il évoque la dimension politique de la réhabilitation psychosociale. « Aussi bien en ce qui concerne sa pratique rééducative, dit-il, qu'en matière de défense des droits des personnes, ou encore en ce qui concerne le type de psychologie à laquelle elle se réfère [...] c'est la mise en pratique d'une certaine forme du lien social alliant fantasme de l'autonomie et illusion de liberté sous couvert de défense des droits de l'homme et de respect des libertés individuelles, alors même que les forces en présence travaillent à la généralisation des systèmes de surveillance et de normalisation disciplinaire que M. Foucault regroupe sous le terme de "panoptique" » (Duprez, 2008).

Si l'on considère le décalage entre les besoins des enfants et adolescents psychotiques actuellement pris en charge dans les hôpitaux de jour et les CATTP, et la conception adaptative du soin prônée par la réhabilitation, on peut légitimement s'inquiéter du devenir des jeunes dont la pathologie résiste déjà en elle-même aux approches normatives et adaptatives.

Dans le champ de la pédopsychiatrie, un pas supplémentaire vers *l'optimisation du potentiel* de l'enfant nous conduirait vers une version plus « soft », mais tout aussi dangereuse du dépistage systématique des troubles des conduites chez l'enfant, préconisé il y a peu, à des fins normatives¹⁸. Si le gouvernement avait reculé à l'époque sous la pression de l'opinion publique et la mobilisation des professionnels comme le collectif « Pas de zéro de conduite », la psychologue et psychanalyste Sylviane

¹⁸ Je fais référence ici à l'expertise de l'Inserm en 2006 portant sur le dépistage systématique des troubles des conduites chez les enfants âgés de trois ans.

Giampino¹⁹, interviewée par Philippe Borrel (Borrel, 2010), s'inquiète de voir cette idéologie déterministe s'installer aujourd'hui par le biais des pratiques.

La réhabilitation psychosociale interroge le soin

Je m'appuierai ici sur la définition du soin « complet » tel que le définit le philosophe Frédéric Worms avec toutes ses dimensions : psychique (dimension subjective du soin), objective et technique, mais aussi morale, sociale et politique [12] pour ouvrir quelques pistes de réflexion.

Si l'on considère l'ensemble de ces dimensions, comment vont-elles s'articuler en réhabilitation ? La juxtaposition des divers dispositifs d'accueil et de soin reliés par un *case manager* et des valeurs communes suffira-t-elle à penser le sujet dans sa globalité ? Sera-t-elle suffisante pour le faire exister en tant que sujet dans l'esprit des différents intervenants, condition *sine qua non* pour qu'une relation transférentielle s'instaure ?

Au risque d'aborder une question délicate, pour ne pas dire périlleuse, arrêtons-nous sur la question des valeurs de la réhabilitation.

La promotion des valeurs positives telles que le respect, la dignité, l'alliance thérapeutique... tient une place centrale en réhabilitation. La force de ces valeurs est sans nul doute d'établir une culture commune, un cadre, voire un liant entre les acteurs du terrain. L'effet hypnotique qu'elles produisent réaliserait-il en revanche un glissement (et donc un évincement) de la dimension subjective du soin au profit d'une dimension morale du soin ? Cela reste une hypothèse.

Néanmoins, la promotion de valeurs idéalisées, leur caractère incontestable et « prêt-à-porter », risquent fort de détourner le désir et la responsabilité du soignant, comme celui de l'usager, au profit d'un engagement tourné vers un idéal sociétal. Il y a fort à craindre que ce détournement inhibe les capacités des soignants à penser les effets de la dimension intersubjective inhérente à toute relation de soin. Rappelons ici que le partage, à plusieurs,

¹⁹ Membre fondateur du collectif « Pas de zéro de conduite.

d'une pensée trébuchante — sans jugement de valeur — reste encore le moyen le plus sûr d'accueillir de manière inconditionnelle la vulnérabilité et ses multiples visages si l'on veut éviter que le rapport soignant/soigné ou encore, que le rapport entre les professionnels ne se transforme en un rapport de pouvoir.

Ce partage entre les différents intervenants du réseau pourra-t-il se faire et comment ? La multiplicité de l'offre de soin et *le soutien social étayant et diversifié* préconisé par le CFRP afin de lutter contre les effets délétères de l'hospitalisation prolongée seront-ils suffisamment contenant pour lutter contre les effets de déliaison de la psychose ? Comment ces dispositifs vont-ils pouvoir s'instituer dans un continuum et une représentation collective dont les effets de symbolisation sont tout aussi nécessaires aux équipes qu'aux patients ?

Il est une chose de faire du lien, il en est une autre de se rencontrer pour penser ensemble le soin et partager des points de vue divergents sur le patient, d'autant plus lorsque ceux-ci s'appuient sur des modèles théoriques différents. La notion de « tissu conjonctif » développée par le psychiatre et psychanalyste Jacques Hochmann est ici éclairante (Hochmann, 2004). Il établit une analogie entre les conjonctions de coordination, véritables liants dans une phrase, et les facteurs de liaison dans la structure même de l'appareil soignant (réunions, accompagnements de l'enfant...). Ces facteurs de liaison rempliront leur rôle « conjonctif et coordinateur », dit-il, à la condition de pouvoir se représenter l'enfant dans sa globalité, y compris en dehors de ses temps de prise en charge. Un « récit commun » va ainsi progressivement se construire au gré des rencontres entre l'enfant, sa famille, l'école, la cité et les soignants. « Articulé et organisé sous le signe des catégories du temps, de l'espace et de la causalité », ce récit, dit-il, « ouvre progressivement en lui des espaces psychiques différenciés où des souvenirs trouvent à se loger et où germe une intentionnalité ». Le travail en réseau suppose donc, plus qu'une alliance entre les professionnels, un solide *tissu conjonctif*, condition essentielle pour éviter les clivages et une fragmentation du soin.

L'accompagnement du patient dans cette chaîne de soins ne peut que reposer sur l'engagement de l'ensemble des professionnels du terrain et en aucun cas se décréter a priori. À la lumière de ce travail institutionnel, l'articulation des différents lieux d'accueil ne peut se réduire à une simple organisation de moyens ou encore à une collection de dispositifs. Le case management, envisagé essentiellement sous l'angle organisationnel²⁰ (évaluations, mise en relation, coordination...) témoigne d'une rupture avec l'esprit du travail collectif *vivant* à l'œuvre en pédopsychiatrie. Il transforme, de fait, les professionnels en exécutants qui seront amenés à intervenir dans le cadre d'une planification pensée a priori.

Vers un défi majeur...

Si la dimension globalisante, temporelle et relationnelle des soins en pédopsychiatrie pouvait relever d'une *médecine générale de la psychiatrie* comme le définit le CFRP, en revanche, l'approche institutionnelle et les connaissances du développement psychique²¹ de l'enfant qu'elle requiert relèvent d'une spécialisation. Celle-ci repose sur un savoir-faire *sans pareil* qui ne peut se dupliquer dans la mesure où il relève d'une construction plurielle toujours singulière qui nécessite une attention particulière portée à l'histoire de l'enfant, à son environnement social et familial et s'inscrit, de fait, dans un continuum entre le normal et le pathologique en raison du caractère évolutif de l'enfant.

L'approche cognitivo-comportementaliste des troubles neurodéveloppementaux qui a aujourd'hui l'oreille des pouvoirs publics devrait pouvoir s'articuler à une approche psychodynamique sans s'y substituer ou instaurer une hiérarchie de valeur entre troubles objectifs et troubles psychiques. « Le soin psychique est une dimension de tous les soins et non pas un

²⁰ Quand bien même l'accompagnement mené par le case manager repose sur une alliance thérapeutique.

²¹ Normal et pathologique.

soin à côté d'autres », nous rappelle Frédéric Worms (Worms, 2014).

La mise sous tutelle des pratiques soignantes en faveur des plateformes de coordination et d'orientation pour les enfants atteints de troubles neurodéveloppementaux [18] au détriment de la préservation des structures de soin laisse plutôt présager l'évincement de la dimension psychique du soin en pédopsychiatrie.

En outre, le décalage entre les politiques qui visent aujourd'hui le « tout inclusif » et le manque de moyen alloué aux services publics et au milieu associatif, qui soutiennent une intégration dans le milieu scolaire adaptée à l'évolution de chaque enfant, devrait nous interroger.

Quelle que soit leur référence théorique, les professionnels devraient prendre le temps de se rencontrer et de débattre autour des tensions inhérentes à la notion de soin psychiatrique et de l'impact d'une évolution sociétale sans précédent sur l'accueil des patients, sans se soumettre aux diktats des idéologies ambiantes. La réduction de la dimension psychique de certains troubles neurologiques ou psychiques et l'empiètement de la sphère politique et économique sur les soins représentent un sérieux danger pour la prise en charge des patients en pédopsychiatrie et en psychiatrie en général. Sans être analysés par les professionnels, ils conduiraient sans nul doute à un retour en force de la dimension asilaire, cette fois-ci bien intégrée dans nos sociétés et à l'exclusion des enfants les plus vulnérables.

Bibliographie

- Borrel, P. (2010). *Un monde sans fous*. Champ social éditions
- Catheline, N. (2021). *L'enfant et la médecine, une histoire de la pédopsychiatrie (XIX-XX^e siècle)*. L'Harmattan.
- Chaumont, F. (2006). « Métiers impossibles », in Chaumont, F (dir). *Psychanalyse : Vers une mise en ordre ?* La dispute.
- Circulaire n° SG/2018/256 du 22 novembre 2018 relative à la mise en place des plateformes d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce

pour les enfants avec des troubles du neurodéveloppement/Circulaire interministerielle n° DIA/DGCS/SD3B/DGOS/R4/DGESCO/2021/201 du 23 septembre 2021 relative au déploiement des plateformes de coordination et d'orientation et l'extension du forfait d'intervention précoce de 7 à 12 ans.
Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale.

Delion, P. (2016). Qu'est-ce que la cohérence institutionnelle ? . URL : <https://www.yapaka.be/video/video-quest-ce-que-la-coherence-institutionnelle>. Site consulté le 29/03/2022.

Dumesnil, J. 2010. 'Implications éthiques d'une "protocoolisation" croissante... de la pratique médicale', in Duprez, M. (2008). Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle, in *L'information psychiatrique*, 84, 907-912.

Hirsch, E. *Traité de bioéthique : I — Fondements, principes, repères*. Érès.

Gaudelus, B. (2018). Case management et réhabilitation psychosociale dans le système français, in Franck, N. (dir). *Traité de réhabilitation psychosociale*. Elsevier Masson.

Hochmann, J. (2004). La psychose de l'enfant et l'institution, in Lebovici, S. (2004). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. PUF

Instruction N° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale / Feuille de route santé mentale et psychiatrie du 28 juin 2018 / Instruction n° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires.

Lafont-Rapnouil, S. (2013). La réhabilitation psychosociale : quelle réforme des services de soins est nécessaire pour passer des connaissances à la pratique ?, in *L'information psychiatrique*, 89, 371-377.

Leguay D., Giraud-Baro, E., Lièvre, B., Dubuis, J., Cochet, A., Roussel, C., Vidon, G. (2008). Le Manifeste de Reh@b' : propositions pour une meilleure prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques chroniques et invalidants. *L'information psychiatrique*, 84, 885-893.

- Melac, A (2018). Réhabilitation psychosociale et rétablissement : représentations dans une population de professionnels en psychiatrie (Thèse de doctorat en médecine, Université d'Amiens). <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02096342/document>
- Morin, L., Franck, N. (2018). Valeurs de la réhabilitation psychosociale, in Nicolas, F. (2018), *Traité de réhabilitation psychosociale*. Elsevier Masson.
- Vial-Durand, M (2021). L'impossible au cœur du vivant. *Le Journal des psychologues*, 53, 50-53.
- Vial-Durand, M., Turpyn, M., Zottner, N. (2022). Regards sur l'effondrement de l'hôpital. https://intercolleges-psychos-idf.fr/IMG/pdf/se_nat_jeudi_27_janvier_2022.pdf
- Worms, F. (2014). La dimension psychique du soin, *Pratiques en santé mentale*, 60, 47-51.