

**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

Année 2011

N°

**Thèse**

**pour le**

**DOCTORAT EN MEDECINE**

**Diplôme d'Etat**

**Par**

*Giraud Gaëla*

*Née le 06/05/1982 à Boulogne Billancourt*

**Présentée et soutenue publiquement le 26 septembre 2011**

**L'économie de jetons, un environnement prothétique pour les patients souffrant de schizophrénie déficitaire : description et analyse critique du programme « Seconde Chance »**

**Jury**

**Président de Jury :  
Membres du jury :**

**Monsieur le Professeur Philippe Gaillard  
Monsieur le Professeur Vincent Camus  
Monsieur le Professeur Jean-Louis Senon  
Madame le Docteur Mélanie Biotteau  
Monsieur le Docteur Jérôme Graux**

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

**Professeur Dominique PERROTIN**

**VICE-DOYEN**

Professeur Daniel ALISON

**ASSESEURS**

Professeur Christian ANDRES, Recherche  
Docteur Brigitte ARBEILLE, Moyens  
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue  
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie  
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

**SECRETAIRE GENERAL**

Monsieur Patrick HOARAU

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972  
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994  
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

**PROFESSEURS EMERITES**

Professeur Patrick CHOUTET  
Professeur Guy GINIES  
Professeur Jacques LANSAC  
Professeur Olivier LE FLOCH  
Professeur Chantal MAURAGE  
Professeur Léandre POURCELOT  
Professeur Jean-Claude ROLLAND

**PROFESSEURS HONORAIRES**

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI  
BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI  
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - J. LAUGIER  
G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN - J. MOLINE  
Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD - Ch. ROSSAZZA - Ph.  
ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE - J. THOUVENOT  
B. TOUMIEUX - J. WEILL.

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire	
ARBELLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire	
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	
AUTRET Alain	Neurologie	
Mme	AUTRET-LECA Elisabeth	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MM.	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mmes	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
	BARTHELEMY Catherine	Physiologie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BESNARD Jean-Claude	Biophysique et Médecine nucléaire
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	CHARBONNIER Bernard	Cardiologie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FETISSOF Franck	Anatomie et Cytologie pathologiques
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel		
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LANSON Yves	Urologie
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie

LECOMTE Pierre	Endocrinologie et Maladies métaboliques
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEMARIE Etienne	Pneumologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
LORETTE Gérard	Dermato-Vénérologie
MACHET Laurent	Dermato-Vénérologie
MAILLOT François	Médecine Interne
MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
NIVET Hubert	Néphrologie
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Physiologie et Médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
RICHARD-LENOBLE Dominique	Parasitologie et Mycologie
ROBERT Michel	Chirurgie Infantile
ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-Vénérologie
VELUT Stéphane	Anatomie
WATIER Hervé	Immunologie.

### **PROFESSEURS ASSOCIES**

M.	HUAS Dominique	Médecine Générale
Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale
MM.	POTIER Alain	Médecine Générale
	TEIXEIRA Mauro	Immunologie

### **PROFESSEUR détaché auprès de l'Ambassade de France à Washington pour exercer les fonctions de Conseiller pour les affaires sociales**

M.	DRUCKER Jacques	Epidémiologie-Economie de la Santé et Prévention
----	-----------------	--

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas  
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert d'opprobre  
et méprisé de mes confrères  
si j'y manque.

## REMERCIEMENTS

**A Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD**, qui me fait l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez recevoir mes remerciements pour l'enseignement théorique dont vous nous avez fait bénéficier au cours de nos années d'internat. Vous avez su me faire partager votre expérience.

Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

**A Monsieur le Docteur Jérôme GRAUX**, qui m'a fait l'honneur de diriger ce travail. Je t'en suis infiniment reconnaissante. Je te remercie pour ton immense disponibilité, tes encouragements et tes critiques constructives. Ton enthousiasme et ta curiosité ont nourri profondément ce travail.

T'avoir côtoyé et écouté fut un honneur.

MERCI.

**A Monsieur le Professeur Vincent CAMUS**, qui me fait l'honneur de juger ce travail. Veuillez recevoir mes remerciements sincères pour votre aide précieuse dans ma recherche de stage aux Etats-Unis, et pour la confiance que vous m'avez accordée dans ce projet. Sans votre soutien, ce travail n'aurait jamais existé.

Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon admiration.

**A Madame le Docteur Mélanie BIOTTEAU**, qui me fait l'honneur de juger ce travail. Veuillez recevoir ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

**A Monsieur le Professeur Jean Louis SENON**, qui me fait l'honneur de s'intéresser à ce travail. En dépit de la charge de travail qui vous incombe, vous avez accepté de faire partie de mon jury, veuillez trouver ici le témoignage de mes remerciements les plus sincères.

# TABLE DES MATIERES

I.	Introduction.....	10
II.	Fondements théoriques de l'économie de jetons .....	12
	A. La réhabilitation psychosociale .....	12
	1. Historique .....	12
	2. Définitions .....	13
	B. L'entraînement aux habiletés sociales (EHS) .....	14
	C. L'économie de jetons .....	16
	1. Le conditionnement opérant .....	16
	2. Principes de fonctionnement de l'économie de jetons .....	16
	a) L'expérience princeps d' Ayllon et Azrin.....	16
	b) Le jeton, un renforçateur conditionné et généralisé .....	18
	c) Renforcement immédiat versus renforcement différé .....	19
III.	Une expérience concrète de l'économie de jetons : le programme « seconde chance »	21
	A. Fonctionnement de l'unité (Silverstein et al. 2004, 2006) .....	21
	1. Recrutement des patients .....	21
	2. Organisation de l'unité .....	22
	a) Organisation générale.....	22
	b) Économie de jetons et renforcement positif immédiat.....	23
	c) Économie de jetons et renforcement positif différé .....	24
	B. Description d'une journée type au sein de l'unité « seconde chance ».....	25
	C. Les interventions au niveau individuel.....	27
	1. Les interactions interindividuelles .....	27
	2. Les « interventions cognitives individualisées » .....	28

3.	Les « contrats de comportement individuels » .....	28
IV.	Résultats obtenus sur les 4 premières années du programme « seconde chance » .....	32
A.	Un programme de soin empirique (Silverstein et al. 2004, 2006) .....	32
B.	Principaux résultats obtenus sur les 4 premières années du programme (Silverstein et al. 2004, 2006) .....	35
V.	Discussion .....	37
A.	Analyse critique du programme « seconde chance » .....	38
1.	Un taux de réinsertion surévalué .....	38
2.	Des limites à la généralisation .....	39
3.	Les limites de l'équipe soignante .....	40
4.	Les limites des renforçateurs .....	41
5.	Considérations éthiques .....	42
a)	Aspects historiques .....	42
b)	Les principes de l'éthique biomédicale .....	44
c)	L'économie de jetons à l'épreuve des principes de l'éthique biomédicale .....	45
B.	Prises en charge usuelles des psychotiques chroniques institutionnalisés : enquête auprès de soignants travaillant dans une structure de soins psychiatriques française .....	47
C.	Vers une optimisation de l'économie de jetons ? .....	50
1.	Approche motivationnelle de l'économie de jetons .....	50
a)	Préambule : rappel de définitions .....	50
b)	Approche clinique de la motivation : le concept d'apathie dans la schizophrénie 51	
c)	Bases neurophysiologiques du trouble motivationnel dans la schizophrénie .....	52
d)	Modèles cognitifs de la motivation .....	52
(1)	Le modèle « expectancy value » de la motivation .....	53
(2)	La théorie de l'autodétermination .....	53
e)	Application des modèles cognitifs de la motivation à la schizophrénie .....	54
2.	Approche motivationnelle du programme « seconde chance » .....	56



3. Optimisation de l'économie de jetons : vers une prise en charge « compensatrice » des déficits des patients schizophrènes ? .....	57
a) L'approche restauratrice .....	58
b) L'approche compensatrice .....	59
VI. Conclusion.....	62
VII. Bibliographie.....	63
VIII. Annexes.....	68

# I. Introduction

Au cours des deux dernières décennies, l'amélioration et la diversification des moyens thérapeutiques dans la prise en charge des patients schizophrènes a permis la poursuite d'un mouvement de désinstitutionalisation amorcé dans les années 70. En effet, l'introduction des antipsychotiques atypiques, conjuguée à l'essor des techniques de réhabilitation psychosociale, et au déploiement d'alternatives de logements en dehors des structures hospitalières (appartements thérapeutiques, maisons relais, etc.), a rendu possible la réinsertion des patients psychotiques dans la société.

Néanmoins, certains d'entre eux restent peu ou non répondeurs à ces mesures pharmacologiques et psychosociales. C'est le cas des patients souffrant de schizophrénie dite résistante ou réfractaire au traitement.

La résistance pharmacologique se définit par l'absence d'amélioration ou par une amélioration insuffisante des symptômes positifs après administration de deux traitements neuroleptiques bien conduits (dont un atypique), c'est à dire à doses suffisantes et pendant au moins 6 à 8 semaines (Franck, 2005). Elle concernerait à 10 à 20 % des sujets schizophrènes (Kane et al., 1988). À l'issue des travaux de Kane (1988) rapportant la supériorité de la clozapine comparativement à l'utilisation de fortes doses de chlorpromazine, chez des patients non répondeurs après 6 semaines de fortes doses d'halopéridol, de nombreuses autres publications ont apporté des arguments en faveur de la prescription de clozapine dans les schizophrénies résistantes. Wahlbeck et collaborateurs (1999) ont publié une méta analyse (revue Cochrane de 30 essais comparatifs réalisés essentiellement à court terme incluant 2 530 patients) en faveur de la supériorité de la clozapine dans le traitement des schizophrénies résistantes, comparativement à la chlorpromazine ou l'halopéridol.

Cependant, même si la clozapine est considérée généralement comme l'antipsychotique le plus efficace chez ces patients ne répondant pas à un traitement neuroleptique conventionnel, son efficacité n'est pas systématique ; de plus, elle reste sous-utilisée en raison de ses effets secondaires et de ses complications médicales potentielles. Enfin, même lorsqu'elle réduit les symptômes de la schizophrénie, l'évidence d'une amélioration dans le fonctionnement social, au travail ou à un niveau global, est faible (Wahlbeck et al., 1999).

Pour répondre à ce problème de santé publique, aussi prégnant en France qu'aux Etats Unis, le « Weill Medical College » de l'université de Cornell et le « New York Office of Mental Health » ont développé un modèle de soin alternatif pour les patients psychotiques réfractaires qui résident dans les hôpitaux publics de l'état de New York. Ce programme de soin a nécessité la construction d'une unité spécialisée, combinant ce qui se faisait de mieux en pharmacothérapie et en réhabilitation comportementale. Le résultat en est le **programme «seconde chance »**, qui s'est ouvert à la Westchester Division du « New York Presbyterian Hospital » en janvier 1998.

L'objectif de ce programme est de favoriser l'autonomisation de patients schizophrènes institutionnalisés au long cours dans les hôpitaux publics de New York, et de leur offrir ainsi l'opportunité d'une « deuxième chance » de réinsertion dans la société. Pour cela, cette unité de soins s'appuie sur un programme de réhabilitation psychosociale, structuré par un **système comportemental d' « économie de jetons »**.

Ainsi, nous reviendrons dans un premier temps sur les fondements théoriques de la réhabilitation psychosociale, en nous attardant sur la technique de l'économie de jetons, qui constitue le point central de la réhabilitation proposée dans le programme « seconde chance ». Nous détaillerons ensuite l'organisation des soins et les principaux résultats obtenus dans l'unité, avant de proposer une analyse critique de ce programme.

Les arguments, critiques et éléments de réflexions développés ci-dessous sont le fruit d'une revue de la littérature, ainsi que d'une expérience personnelle de quatre mois au sein de l'unité « seconde chance », réalisée au cours de mon internat.

## **II. Fondements théoriques de l'économie de jetons**

Dans cette première partie, nous reviendrons sur les bases théoriques de la réhabilitation psychosociale, en nous attardant sur les méthodes d'« entraînement aux habiletés sociales » et sur la technique de l'économie de jetons.

### ***A. La réhabilitation psychosociale***

#### **1. Historique**

La diminution drastique de l'offre de l'hospitalisation psychiatrique à plein temps, générale dans les pays occidentaux, a été amorcée dès les années 1970, souvent sous l'impulsion des psychiatres et soignants, militant pour une « désinstitutionalisation » des patients psychotiques et pour un exercice psychiatrique plus proche de la société. Le mouvement s'est encore accéléré au cours des années 1980, mais pour des raisons progressivement différentes, tenant de plus en plus à des difficultés de financement des systèmes publics de santé, avec nécessité de réduire leurs coûts.

En effet, l'asile d'autrefois, converti après la Seconde Guerre mondiale en hôpital à part entière, avec ce que cette conversion représentait comme coût, s'est trouvé dans l'obligation de se conformer aux règles de fonctionnement communes à tous les hôpitaux (notamment le court séjour et une certaine logique de rentabilité). Cette conversion posait donc la question du traitement à moyen et long terme des patients psychotiques les plus sévèrement atteints.

De ce fait était posée la problématique de la réhabilitation psychosociale (Kapsambelis et al., 2002) et (ou) des alternatives à l'hospitalisation pour ces patients, autrement dit, de la réinsertion, des mesures sociales, du traitement psychosocial des troubles, du travail avec les familles et avec les partenaires sociaux.

Question d'autant plus épineuse que différents indices montrent que ce mouvement de « désinstitutionalisation » ne va pas forcément de soi : dès les années 1970 et 1980, plusieurs

études ont souligné la détresse psychologique et la précarité sociale des patients sortis de leurs asiles de façon volontariste (Anthony, 1986).

En effet, « le pronostic de la schizophrénie tenant plus à des facteurs sociaux qu'aux caractères propres à l'évolution psychopathologique de la maladie ou à la présence de symptômes résiduels » (Widlöcher, 1980), la sortie « intempestive » des institutions peut être dramatique pour certains patients, du fait de leur déficit en compétences sociales et de leurs difficultés à s'autonomiser.

C'est donc dans ce contexte que l'intérêt pour le traitement psychosocial de la schizophrénie s'est renforcé ; de nombreux auteurs se sont alors penchés sur la question du traitement des déficits des habiletés sociales des patients schizophrènes, et ont proposé des programmes de réhabilitation psychosociale afin de leur assurer la meilleure réinsertion possible dans la société.

## **2. Définitions**

La réhabilitation psychosociale est née sous l'impulsion des travaux de Liberman dans les années 80, et comporte « l'ensemble des stratégies qui permettent aux patients psychiatriques de récupérer leur fonctionnement social et instrumental dans la plus large mesure possible, en utilisant des procédés d'apprentissage et des mesures d'étayage ». (Anthony et Liberman, 1986)

Des définitions plus larges ont aussi été formulées. Pour Vidon (1995), « la réhabilitation psychosociale sous-entend le « maintien » des malades psychiatriques chroniques dans la communauté, et vise à construire pour eux des « systèmes de soutien » en dehors des hôpitaux. Elle réalise donc une ouverture sur tout le champ des alternatives à l'hospitalisation, sur les modes de suivi extrahospitaliers, dépasse le champ étroit de la réadaptation fonctionnelle et implique des interventions dans la communauté ».

On assiste ainsi à une prise de conscience de l'importance des soins pluridisciplinaires dans la schizophrénie, axés non seulement sur le traitement pharmacologique, mais également sur un ensemble de mesures psychosociales permettant une meilleure autonomisation et réinsertion du patient à sa sortie de l'hôpital.

## ***B. L'entraînement aux habiletés sociales (EHS)***

Selon les principes énoncés ci-dessus, des programmes d'apprentissage à la vie quotidienne et sociale, appelés « entraînement aux habiletés sociales » (EHS), d'inspiration cognitivo-comportementale ont été développés, et sont actuellement largement utilisés.

Les habiletés sociales se définissent comme « les comportements verbaux et non verbaux résultant de processus cognitifs et comportementaux qui permettent de s'ajuster à la vie dans la communauté. C'est l'ensemble des capacités spécifiques qui nous permettent de répondre à une situation sociale de façon compétente » (Favrod, 1993). Les habiletés sociales recouvrent donc des savoirs (connaissances), des savoir-faire comportementaux (habiletés de communication verbale et non verbale) ainsi que des savoir-faire cognitifs (habiletés à résoudre des problèmes), nécessaires à un bon fonctionnement dans la vie quotidienne.

Le déficit de ces compétences conduit les patients schizophrènes à être incapables d'entrer en relation avec autrui, à ne pas savoir gérer leur argent, ni utiliser les moyens de transport, à ne pas pouvoir obtenir ou garder leur emploi, ni trouver et entretenir un logement. Ces déficits deviennent handicapants, selon la définition de l'OMS, lorsque l'environnement ne fournit plus les moyens de compenser les incapacités du patient ou les accentue par des processus, parfois très subtils, de marginalisation et de discrimination. La personne invalide est alors placée dans une position de désavantage par rapport aux autres. Elle sera limitée dans l'accomplissement de ses rôles sociaux normaux. Les handicaps du patient schizophrène apparaissent lorsque les employeurs refusent d'engager des gens qui souffrent de maladie mentale, ou lorsque la communauté rejette une personne au comportement bizarre. Les handicaps se manifestent alors, par exemple, par la clochardisation ou le chômage (Favrod, 1993).

L'EHS permet l'apprentissage de moyens qui permettent de contourner ou de réduire ces incapacités fonctionnelles. Par exemple, la personne non-voyante apprendra le braille afin de pouvoir lire et s'informer, celle qui est sourde apprendra un langage de signes pour communiquer avec ses pairs. L'apprentissage des habiletés sociales correspond analogiquement à ce type d'intervention pour les personnes souffrant de schizophrénie.

Liberman a été l'un des principaux artisans du développement de ces méthodes d'EHS dans les années 1980. Elles ont pris un essor considérable et occupent maintenant une part très importante dans le traitement de la schizophrénie, leur efficacité ayant été démontrée (Liberman, 1985).

Concrètement, il s'agit de modules structurés et interactifs (la technique du jeu de rôle y est très souvent utilisée), enseignés la plupart du temps dans des groupes de 6 à 8 patients.

Par exemple, le module « *habiletés élémentaires de conversation* » permet la création et le maintien des liens interpersonnels ; le module « *stratégies de résolution de problèmes interpersonnels* » permet aux patients de s'entraîner à résoudre des problèmes quotidiens, de manière réaliste et efficace, en respectant leurs propres droits et besoins, tout en tenant compte de ceux des autres.

Ce type de prise en charge est généralement associée à des groupes de *psychoéducation* (modules de « *gestion des symptômes* » et « *d'éducation au traitement neuroleptique* »), permettant aux patients de mieux connaître leur maladie, de savoir y faire face et de mieux vivre malgré elle. Ces groupes permettent aux patients de devenir conscients du risque de rechutes et de la nécessité de les prévenir, en leur faisant comprendre le rôle des médicaments, et en leur permettant d'acquérir un certain contrôle sur leurs symptômes. Des connaissances et des savoir-faire nécessaires à la prise correcte et volontaire des médicaments et au repérage des signes précurseurs de rechute y sont acquis (Franck, 2008).

Rappelons que la mise en œuvre de ces programmes comportementaux d'EHS a été précédée par la création en 1968 par Ayllon et Azrin du **système de l'économie de jetons**. Ainsi, nous allons revenir sur les principes de cette technique « historique », tombée en désuétude, mais qui connaît actuellement un regain d'intérêt, puisqu'elle est notamment utilisée dans le programme «seconde chance ».

## **C. L'économie de jetons**

En 1968, Ayllon et Azrin font connaître l'économie de jetons, technique comportementale qui s'appuie sur le principe du *conditionnement opérant* et la théorie du *renforcement*.

### **1. Le conditionnement opérant**

Selon Skinner (1938; 1953), la plupart des comportements peuvent être qualifiés d'« opérants ». Les comportements opérants sont ceux qu'un stimulus ne déclenche pas automatiquement ; par exemple, lorsqu'un organisme parle, il « émet » un comportement opérant. Cependant, la fréquence de ces comportements peut être affectée par certains événements.

On appelle *conditionnement opérant* une situation d'apprentissage dans laquelle le type de réponse comportementale fournie par le sujet détermine son *renforcement positif* (augmentation de la fréquence d'un comportement qui est suivi immédiatement d'un renforçateur positif), ou son *renforcement négatif* (augmentation de la fréquence d'un comportement qui a comme conséquence de mettre fin à un renforçateur négatif).

Par ailleurs, Skinner montrera que les comportements acquis dans des situations où il faut éviter une punition sont moins stables et durables que les apprentissages obtenus dans des situations placées sous contrôle positif. En somme, les récompenses sont plus efficaces que les punitions et doivent donc être préférentiellement utilisées dans tout programme de soins.

### **2. Principes de fonctionnement de l'économie de jetons**

#### **a) L'expérience princeps d' Ayllon et Azrin**

En 1968, Ayllon et Azrin ont donc conçu une prise en charge comportementale pour les patients schizophrènes, basée sur un système de renforçateurs : ils ont imaginé un environnement entier impliqué dans la prise en charge du malade, et ont ciblé les *comportements utiles à développer* (et non les symptômes à réduire), via le principe du



conditionnement opérant. En pratique, les patients étaient renforcés positivement (via un *système de jetons et de récompenses*) lorsqu'ils agissaient de manière adéquate, et négativement lorsqu'ils agissaient de manière inappropriée.

« La philosophie générale qui se dégage de nos tentatives met l'accent sur les *aspects positifs* dans le comportement du malade. Tous les efforts tendirent à structurer chez le malade des comportements constructifs et fonctionnels. Si les comportements complexes avaient du mal à s'établir, on consacrait tous ses efforts à en établir de plus simples pour servir de marchepied (...) Le problème des symptômes fut remis à une date ultérieure (...) À notre surprise, nous vîmes que, dès que les procédures furent efficaces pour établir des comportements fonctionnels, nombre de comportements symptomatiques avaient disparu et ne pouvaient plus être étudiés (...) Il semble que les comportements symptomatiques, de par leur nature destructive, furent réduits par cela même qu'ils ne pouvaient exister à côté de comportements fonctionnels». (Ayllon et Azrin, 1973)

L'expérience principes de Ayllon et Azrin souligne l'intérêt de se centrer sur les comportements adaptés et non sur les symptômes, et suggère que la plupart des comportements sont le résultat de l'apprentissage, et peuvent donc être appris ou « désappris » selon le principe du conditionnement opérant.

La mise en place d'un système d'économie de jetons nécessiterait alors (Trudel, 1980):

- de définir les comportements ou les déficits comportementaux qui empêchent le patient de sortir des institutions psychiatriques. L'une des erreurs fréquentes concerne le choix des comportements cibles. Ceux-ci sont parfois des comportements excédentaires et l'objectif est de les voir diminuer. Par exemple, identifier comme objectif que le patient n'ait pas de comportement hétéro agressif est inadéquat dans le cadre d'un système d'économie de jetons. *Ce n'est pas l'absence d'un comportement qui donne l'accès à l'agent renforçateur, mais bien l'émission d'un comportement socialement approprié.* On choisira donc souvent l'opposé au comportement excédentaire.

- de déterminer les conditions qui maintiennent ces comportements inadaptés, et celles qui permettraient de modifier le comportement, afin de rendre le patient plus actif et autonome (principe des renforçateurs, voir ci-dessous).
- d'utiliser l'environnement dans lequel évolue le patient comme principal instrument thérapeutique. Ceci implique la collaboration des infirmiers et de tout le personnel travaillant directement auprès des patients pour favoriser l'apprentissage de nouveaux comportements.
- de prévoir des procédés qui permettront la *généralisation* à des situations extrathérapeutiques des apprentissages réalisés par le patient. Ce qui signifie que la réintégration sociale ne pourra se faire efficacement sans avoir recours à des mécanismes de transition.

## **b) Le jeton, un renforçateur conditionné et généralisé**

*Un renforçateur positif* est un stimulus qui suit immédiatement un comportement dont il augmente la probabilité d'apparition. *Un renforçateur négatif* est un stimulus dont la cessation provoque une augmentation de la probabilité du comportement qui lui met fin.

*Un renforçateur conditionné* est un stimulus qui acquiert ses propriétés « renforçantes » de par son association avec un *renforçateur primaire*, ce dernier étant l'agent renforçateur le plus puissant, parce qu'il répond à un besoin essentiel de l'individu (exemple de renforçateurs primaires : nourriture, sommeil, satisfaction des besoins sexuels, tabac ...).

*Un renforçateur généralisé* est un type de renforçateur conditionné dont la principale caractéristique réside dans son association à plusieurs renforçateurs. L'argent ou les jetons sont des renforçateurs généralisés puisqu'ils donnent accès à de nombreux renforçateurs. C'est donc ce concept de renforçateur généralisé qui est à la base de l'économie de jetons. Le jeton est un renforçateur conditionné et généralisé. Son attribution est contingente à un comportement dont la fréquence doit être augmentée et permet au sujet d'avoir accès à une variété de renforçateurs primaires (boissons, nourriture) ou secondaires (activités, ...).

Un des principaux problèmes résultant de l'application en milieu hospitalier des principes du renforcement réside dans la difficulté de faire suivre le renforcement immédiatement après le comportement. Par exemple, donner une chambre privée à un patient qui vient d'« émettre » un bon comportement ne peut se faire immédiatement. En outre, l'attribution de renforçateurs disponibles en milieu hospitalier (repas, collations, cigarettes, etc.) n'est pas possible sans interrompre la performance du sujet. Or, l'efficacité du renforçateur dépend en grande partie du fait qu'il suit *immédiatement* l'émission d'un comportement. Des études révèlent qu'il est possible d'utiliser un renforçateur conditionné (de type jeton) pour empêcher ce délai entre le comportement et la réponse. Ainsi, Kelleher (1957) montre qu'un chimpanzé peut apprendre à peser sur un levier quand il est renforcé par des jetons échangeables pour de la nourriture. Cet échange peut s'effectuer jusqu'à trois heures après l'émission du comportement et le jeton est presque aussi efficace qu'un renforçateur immédiat sous forme de nourriture.

On constate ainsi les avantages de l'utilisation du jeton : il empêche tout délai entre l'émission du comportement et l'émission du renforçateur : il permet le renforcement du comportement en tout temps ; il rend possible le renforcement d'une séquence de comportements sans interruption due à l'émission du renforçateur (Trudel, 1980).

Ainsi, en pratique, une liste des « comportements cibles » à laquelle chaque soignant peut se référer est établie pour chaque patient. Lorsqu'un comportement cible est atteint (par exemple, avoir une conversation adaptée) le patient est renforcé positivement immédiatement par un jeton, qu'il pourra échanger dans un second temps. En effet, il existe un système d'échange qui permet aux sujets d'utiliser leurs jetons pour obtenir par la suite l'accès à différents renforçateurs primaires ou secondaires (collations, cigarettes, sorties, accès à la salle de télévision, etc.).

### **c) Renforcement immédiat versus renforcement différé**

*Le renforcement immédiat* est une des caractéristiques fondamentales de l'économie de jetons, le jeton permettant de faire immédiatement le lien entre le comportement et une série de renforçateurs possibles. Or, cette technique de renforcement immédiat à l'aide de jetons est en réalité très artificielle. Il va de soi, en effet, que le comportement des patients ne pourra pas continuer à être renforcé de cette façon à l'extérieur du système. S'en tenir uniquement à ce procédé et ne pas prévoir des mécanismes de transition augmenteraient les

risques d'échec. D'où la nécessité de planifier des situations qui permettent le passage du renforcement immédiat par jetons à des systèmes de contrôle du comportement plus courants dans la société, par exemple avec l'introduction d'un système de « salaire en jetons », que le patient obtiendrait à un rythme hebdomadaire, en fonction du comportement de la semaine. Le renforcement immédiat serait alors remplacé par le *renforcement différé*, permettant ensuite la *généralisation* des apprentissages à des situations extra thérapeutiques.

L'économie de jetons est donc une technique de thérapie comportementale, basée sur le principe du conditionnement opérant, qui peut être employée dans le cadre du traitement des patients psychotiques. Après avoir rencontré quelques succès, cette méthode « est tombée peu à peu en désuétude parce qu'elle n'a pas fait la preuve de son efficacité, peut-être à cause d'une application trop rigide, trop systématique et trop peu personnalisée » (Franck, 2008).

Elle connaît cependant un regain d'intérêt, en raison de son efficacité dans la prise en charge des patients souffrant de schizophrénie chronique résistante ; ainsi, elle constitue la base du fonctionnement de l'unité « seconde chance », que nous allons détailler ci-dessous.

### **III. Une expérience concrète de l'économie de jetons : le programme « seconde chance »**

Le « New York-Presbyterian Hospital » est un grand hôpital privé new-yorkais qui rassemble deux complexes hospitalo-universitaires, le « Columbia University Medical Center» et le « Weill Cornell University Medical Center ». Il existe différentes divisions par spécialités, réparties un peu partout dans l'état de New York. C'est dans la division de psychiatrie de Westchester dans le White Plains, qui dépend de l'université de Cornell, que se situe l'unité « seconde chance ».

L'objectif de cette unité est de proposer aux patients souffrant de troubles psychotiques chroniques, institutionnalisés dans les hôpitaux publics de l'état de New York, une réhabilitation psychosociale, basée sur une prise en charge comportementale intensive de type économie de jetons, afin de leur permettre une autonomisation et une réinsertion dans la société. Donc donner une « deuxième chance » à des patients qui pour la plupart sont considérés jusque-là comme « réfractaires » au traitement, et n'ont jamais pu vivre en dehors d'une structure hospitalière.

#### ***A. Fonctionnement de l'unité (Silverstein et al. 2004, 2006)***

##### **1. Recrutement des patients**

L'unité peut accueillir 30 patients. L'objectif était de recruter des patients souffrant de schizophrénie réfractaire au traitement, et non le type de patients classiquement inclus dans les études mesurant des résultats thérapeutiques (par exemple, aucune comorbidité, compliance au traitement, etc.).

Ainsi, le critère d'inclusion dans le programme était la présence d'un trouble psychotique chronique, suffisamment sévère pour maintenir le patient hospitalisé dans un hôpital public pendant au moins 3 ans après l'admission, sans qu'aucun projet de sortie ne soit envisagé.

Étaient exclus du programme les patients qui présentaient un risque *actuel* d'hétéroagressivité, et ce, à cause d'un manque de personnel pour faire face à ce type de patients. Néanmoins, l'unité a admis de nombreux patients avec des antécédents de comportements violents, voire d'incarcération. Enfin, la majorité des patients admis présentaient des antécédents d'addiction à des substances psycho actives.

L'admission dans le programme « seconde chance » se fait sur un mode de placement volontaire. Les patients prennent connaissance du programme grâce à des réunions d'information périodiques conduites par le personnel. Seuls ceux qui expriment le désir de venir dans le programme sont transférés. Une fois admis, ils peuvent bénéficier d'un retour dans leur hôpital d'origine sur simple demande. Lors des cinq premières années d'existence du programme, cela ne s'est produit qu'à une seule reprise.

## **2. Organisation de l'unité**

### **a) Organisation générale**

L'organisation de l'unité se base sur un *système d'économie de jetons et de points* que les patients gagnent ou perdent en fonction de leur comportement, selon le principe du *conditionnement opérant*.

On distingue :

- *Les jetons*, acquis immédiatement après chaque comportement « approprié » (selon le principe du *renforcement positif immédiat*), constituent la monnaie locale, ils permettent d'acheter des articles au magasin de l'unité, « le magasin de jetons », d'assister aux projections de films ou de téléphoner à la cabine.
- *Les points*, gagnés ou perdus en fonction des comportements présentés, et comptabilisés chaque semaine, permettent d'établir le « niveau d'indépendance » du patient.

Il existe 5 niveaux d'indépendance ; plus les patients se situent à un niveau « élevé », plus ils peuvent avoir accès à un certain nombre de « privilèges ».

Au premier niveau, les patients ne sont pas autorisés à sortir de l'unité; les niveaux intermédiaires accordent différents privilèges comme aller manger seul à la cafétéria de l'hôpital par exemple; le niveau «indépendant», le plus élevé, tend à être le plus similaire possible d'une vie indépendante en société: à ce niveau, pendant leur temps libre, les patients peuvent sortir seuls faire leur courses, il leur est demandé de prendre tous leurs repas en dehors de l'hôpital etc.... cette étape permet de motiver les patients à se comporter d'une manière adéquate dans la société, et leur donne en même temps une pratique du fonctionnement social. C'est souvent à ce moment là qu'un projet de sortie définitive est élaboré, la plupart du temps après plusieurs mois d'hospitalisation.

Toutes les fois que cela est possible, les patients choisissent les gratifications disponibles. Par exemple, lors de la création du magasin de jetons, le choix des articles était basé sur les réponses faites à un sondage lors de réunions collectives dans l'unité. Cela permettait de faire en sorte que les articles du magasin soient de fait des renforçateurs, et par conséquent possèdent une signification personnelle pour les patients.

Les renforçateurs primaires comme la nourriture sont bien sûr disponibles dans le magasin de jetons, sous la forme de « snacks » (barres chocolatées, part de pizza, sodas...), car ils constituent une aide puissante dans le processus de changement du patient en répondant directement à un besoin essentiel de l'individu.

De même, il est apparu que les patients valorisaient hautement la possibilité de disposer de temps hors de l'unité, et de fumer des cigarettes (renforçateur primaire également). Par conséquent, ces dernières étaient accessibles au magasin de jetons, et le temps hors de l'unité devint la récompense majeure du programme.

## **b) Économie de jetons et renforcement positif immédiat**

Comme discuté dans la première partie, un certain nombre d'études montrent que l'efficacité du renforçateur dépend en grande partie du fait qu'il suit *immédiatement* l'émission d'un comportement adapté.

Par ailleurs, le renforcement positif immédiat est très important pour un patient présentant des déficits cognitifs (on rappelle que les troubles neurocognitifs sont fréquents chez les patients schizophrènes (troubles de la mémoire, de l'attention, de la concentration et troubles des fonctions exécutives): par exemple, un patient souffrant de troubles des fonctions exécutives est incapable de planifier son action et d'anticiper les conséquences de son

comportement. Dans le cadre de ce programme, le feedback à propos d'un comportement inadapté avec un retrait de points est donné immédiatement avec des encouragements à se comporter de façon plus adaptée la fois suivante. De la même façon, une récompense est donnée immédiatement après chaque comportement adapté, via des points, des jetons ou autre (assez fréquemment, des « contrats de comportement individuels » sont mis en place avec renforcement positif immédiat par de la nourriture, voir ci-après). Ainsi, au sein du programme, les *conséquences, en termes de gratifications et de pénalités, sont directement liées aux comportements.*

Plus que le renforcement lui-même, l'important dans ce processus est le *feedback* donné au patient : il doit toujours lui être expliqué immédiatement les raisons d'un gain ou d'une perte de points par rapport à son comportement et ce quel que soit le « niveau d'indépendance » du patient.

Ce système d'économie de jetons peut donc se concevoir comme un **environnement prothétique**, qui viendrait pallier les déficits cognitifs des patients et favoriser leur motivation dans les apprentissages de comportements adaptés.

### **c) Économie de jetons et renforcement positif différé**

Une caractéristique importante du système d'économie de jetons est qu'au fur et à mesure que les patients progressent dans le système, et que leur comportement commence à s'approcher des standards de la société, on utilise moins les renforcements externes pour se fier davantage aux renforcements intrinsèques et sociaux : au début, les patients reçoivent des jetons au fur et à mesure qu'ils parviennent à chaque comportement cible ; plus tard, la gratification prend la forme d'éloges et de renforcements sociaux de la part du personnel, et d'une autosatisfaction à avoir atteint les cibles. Le renforcement d'un comportement désirable évolue donc au cours du temps, passant du renforcement immédiat à un *renforcement différé*. Au fur et à mesure que les patients atteignent les niveaux les plus élevés (par exemple le niveau « indépendant »), ils ne reçoivent plus de jetons dès l'accomplissement d'un comportement cible. Ils reçoivent un crédit au magasin de jetons, au cinéma, à la cabine téléphonique avec un nombre crédité équivalent au nombre de jetons qu'ils auraient gagnés sur une base quotidienne au cours de la semaine écoulée (comme une fiche de paie). Ainsi, les dernières étapes du système s'approchent des expériences qu'ils rencontreraient dans la vie sociale (par exemple, un renforcement différé type fiche de paie). On passe alors



progressivement de *processus motivationnels externes* à *des motivations internes* à l'individu, considérées comme plus puissantes et plus renforçantes.

Enfin, le système pèse fortement en faveur du renforcement des comportements positifs au lieu de la pénalisation des comportements inappropriés, tout l'enjeu étant de renforcer positivement les comportements utiles à développer en évitant les punitions puisqu'elles s'avèrent inefficaces dans l'acquisition des apprentissages.

## ***B. Description d'une journée type au sein de l'unité « seconde chance »***

Dans l'unité, les systèmes de points et d'économie de jetons s'appuient sur un programme d'évaluation complet des comportements, qui englobe quatre types de mesures quotidiennes sur : a) dix aspects de l'apparence et de l'hygiène (par exemple, cheveux peignés) ; b) dix aspects de la tenue de la chambre (par exemple, aucun vêtement au sol) ; c) dix aspects du comportement lors des repas (par exemple, manger en utilisant les couverts); et d) dix aspects de la préparation au coucher (par exemple, ne pas dormir avec les vêtements portés dans la journée).

De plus, les patients peuvent être « cotés » à tout moment de la journée sur la présence/ absence d'approximativement trente comportements inappropriés et appropriés.

Ce système d'évaluation des comportements se fait à l'aide de « check-lists comportementales » (*cf. annexes*) utilisées par tous les membres de l'équipe tout au long de la journée, qui permettent de comptabiliser pour chaque patient le nombre de jetons et de points gagnés ou perdus en fonction du comportement.

Concrètement, les 30 patients de l'unité sont répartis en 3 équipes de 10.

Tous les matins à 8 h 30, chaque coordonnateur d'une équipe rencontre son groupe de 10 patients. Cette réunion permet de passer en revue les soins personnels et l'hygiène des patients. En utilisant la check-list « Apparence et hygiène», on passe en revue la «performance» de chaque patient à tour de rôle. Chaque patient est invité à se lever, et on lui demande ce qu'il en est des dix critères de la check-list (*cf. annexes*). Le coordonnateur félicite le patient pour chaque critère atteint, et lui rappelle à chaque critère qui ne l'est pas,

qu'il perdra des points. Le score final pour chaque patient est comptabilisé, et des jetons sont délivrés pour chaque critère rempli.

Alors que les patients sont à la réunion de 8 h 30, un infirmier de l'équipe se rend dans la chambre de chaque patient et remplit la check-list « Chambre et Espaces » (*cf. annexes*). A la fin de la réunion, il informe ainsi chaque patient des critères de la tenue de la chambre qu'ils ont remplis ou pas, et des jetons et des points gagnés ou perdus.

Les patients se rendent ensuite au « groupe de médication » dont nous parlerons ultérieurement, avant d'assister aux « groupes thérapeutiques » auxquels ils sont assignés.

Ces groupes s'inspirent des *modules d'entraînement aux habiletés sociales de Liberman*, et visent l'apprentissage et le développement des habiletés nécessaires à une vie sociale autonome et satisfaisante dans des domaines de fonctionnement précis. Il s'agit de groupes de 6 à 8 patients, animés par un ou deux membres de l'équipe ; il en existe de toutes sortes suivant l'objectif ciblé, comme par exemple, les habiletés élémentaires de conversation, les activités de récréation et de loisir, la prévention des addictions, le traitement et la gestion des symptômes, la réinsertion sociale... (*cf. annexes*) ainsi que les groupes de *remédiation cognitive* dont nous parlerons ultérieurement.

La décision d'assigner un patient à un groupe thérapeutique est prise par l'ensemble de l'équipe. En règle générale, les patients assistent à 3 ou 4 groupes par jour, alternant avec des périodes de temps libre. L'observation des comportements a lieu aussi évidemment durant les groupes, tout au long de la présentation du matériel que l'on enseigne aux patients. Ils reçoivent des jetons et des points pour leur ponctualité, pour leur participation, pour être restés tout le temps du groupe, etc.

Pendant leur temps libre, les patients sont vus en entretien médical ou par les assistants sociaux. Ils sont encouragés à rester actifs, en jouant à des jeux de société par exemple (entre eux, ou avec les membres de l'équipe) ce qui est un comportement considéré comme « approprié » et leur vaut également des points.

A la fin de la journée, la check-list « Apparence en soirée » (*cf. annexes*) permet à l'équipe de coter les comportements associés à l'apparence personnelle et à la propreté de la chambre, selon le même principe que les vérifications de la matinée. Cela aide à s'assurer que les patients demeurent bien soignés tout au long de la journée, et que leur chambre reste rangée.

Enfin, l'ensemble des données issues des évaluations comportementales est entré dans un programme de suivi de données par la secrétaire. Chaque mardi, pour chaque patient, le programme sort un rapport sur les fréquences de chaque comportement au cours des sept jours précédents. L'équipe en prend connaissance, puis on remet à chaque patient son rapport personnel le jour suivant à la réunion de 8 h 30.

Ce rapport permet de responsabiliser entièrement le patient sur ses privilèges acquis ou perdus. Quand émanent des questions sur les niveaux et privilèges, l'équipe peut revoir le rapport avec le patient, et mentionner le fait que le contrôle du niveau d'indépendance est entre ses mains. Le rapport permet à l'équipe de souligner aux patients comment ils se sont améliorés de semaine en semaine, et/ou de pointer pourquoi un niveau a chuté et ce qu'il faut faire lors des sept prochains jours pour regagner les privilèges perdus.

Malgré l'instauration de ce système, certains patients restent en marge des apprentissages, en raison d'une symptomatologie psychotique et/ou de troubles du comportement trop envahissants. C'est la raison pour laquelle les *interventions thérapeutiques au niveau individuel* sont cruciales, afin de permettre à chaque patient malgré ses difficultés, de progresser à son rythme dans les apprentissages.

### ***C. Les interventions au niveau individuel***

Les interventions individuelles peuvent se faire par l'intermédiaire d'interactions qui surviennent à tout moment avec le personnel, par des « interventions cognitives individualisées », ou à l'aide de « contrats de comportement ». Il s'agit dans tous les cas de pratiquer un *renforcement individuel* via la technique de l'économie de jetons.

#### **1. Les interactions interindividuelles**

Elles ont lieu tout au long de la journée entre soignants et patients, notamment par l'intermédiaire des feedbacks personnalisés, et sont fondamentales car elles permettent aux patients d'intégrer immédiatement les conséquences de leur propre comportement. Ainsi, chaque membre de l'équipe peut être considéré comme un « facilitateur » dans le processus de changement du patient, pour lui permettre de progresser efficacement dans les apprentissages.

## **2. Les « interventions cognitives individualisées »**

Elles peuvent se révéler efficaces dans les situations où l'empan attentionnel du patient exclut un engagement actif. Ainsi, des procédures de « façonnement de l'attention » ont été instituées dans tous les groupes thérapeutiques. Ces procédures impliquent la définition des critères d'attention, la détermination du laps de temps pendant lequel le patient remplit ces critères, et l'utilisation de procédures de renforcement pour augmenter la durée de la tâche au cours des séances de groupe. Il en résulte que les patients sont plus attentifs dans ces séances de groupe, et apprennent davantage de matériel qu'il n'aurait été possible de le faire avec des groupes utilisant des procédures classiques.

## **3. Les « contrats de comportement individuels »**

Ils sont souvent nécessaires lorsque les patients présentent des comportements qui ne changent pas suffisamment à la suite d'autres interventions. On peut voir ces contrats comme des économies de jetons individualisées. Pour qu'un contrat de comportement soit efficace, le patient et les membres de l'équipe doivent en comprendre clairement les tenants et les aboutissants, le contrat doit englober des récompenses (de type renforçateur primaire comme la nourriture) pour que le patient puisse changer son comportement.

Par exemple, un contrat comportemental individuel peut être mis en place pour un patient qui ne sort pas de sa chambre et qui passe le plus clair de son temps à dormir ou écouter de la musique. Le contrat pourrait être défini en ces termes : « si Matt assiste à 15 minutes de la réunion de 8 h 30, il obtiendra un snack à l'issue de la réunion ». Ces contrats sont bien sûr régulièrement réévalués et remaniés en fonction de la réponse comportementale du patient. Ainsi, si Matt « remplit son contrat » tous les jours, ce dernier pourra être modifié en ces termes : « si Matt assiste *entièrement* à la réunion de 8 h 30, il pourra aller déjeuner à la cafétéria de l'hôpital avec un soignant ». Le contrat, réévalué périodiquement, sera maintenu jusqu'à ce que ces renforçateurs externes soient remplacés par des renforçateurs sociaux ou internes comme la satisfaction d'avoir des relations sociales apaisées, la perspective d'un projet de permission ou de sortie etc....

Ainsi, de telles interventions individuelles sont souvent nécessaires pour aborder les problèmes particuliers des patients, que les procédures au sein des groupes thérapeutiques ou de l'institution ne prennent pas en charge.

Toutefois, il peut arriver que certains patients répondent peu ou pas aux interventions individuelles et continuent de présenter des comportements inadaptés, répétitifs, qui entravent leur accès aux apprentissages. Pour faire face à cette problématique, le personnel de « seconde chance » est formé à différentes techniques interactives et reproductibles de gestion des demandes et des comportements inadaptés, comme l'« extinction », la « technique en trois étapes » ou le « temps d'arrêt ».

Nous allons désormais décrire les principes de ces techniques, dont l'objectif général est de permettre au patient de changer son comportement, afin qu'il soit plus disponible pour les apprentissages.

#### ➤ Extinction

La gestion d'un comportement inadapté commence toujours par l'extinction : l'équipe est par exemple censée ignorer un patient qui tient des propos délirants, qui demande quelque chose qu'elle ne peut donner, ou qui demande quelque chose déjà alloué plusieurs fois, etc. Ce n'est que lorsque l'extinction est inefficace que l'équipe a recours à la « technique en trois étapes ».

#### ➤ La technique en trois étapes

La technique en trois étapes est une séquence d'incitations qui est utilisée lorsque le comportement cible a besoin de plus que de l'extinction pour s'amender. Elle consiste en la séquence d'étapes suivantes :

##### 1. Refléter les sentiments/intentions (écoute réflexive)

Après la demande du patient, on commence par formuler sur un ton neutre ce que le patient ressent (par exemple, « Je peux voir que vous voulez que je vous aide » ; ou « je peux voir que vous ressentez de la colère juste là »). Cette formulation peut faire en sorte que le patient se sente écouté, et contrecarrer des sentiments négatifs préexistants.

## 2. Énoncer les limites de la situation

La formulation classique pourrait être : « le comportement dans lequel vous vous engagez est inadapté, et quand une personne agit ainsi dans notre unité, elle perd des points et ne peut gagner certains privilèges ». En dépersonnalisant l'interaction, l'équipe réduit les chances d'un comportement agressif dirigé contre elle, et facilite la généralisation de comportements adaptés au-delà du contexte actuel.

## 3. Inciter le patient à utiliser des comportements alternatifs

Fréquemment, lorsque le patient agit de façon inadaptée, il tente d'obtenir quelque chose, mais s'y prend mal pour l'avoir. Ainsi, l'idée est d'indiquer au patient quoi faire pour obtenir ce qu'il veut. Les patients souffrant de troubles psychotiques chroniques ont généralement des difficultés à générer des alternatives ou à se projeter dans le futur.

### ➤ Temps d'arrêt

Si les techniques précédentes échouent à diminuer un comportement inadapté, l'équipe peut avoir recours à un « temps d'arrêt ». Le temps d'arrêt implique de soustraire le patient à toute source de renforcement afin de voir s'éteindre le comportement inapproprié. Pendant ce temps, le patient ne peut pas recevoir d'attention de la part de l'équipe ou de ses pairs, et n'a pas accès aux autres sources de renforcement (nourriture, TV, radio, et magazines).

Le temps d'arrêt peut être utilisé pour gérer l'agitation et en rompre l'escalade. Cependant, l'équipe doit toujours faire des efforts pour éviter d'y recourir. Cela signifie que l'équipe a besoin d'être vigilante à toute escalade d'un patient, et utiliser d'autres interventions comme l'encouragement, l'incitation verbale, la réorientation, etc., pour guider le comportement du patient dans une direction plus appropriée avant la survenue d'infractions plus graves.

Lorsque les autres interventions ont échoué et que le temps d'arrêt est nécessaire, l'équipe procède selon les étapes suivantes :

1. Identifier pour le patient le comportement qui a abouti à un temps d'arrêt.
2. Lui dire quelles sont les conséquences d'un tel comportement, c'est à dire, temps d'arrêt et une croix pour le comportement sur la check-list des comportements

socialement inadaptés avec une perte de points pour le niveau de la semaine prochaine.

3. Lui indiquer dans quelles circonstances il accomplira son temps d'arrêt. L'équipe doit être neutre et ne pas discuter ou débattre de quoi que ce soit avec le patient. 5 à 10 minutes est généralement une durée adéquate. Il n'est pas souhaitable que les chambres de patient soient des espaces de temps d'arrêt, en raison de la présence d'objets personnels qui peuvent servir de source de renforcement.

Lorsque le patient refuse d'accomplir son temps d'arrêt, l'équipe doit éviter d'argumenter avec lui et doit seulement lui rappeler que tous ses privilèges seront suspendus jusqu'à ce qu'il ait terminé son temps d'arrêt. Après cela, s'il continue à argumenter, l'équipe lui répondra simplement « Le temps d'arrêt ne commencera que lorsque vous serez dans votre lieu de temps d'arrêt. » Si un patient quitte le lieu avant le temps alloué, il est sensé le recommencer entièrement.

Cette procédure a été beaucoup explorée, et les résultats démontrent son efficacité à éliminer de nombreux comportements inadaptés, d'agression, de vol, d'auto agressivité, etc.

En résumé, l'objectif de l'unité « seconde chance » est de proposer aux patients souffrant de schizophrénie réfractaire au traitement une réhabilitation psychosociale, basée sur une prise en charge comportementale de type économie de jetons, afin de leur permettre une autonomisation et une réinsertion dans la société.

C'est ce système de points et d'économie de jetons qui garantit l'efficacité du programme de réhabilitation, créant une *prothèse environnementale* dans laquelle les conséquences des comportements apparaissent immédiatement et très clairement à tous les patients, et ce à *trois niveaux d'interventions thérapeutiques* : en effet, ce système est pratiqué aussi bien au niveau global de l'unité ou des groupes thérapeutiques, qu'au niveau des interactions individuelles avec chaque patient.

## **IV. Résultats obtenus sur les 4 premières années du programme « seconde chance »**

### ***A. Un programme de soin empirique (Silverstein et al. 2004, 2006)***

Il faut préciser que certains des principes de fonctionnement de l'unité ont été instaurés ou modifiés au cours du développement du programme, en fonction de la réponse clinique des patients. Ainsi, l'unité « seconde chance » proposait initialement des modules de réhabilitation psychosociale sans s'appuyer sur un système d'économie de jetons. C'est pour améliorer les résultats thérapeutiques que ce dernier a été mis en place, au bout de deux ans de fonctionnement du programme.

Tout d'abord, à l'initiation du programme, il existait des doutes sur la prise du traitement chez certains patients, au vu de taux sanguins de neuroleptiques anormalement bas. Pour faire face à cette problématique, le personnel a instauré une politique selon laquelle les traitements du matin sont administrés lors d'une réunion appelée « groupe de médication », à laquelle tous les patients sont conviés, et il leur est demandé de ne pas quitter la pièce pendant la durée de la réunion. Cette intervention a permis que les taux sanguins de neuroleptiques s'approchent des niveaux attendus, et que le taux de comportements agressifs soit significativement réduit.



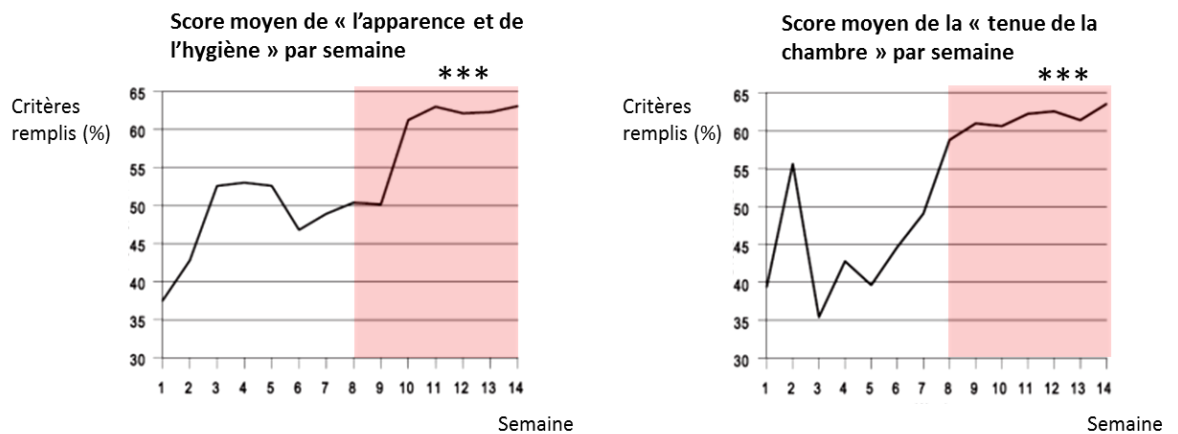
Le Tableau 1 compare les données de 1999 (9 mois suivant l'intervention) à celles de 1998 (une période identique de 9 mois avant la mise en place du groupe de médication), concernant la contention et l'isolement. Les différences sont significatives, indiquant que le groupe de médication a conduit à une diminution significative de la contention et de l'isolement, soit des comportements agressifs des patients.

INDEX	1988	1999	STATISTIQUES
Nombre moyen de patients nécessitant la CONTENTION, par mois	6.77	1.67	t (8) = 7.07, p <.001.
Nombre moyen d'épisodes de CONTENTION par mois	17.89	4.00	t (8) = 6.02, p <.001.
Nombre moyen d'heures de CONTENTION par mois	66.89	2.11	t (8) = 1.51, p <.005.
Nombre moyen de patients nécessitant un ISOLEMENT, par mois	3.22	2.11	t (8) = 1.51, p <.17.
Nombre moyen d'épisodes d'ISOLEMENT par mois	9.33	3.44	t (8) = 3.08, p <.025
Nombre d'heures d'ISOLEMENT par mois	25.78	13.67	t (8) = 2.13 p <.07.

**Tableau 1** : Effet des « groupes de médication » sur la contention et l'isolement, adapté d'après Silverstein et al (2004)

En dépit de l'efficacité du groupe de médication, les épisodes d'agressivité survenaient encore avec une fréquence élevée inacceptable.

C'est ainsi que les systèmes de points et d'économie jetons ont été instaurés en février 2000 et ont conduit à des changements considérables dans une large gamme de comportements des patients (voir Figure 1).



**Figure 1** : Effet de l'introduction du système d'économie de jetons sur les scores moyens obtenus à la check-list « Apparence et hygiène » (graphique de gauche) et à la check-list « Chambre et espace » (graphique de droite), adapté d'après Silverstein et al. (2006). Le graphique de gauche montre le score moyen de « l'apparence et de l'hygiène » par semaine, au cours d'une période de quatorze semaines, pour les 45 patients qui étaient dans l'unité. Les sept premières semaines représentent celles pendant lesquelles les patients étaient cotés et bénéficiaient d'un feedback, mais où leur performance n'était assujettie à aucune récompense. La huitième semaine représente celle où la performance a commencé à être associée à l'introduction du système de jetons. Il a été constaté une amélioration statistiquement significative des comportements après la huitième semaine ( $\chi^2 = 31.08, p <.0005$ ). Le graphique de droite montre des résultats similaires concernant la tenue de la chambre ( $\chi^2 = 142.94, p <.0005$ ).

Par ailleurs, avec la mise en place du système de jetons, les taux d'isolement et de mise sous contentions continuèrent de diminuer, témoignant d'une baisse de fréquence des épisodes d'agitation et d'agressivité.

## ***B. Principaux résultats obtenus sur les 4 premières années du programme (Silverstein et al. 2004, 2006)***

Sur les 4 premières années du programme, l'unité a admis 190 patients (environ un patient par semaine) avec 67 % d'hommes et 23 % de femmes. 63% étaient d'origine afro-américaine, 20% latino-américaine, 17% caucasienne. La moyenne d'âge était de 38 ans. Tous les patients avaient un diagnostic de schizophrénie et ont été recrutés dans des hôpitaux publics, où ils résidaient depuis au moins 3 ans (la moyenne de durée du séjour en hôpital public était de 7,42 ans avec des durées pouvant aller jusqu'à 21 ans).

78% des patients admis dans le programme sont sortis au moins une fois de l'unité (ce chiffre prend en compte les patients réadmis après une première sortie).

Au moment de la publication de l'étude, 67 % des patients admis dans le programme étaient sortis de l'hôpital, avec un projet de réinsertion adapté à leur degré d'autonomie. Certains ont été admis dans des « nursing home » ou des « adult home », d'autres dans des « résidences communautaires », d'autres encore sont partis vivre dans leur propre appartement ou chez un membre de leur famille.

- Les nursing ou adult home sont des structures qui restent très médicalisées, destinées à des patients relativement peu autonomes ; ces structures équivaldraient en France à des foyers d'accueil médicalisés.
- Les résidences communautaires s'adressent aux patients beaucoup plus autonomes : ces patients ont une chambre dans une résidence où une équipe infirmière est présente pendant la journée, et se doivent de participer à un programme quotidien, de type hôpital de jour. Le but à terme est de diminuer le nombre de jours en HDJ, pour permettre la recherche d'un emploi. Si tout se passe bien, ils peuvent par la suite quitter la résidence pour vivre indépendamment dans leur propre appartement.

33% des patients ont été réorientés vers les hôpitaux publics d'où ils venaient, en raison de la persistance des troubles du comportement, ou ont dû être réadmis dans l'unité alors qu'ils étaient déjà sortis une première fois.

Le taux de ré hospitalisation après une première sortie est de 49%, chiffre d'après les auteurs « conforme à cette population de patients », avec une durée moyenne hors de l'hôpital avant réadmission de 6 mois.

## V. Discussion

Le programme « Seconde Chance » est un programme de réhabilitation psychosociale, basé sur une prise en charge comportementale intensive de type économie de jetons, qui s'adresse aux patients schizophrènes hospitalisés au long cours dans les institutions publiques de l'état de New York. Avançant des résultats très positifs, avec un taux de sortie sur les 4 premières années de 78%, concernant des patients qui, pour la plupart, n'avaient jamais pu vivre en dehors d'une structure hospitalière auparavant, ce programme peut être considéré comme une réussite pour l'autonomisation et la réinsertion de ces patients. L'unité existe toujours et continue de produire des résultats très encourageants.

Ce succès est d'autant plus porteur d'espoir que le programme s'adresse aux patients les plus déficitaires, résistants aux thérapeutiques habituelles, qui finissent par être désinvestis par les équipes soignantes, et pour qui les programmes de soin et les projets de sortie sont progressivement abandonnés. Ces patients entrent alors dans un cercle vicieux où, en se chronicisant dans l'institution, ils deviennent de plus en plus apragmatiques, perdent leur motivation à s'engager dans la moindre tâche et aggravent leurs déficits. Ils sont alors encore moins aptes à adhérer à une thérapie et restent hospitalisés des années sans qu'aucun projet de sortie ne soit élaboré.

L'économie de jetons connaît un regain d'intérêt ces dernières années, justement parce qu'elle permet à ces patients résistants, chez qui les autres thérapeutiques échouent, d'accéder aux apprentissages malgré leurs troubles cognitifs et motivationnels. En effet, comme discuté précédemment, au sein de l'environnement prothétique que constitue l'économie de jetons, feedback, gratifications et pénalités sont fournis immédiatement après chaque comportement approprié ou inadéquat, et permettent même aux patients les plus déficitaires, de palier leurs troubles cognitifs et de se motiver pour accéder aux apprentissages.

Ainsi, au sein de l'unité « seconde chance », l'économie de jetons se révèle être un «*traitement adjuvant* » indispensable pour permettre aux patients l'accès au programme de réhabilitation psychosociale proposé. C'est l'usage de cette technique à tous les niveaux de la prise en charge, aussi bien au niveau de l'unité elle-même qu'au niveau individuel, qui garantit à tous les patients, même les plus déficitaires, une progression dans leurs apprentissages et leur autonomie, et qui leur permettra, pour la plupart, d'envisager la sortie.

On reproche souvent à ces programmes comportementaux la banalité et l'aspect trop concret de leurs objectifs, à l'inverse de plus « nobles » finalités poursuivies par d'autres types de psychothérapie. Le but de ces programmes est d'améliorer le fonctionnement psychosocial et par là, la qualité de vie des patients ; or, travailler sur l'autonomie et la réinsertion se traduit forcément par l'apprentissage de comportements du quotidien, certes ordinaires et très concrets, mais l'objectif final de procurer au patient une meilleure qualité de vie n'est-il pas un but noble en soi ?

Toutefois, malgré son succès, cette expérience se trouve confrontée à certaines limites; aussi, après l'analyse critique du programme « seconde chance », nous tenterons de proposer des solutions afin de favoriser son optimisation.

## ***A. Analyse critique du programme « seconde chance »***

Il existe un certain nombre de limites à ce projet de soins, concernant la réinsertion des patients dans la société, la généralisation et le maintien des acquis à long terme, ou la formation de l'équipe soignante. Plus généralement, ce type de programme confronte le clinicien et l'équipe soignante à des problèmes éthiques liés à un usage systématique de techniques comportementales au sein d'une institution, où l'utilisation de renforçateurs est certes efficace mais non dénuée d'effets négatifs sur la santé des patients. Nous reviendrons sur chacune de ces difficultés et formulerons quelques propositions répondant aux problématiques soulevées.

### **1. Un taux de réinsertion surévalué**

Tout d'abord, bien que le taux de sortie de l'unité soit très élevé (78% sur les 4 premières années du programme), il ne correspond probablement pas au *taux de réinsertion* des patients. En effet, si la plupart des patients sortis de « seconde chance » sont suffisamment autonomes pour se réinsérer dans la société, d'autres patients, plus déficitaires, intègrent des «nursing home » ou des « adult home » à savoir, des structures qui équivaldraient en France à

des foyers d'accueil médicalisés, ce qui, à notre avis ne correspond pas à une réinsertion dans la communauté, mais plutôt à une institutionnalisation dans une structure médicalisée où le travail sur l'autonomisation sera moins investi.

Nous n'avons pas eu accès au taux de « patients réinsérés » dans cette expérience, c'est-à-dire au taux de patients sortis excluant ceux qui ont intégré ces structures médicalisées, mais il est très certainement inférieur au taux de sortie de 78% sur 4 ans.

La sortie de l'hôpital psychiatrique doit-elle être considérée comme le but ultime et nécessaire de tout programme thérapeutique ? Dans certains cas, le simple fait de rendre un patient plus autonome et plus actif peut constituer un objectif en soi. De plus, s'il n'existe pas d'autres projets pour un patient qu'une structure ne favorisant pas le développement ou le maintien de son autonomie, on peut se demander s'il ne serait pas préférable de garder ce patient à l'hôpital, surtout s'il vit dans un pavillon relativement bien organisé au point de vue thérapeutique. Ainsi, ce type programme ne doit pas viser seulement la sortie du patient de l'hôpital, mais doit s'inscrire dans un projet plus large favorisant le développement de son autonomie et le maintien de ses compétences à long terme sur un lieu de vie.

## **2. Des limites à la généralisation**

49% des patients sortis de « seconde chance » sont ré hospitalisés dans les 6 mois qui suivent leur sortie, pour recrudescence de leur symptomatologie, arrêt du traitement et incapacité à faire face au quotidien ; les auteurs soulignent que ce taux de réadmission est « conforme à ce type de population » (Silverstein, 2006).

Même si les taux de ré hospitalisation des patients schizophrènes varient dans les études en fonction des prises en charge utilisées et du type de patients, on retrouve en effet des chiffres de cet ordre. Par exemple, une étude rétrospective, sur 3 ans, de Lin et collaborateurs (2006) portant sur 29373 patients schizophrènes retrouve un taux de réadmission à un mois de 42,5 %. Dans une autre étude portant sur la ré hospitalisation à un an de 637 patients, Lin (2010) avance un taux de réadmission de 52,7 %.

Les chiffres du programme « seconde chance » sont donc du même ordre de grandeur ; toutefois, sachant que la population de l'unité présente d'avantage de symptômes déficitaires que celle généralement recrutée dans les études, on peut donc considérer que le taux de réadmission dans le programme est relativement bas.

Cependant, la ré hospitalisation dans l'unité s'avère nécessaire pour pratiquement la moitié des patients sortis, comme si la moitié d'entre eux ne se sentaient pas assez « soutenus » à l'extérieur, et que l'absence de programmes comportementaux en ambulatoire les rendait plus vulnérables à une rechute. Se pose alors la question de la généralisation et de la pérennisation des acquis au-delà de la structure prothétique de l'unité.

Le programme « Seconde Chance » présente pourtant dans son organisation des éléments favorisant la généralisation et le maintien des apprentissages à l'extérieur. En effet, le travail de généralisation commence au sein de l'unité, bien avant la sortie : d'abord, comme vu précédemment, au fur et à mesure que les patients progressent dans le système, et que leur comportement commence à s'approcher des standards de la société, le renforcement immédiat est progressivement remplacé par le renforcement différé ; ainsi, les dernières étapes du système s'approchent d'expériences que les patients rencontreraient dans la vie quotidienne (par exemple, renforcement différé de type fiche de paie). De plus, avant la sortie, des permissions avec la famille et les proches sont très régulièrement organisées, permettant la mise en situation de la généralisation dans le monde réel. Enfin si nécessaire, la généralisation des acquis au-delà de l'unité peut être soutenue par la poursuite temporaire de certains contrats comportementaux individuels, s'ils sont facilement transférables dans les structures de soins ambulatoires.

Pour autant, toutes ces mesures ne sont malheureusement pas toujours suffisantes, aussi nous reviendrons ultérieurement sur ce problème de la généralisation, en abordant cette question à partir des théories récentes de la *motivation*, qui nous permettront de formuler un certain nombre de propositions pour faire face à ce problème.

### **3. Les limites de l'équipe soignante**

Dans un programme où chaque interaction interindividuelle fait partie intégrante de la thérapeutique, il est crucial de s'assurer de la bonne formation des équipes soignantes, afin que leur pratique reste la plus humaine possible, tout en gardant une attitude adaptée face au patient pour faciliter son processus de changement.

Malgré l'intensité des formations du personnel de « seconde chance », il arrive parfois que certains soignants n'aient pas l'attitude requise face au patient, et entravent ainsi son processus d'apprentissage.



Aussi, des formations pour les équipes soignantes du programme sont mises en place très régulièrement : ateliers d'entraînement annuels, réunions hebdomadaires pour modeler les savoir-faire du personnel... De plus, le directeur du programme passe en revue régulièrement les fiches de données, sur lesquelles il est demandé au soignant d'inscrire ses initiales lorsqu'il y indique un comportement approprié ou inadapté. Par cette procédure, on peut déterminer si tout le personnel renforce activement les comportements positifs, davantage que les comportements inappropriés (bien que l'on s'attende à une fréquence élevée de ces derniers). S'il s'avérait que les membres du personnel n'aient pas eu assez de contacts avec les patients, et/ou que ces contacts n'aient pas été assez centrés sur les comportements positifs, ce fait est signalé au superviseur de l'équipe, et devient une question mise à l'ordre du jour de la séance de supervision.

Les séances de supervision permettent au soignant de corriger ses attitudes si elles ne sont pas adaptées face au patient. Néanmoins, il arrive parfois qu'un soignant soit réorienté dans un autre service si son attitude ne correspond pas à celle attendue dans le programme.

#### 4. Les limites des renforçateurs

Skinner, dans sa théorie du conditionnement opérant, a défini différents types de renforçateurs :

- le *renforçateur conditionné* est un stimulus qui acquiert ses propriétés « renforçantes » de par son association avec un *renforçateur primaire*, ce dernier étant l'agent renforçateur par excellence, parce qu'il répond à un besoin essentiel de l'individu (exemple de renforçateurs primaires : nourriture, sommeil, satisfaction des besoins sexuels, tabac ...).
- le *renforçateur généralisé* est un type de renforçateur conditionné dont la principale caractéristique réside dans son association à plusieurs renforçateurs.

Le jeton est un renforçateur conditionné et généralisé. Son attribution est contingente à un comportement dont la fréquence doit être augmentée et permet au sujet d'avoir accès à une variété de renforçateurs primaires (boissons, nourriture) ou secondaires (activités, ...).

On constate que les premiers renforçateurs motivant le patient à entrer dans les apprentissages sont ces renforçateurs primaires parce qu'ils répondent directement aux besoins essentiels de l'individu ; ils constituent une aide puissante dans le processus de

changement du patient. Aussi, des renforçateurs primaires de type « snacks » (barres chocolatées, part de pizza, sodas...) sont très largement utilisés dans le programme « seconde chance », car très efficaces, notamment lors de « contrats comportementaux individuels » ; et ceci malheureusement au détriment de la santé physique du patient : près de 75% des patients de l'unité souffrent d'un syndrome métabolique induit par les antipsychotiques, et aggravé par la surconsommation d'aliments gras et sucrés.

Les snacks sont parfois remplacés par des portions de fruits, mais ce type de renforçateur reste beaucoup moins puissant.

Par ailleurs, on constate que les patients valorisent hautement la possibilité de disposer de temps hors de l'unité, notamment pour fumer des cigarettes. La consommation de tabac, bien que renforçateur primaire efficace, ne peut pas toutefois être encouragée en raison de sa toxicité.

Aussi, se pose la *question éthique de la limite d'utilisation des renforçateurs primaires*. Peut-on encourager la consommation de tabac ou d'aliments gras et sucrés pour des raisons d'efficacité dans les apprentissages, au détriment de la santé physique du patient ?

Un compromis honorable pourrait être l'usage de produits alimentaires attractifs mais allégés, qui resteraient de puissants renforçateurs primaires, tout en préservant davantage la santé des patients.

De tels programmes comportementaux soulèvent également d'autres problématiques éthiques sur lesquelles nous allons revenir.

## **5. Considérations éthiques**

### **a) Aspects historiques**

Comme chacun sait, les travaux de Skinner, et le comportementalisme plus généralement, ont fait l'objet de nombreuses critiques, aussi bien sur un plan éthique que scientifique. Certains débats sont restés célèbres comme celui entre Carl Rogers et Skinner en 1956 sur la question du contrôle de l'individu dans le behaviorisme.

Trois ans plus tard, Noam Chomsky publie une analyse critique du livre de Skinner, *Verbal Behavior*, dans lequel Skinner donne une explication comportementaliste du langage : le « comportement linguistique » y est défini comme un comportement « appris », avec pour conséquence caractéristique d'être transmis par le comportement déjà appris par d'autres individus. L'essence des arguments de Chomsky dans son article de 1959 est que l'application des principes behavioralistes, issus de la recherche animale, n'a aucun sens lorsqu'il s'agit de l'appliquer à des humains hors d'un laboratoire, et que pour comprendre un comportement complexe, il faut avant tout reconnaître qu'il y a dans le cerveau des entités inobservables qui en sont fondamentalement responsables (Chomsky, 1959).

Finalement, Chomsky attaquera Skinner aussi bien sur un plan scientifique et méthodologique que sur des considérations éthiques, puisqu' au détour d'un de ses premiers écrits politiques, il qualifiera la psychologie comportementale de « nouvelle idéologie coercitive, vaguement teintée de science » (Chomsky, 1969).

Ces arguments méthodologiques et éthiques furent bien sûr repris par le courant psychanalytique, accusant le behaviorisme d'être une théorie simpliste, sans référence à l'inconscient et à l'histoire de l'individu, et par les méthodes psychothérapeutiques qu'il propose, de priver le patient de sa liberté, avec le risque de dérive totalitaire que cela implique: « on retrouve dans la prétention du behaviorisme d'être "scientifique" la vocation à un impérialisme et à un totalitarisme qui ne se manifeste pas seulement dans le domaine de la santé. Car ses conséquences éthiques et politiques sont connues. Rappelons pour mémoire - la nôtre est bien courte - que le biologisme fut la référence justificatrice des totalitarismes européens, leurs thèses raciales y compris. Le désarrimage de l'individu de son rapport singulier à l'ordre interne qui l'habite - Lacan disait que les dix commandements n'étaient rien que les lois de la parole, pas besoin de Révélation - le rend apte en effet aux pires servitudes, de consommations incluses. » (Charles Melman, 2010)

Le behaviorisme est donc accusé d'être une théorie simpliste, ignorant la complexité de la nature humaine puisque calquée sur le modèle animal, proposant des thérapies abusives, normatives, qui ne seraient qu'une forme de dressage et de conditionnement, risquant de déshumaniser l'individu, et de le priver de sa liberté.

La question du contrôle de l'individu et du risque de dérive totalitaire dans les thérapies comportementales mérite d'être examinée ; aussi, après un bref rappel sur les

principes de l'éthique biomédicale, nous reviendrons plus précisément sur les questions éthiques qui peuvent être soulevées par le programme « seconde chance ».

## **b) Les principes de l'éthique biomédicale**

L'éthique médicale, selon Beauchamp et Childress (2001), se décline selon quatre principes : la bienfaisance, la non malfaisance, le respect de l'autonomie et la justice. Ce quatrième principe est un concept macro éthique correspondant à l'équité dans la distribution des biens de santé. Il renvoie à des choix de société, convoque le politique et il est en ce sens une forme particulière d'expression de la justice. Pour aborder la relation intersubjective du soin, on retiendra les trois premiers principes ou concepts micro éthiques, en plaçant l'exigence de justice au fondement de l'exercice de la médecine (Cano, 2009).

- **la bienfaisance** est un groupe de normes qui visent à procurer des bénéfices, et qui évaluent ces bénéfices par rapport aux risques et aux coûts. Cela sous-entend l'accueil de la souffrance mais aussi le recours à une théorisation fondée et à une pratique clinique cohérente centrée sur la parole du patient.
- **la non malfaisance** est la norme qui prescrit d'éviter de causer du mal au patient.
- **le respect de l'autonomie** est la norme qui prescrit de respecter les capacités de prise de décision des personnes autonomes. Cela renvoie à la notion de consentement éclairé, de liberté de l'individu et d'action autonome.

On considère qu'une personne agit de façon autonome dans la mesure où elle a la volonté d'agir ainsi, sans être sous le contrôle de l'influence d'autrui ; Beauchamp et Childress (2001) distinguent trois catégories d'influence : la coercition, la persuasion et la manipulation.

La coercition a lieu si une personne utilise intentionnellement la menace crédible et sévère de faire du mal, ou la force pour assujettir autrui.

Dans la persuasion, une personne est conduite à croire quelque chose à travers la valeur des raisons que son interlocuteur met en avant.

Enfin, la manipulation est le fait de diriger quelqu'un par d'autres moyens que ceux de la coercition ou de la persuasion. La forme de manipulation clé est la manipulation de l'information, une façon délibérée de gérer l'information qui consiste à altérer de façon non

persuasive la compréhension qu'a une personne d'une situation, l'induisant ainsi à faire ce que la personne d'influence veut qu'elle fasse. La tromperie qui implique le mensonge, l'omission de l'information et l'exagération mensongère menant les gens à croire ce qui est faux, est incompatible avec le choix autonome.

Il convient de souligner que la psychiatrie est confrontée à un sujet vulnérable dont les capacités de discernement, d'expression d'un jugement ou d'une volonté personnelle rationnelle sont atteintes. Le trouble psychopathologique n'empêche pas que la recherche du bénéfice pour le patient et la prise en compte de sa dignité humaine soient respectées. Par contre, le *respect de l'autonomie du patient et les questions de transmission de l'information et du recueil d'un consentement libre et éclairé peuvent être bousculés*, notamment en cas de mesure d'hospitalisation sous contrainte. Pour autant, cette vulnérabilité des patients ne doit pas être un obstacle au respect des droits des malades, en quelque sorte, elle « oblige » le psychiatre, dans le sens d'un impératif éthique, à encore plus d'attention à son patient et à chercher à lui restituer son autonomie et lui reconnaître son humanité.

### **c) L'économie de jetons à l'épreuve des principes de l'éthique biomédicale**

Nous nous interrogerons surtout sur la question du respect de l'autonomie, au vu des difficultés posées par cette problématique dans le champ de la psychiatrie.

Dans l'unité « seconde chance », les comportements « appropriés » sont encouragés au détriment d'autres, considérés comme « inadaptés ». Le choix de renforcer tel comportement plutôt qu'un autre n'est-il pas normatif et arbitraire ? Les soignants ont-ils le droit d'imposer aux patients un « comportement unique » et de « contrôler » leur comportement ? Si les patients sont « jugés » selon des comportements « standardisés », la liberté individuelle et les valeurs des patients sont-elles encore respectées ? Le principe éthique d'autonomie n'est-il pas bafoué ?

Par exemple, à un patient qui exprime des idées délirantes dans l'unité, l'équipe lui répondra : « votre discours est bizarre et inapproprié, les patients perdent des points pour cela dans cette unité. » Dans ce cas concret, on peut légitimement s'interroger : est-il éthique que les soignants s'autorisent à demander à un patient psychotique d'arrêter de délirer ?

Rappelons certaines règles fondamentales de ce programme :

- d'abord, le patient intègre l'unité seulement s'il le désire, il lui est toujours laissé le choix des soins, et il peut demander sa sortie à tout moment.
- l'information sur le fonctionnement du programme est essentielle, tout doit toujours être expliqué au patient: on rend explicites les conséquences des comportements positifs et négatifs en liant ces comportements à des gratifications et à des privilèges spécifiques, les feedback sont fournis systématiquement à chaque comportement adapté ou non, etc. En plus d'assurer une bonne alliance thérapeutique, cela permet au patient de se responsabiliser et d'être actif dans son processus de changement.
- l'utilisation des « check-lists » par tous les soignants assure la présence d'un cadre identique pour chaque patient, la décision de renforcer tel comportement plutôt qu'un autre n'étant alors jamais assujettie au point de vue arbitraire d'un soignant.
- toutefois, la possibilité d'utiliser des « plans comportementaux individuels » permet de s'adapter également à chaque patient, et d'assouplir un cadre qui peut sembler au premier abord trop rigide ou normatif.
- le choix des « comportements cibles », listés sur les check-lists, se base sur les comportements sociaux nécessaires à la réinsertion, sans considération morale : les comportements renforcés correspondent à ceux permettant de vivre de façon autonome dans la société actuelle (respecter des règles d'hygiène élémentaires, savoir gérer un budget, maîtriser quelques interactions sociales...). En ce sens, un individu qui tient des propos délirants le jour d'un entretien d'embauche aura très peu de chances d'être engagé à l'issue de l'entretien, son comportement n'étant pas ajusté socialement. Dans le programme, si les soignants demandent aux patients de ne pas tenir de propos délirants, c'est parce que ce type de comportement risque de compromettre leur vie sociale, par exemple en entraînant des difficultés comme perdre un emploi, perdre un logement etc. Le choix des valeurs renforcées se base sur des critères sociaux, et non sur des jugements moraux, il se veut ainsi le moins arbitraire possible et le plus aidant pour l'autonomisation des patients.

Selon nous, ces mesures permettent de garantir le respect de l'autonomie du patient ; par ailleurs, les résultats positifs du programme témoignent de l'application des principes

éthiques de bienfaisance et de non malfaisance dans l'unité. Ces lignes de conduite évitent donc aux soignants qui participent au programme « seconde chance » de tomber dans l'écueil de l'aliénation des malades et du totalitarisme. Le but de ce programme est au contraire de favoriser la socialisation des patients, afin de leur permettre de recouvrer autonomie et liberté.

Par ailleurs, en l'absence de règles de ce type, il arrive que les institutions mettent alors en place des prises en charge arbitraires, voire non thérapeutiques, pouvant aussi nous questionner sur le plan éthique.

### ***B. Prises en charge usuelles des psychotiques chroniques institutionnalisés : enquête auprès de soignants travaillant dans une structure de soins psychiatriques française***

Malgré leur efficacité, les programmes comportementaux, et notamment l'économie de jetons, continuent de faire l'objet de vives critiques et sont donc relativement peu utilisés par les équipes soignantes. Pourtant en France comme aux États Unis, les structures de soin psychiatriques restent confrontées aux difficultés de prise en charge des patients psychotiques chroniques, particulièrement ceux qui souffrent de schizophrénie très déficitaire, pour lesquels toute mobilisation en direction d'un but est extrêmement difficile. Si l'économie de jetons ne peut être appliquée, quelle thérapeutique serait alors la plus adaptée pour ce type de patients ?

Pour tenter de répondre à cette question, nous avons réalisé une enquête auprès de soignants travaillant dans différents services psychiatriques intra hospitaliers à Tours (la clinique psychiatrique universitaire et le service de psychiatrie adulte de l'hôpital Bretonneau). Nous avons interrogé les équipes infirmières sur les prises en charge mises en place pour les patients psychotiques présentant des comportements inappropriés ; pour chaque situation évoquée, nous leur demandions de nous expliquer concrètement la conduite à tenir adoptée.

Les réponses des soignants peuvent être résumées à travers les exemples suivants :

- Face à un patient qui refuse de participer au ménage de l'institution (par exemple, s'il refuse de ranger sa chambre, ou de débarrasser la table), les soignants vont le solliciter

plusieurs fois jusqu'à ce que ce soit fait. Si le patient persiste dans son refus, l'équipe finira par faire le ménage à sa place.

- Lorsqu'un patient refuse de prendre sa douche, les soignants vont le solliciter jusqu'à ce qu'il la prenne, mais il peut arriver que certains patients restent une semaine sans se laver. Les équipes peuvent alors mettre en place des « contrats d'hygiène », comme par exemple signifier au patient que tant qu'il ne sera pas propre, il ne pourra pas descendre à la cafétéria.
- Face à un patient qui refuse de prendre son traitement, l'équipe lui rappelle qu'il s'agit d'une prescription médicale et qu'il doit s'y tenir. S'il continue de refuser son traitement plusieurs jours d'affilée, les soignants n'ont plus d'autre choix que de lui imposer un traitement injectable, voire la mise en chambre d'isolement.
- Devant un patient très clinophile, les équipes peuvent fermer sa chambre à clef pendant la journée, pour l'« obliger » à sortir de son lit.
- Il est arrivé une fois qu'un patient soit « expulsé » du service par rapport à un vol d'argent qu'il avait commis dans l'unité.
- Enfin, lorsqu'un patient est surpris à fumer dans sa chambre ou dans le service, après « recadrage », rappel de l'interdit et « confiscation » des cigarettes, si le comportement persiste, les soignants peuvent mettre en place un « chantage » à la permission.

Analysons plus en détail ce dernier exemple : l'équipe signifie au patient qu'il sera « privé » de permissions s'il fume à nouveau dans sa chambre. Ce type de « contrat de soins » constitue un « contrat comportemental » à type de *soins forcés, basé sur du renforcement négatif* (le renforçateur négatif étant la *punition d'être privé de permission*), et où l'on cible l'arrêt d'un comportement inadapté. Cela va bien sûr à l'encontre de ce qui est généralement préconisé dans un programme d'économie de jetons, où ce sont les comportements adaptés qui sont systématiquement renforcés, et où l'on privilégie les récompenses au détriment des punitions.

Cette enquête nous a permis de constater que *des contingences de renforcement et de punition sont naturellement mises en place par les équipes soignantes* dans les structures de soins ; outre la privation de permission, les autres exemples de punitions appliquées dans les services peuvent être l'arrêt des visites ou des coups de téléphone, la diminution du nombre



de cigarettes, l'interdiction d'aller à la cafétéria, le « recadrage » par le médecin de l'unité, la fermeture de la chambre, voire la mise en chambre d'isolement ou l'expulsion du service.

De plus, il n'existe pas de système de récompenses lorsque adviennent des comportements appropriés : comme évoqué plus haut, si un patient refuse de faire le ménage dans sa chambre, il sera finalement fait par les soignants ; si ce même patient décide de faire le ménage, il ne sera de toute façon pas renforcé positivement par une récompense ; on peut imaginer que ce système ne motive pas les patients à accomplir les tâches du quotidien pour s'autonomiser.

Ces « contrats de soins », basés sur un système de punitions, sans récompense, se révèlent la plupart du temps inefficaces, et leur mise en place anarchique, voire leur modification « à mesure », peut contribuer à déstabiliser un peu plus un patient déjà désorganisé. De plus, l'application empirique de ces contrats, au cas par cas, à l'initiative d'un ou deux soignants, sans protocole standardisé ni référence à un modèle théorique, peut entraîner un clivage des équipes et un manque de cohérence dans la prise en charge.

Ainsi, on peut se demander si les procédés mis en place spontanément par les soignants face aux patients psychotiques chroniques dans les structures de soins classiques ne sont pas tout autant discutables sur le plan éthique et thérapeutique que la technique de l'économie de jetons. Aussi, il semble légitime de s'interroger sur la mise en place d'un système de jetons dans ces institutions, à défaut d'une utilisation anarchique, sans cadre théorique de « contrats de soins » n'apportant que de faibles résultats. La mise en place d'un système d'économie de jetons pourrait alors venir structurer et réaménager, le plus souvent de façon temporaire, les contingences de renforcement afin de voir augmenter la fréquence d'apparition des comportements appropriés. Ceci pourrait constituer la « moins mauvaise solution » à cette problématique de la prise en charge des patients psychotiques déficitaires qui résistent souvent aux prises en charge psychothérapeutiques classiques mises en place dans les institutions.

Aussi, dans la partie suivante, nous réfléchirons aux possibilités d'optimiser cette technique de l'économie de jetons qui, comme nous l'avons vu en étudiant le programme «seconde chance », peut être parfois limitée dans son efficacité, notamment en terme de généralisation des acquis au-delà de la structure thérapeutique.

## ***C. Vers une optimisation de l'économie de jetons ?***

### **1. Approche motivationnelle de l'économie de jetons**

Bien que le programme « seconde chance » soit un programme de soins comportemental hérité de techniques behaviouristes classiques, qui excluent par définition toutes formes de représentations psychiques ou cérébrales, l'économie de ce qui se passe dans la « boîte noire » semble aujourd'hui d'un autre âge, étant donné le développement majeur des neurosciences cognitives ces trente dernières années. Ainsi, le système de l'économie de jetons peut être analysé comme un programme ayant pour objectif de stimuler la **motivation** des patients pour leur permettre de progresser dans les apprentissages et améliorer leur fonctionnement psychosocial.

Aussi, après la description des modèles clinique, neurophysiologique et cognitif de la motivation, nous tenterons d'analyser le programme « seconde chance » sous l'angle cognitif motivationnel, afin de mieux comprendre les obstacles à la généralisation, qui reste une des principales limites de ce programme.

#### **a) Préambule : rappel de définitions**

La motivation (du latin *movere*, « se mouvoir ») est, dans un organisme vivant, le processus qui règle son engagement pour une activité précise. Elle en détermine le déclenchement dans une certaine direction avec l'intensité souhaitée et en assure la prolongation jusqu'à l'aboutissement ou l'interruption. Cette notion se distingue du dynamisme, de l'énergie ou du fait d'être actif. La motivation est une instance d'intégration et de régulation d'une multitude de paramètres relatifs aux opportunités d'un environnement et aux sollicitations d'une situation. Aussi le rôle de la motivation est-il proportionné aux degrés d'ambiguïté et ambivalence d'une situation : elle doit dissiper la complexité voire la confusion des données et leur conférer différentes valeurs avant d'en tirer une conclusion en termes de comportement : le choix et l'investissement dans la direction préférée.

La motivation peut donc se définir comme un « processus physiologique permettant à un sujet d'accomplir certaines actions, ou de s'orienter vers certains buts. Ces processus dynamiques peuvent être altérés, et susciter divers symptômes : aboulie, apragmatisme,

apathie » (Tribolet, 2006), que l'on retrouve aussi bien dans la schizophrénie (appartenant aux signes négatifs), que dans d'autres types de pathologies psychiatriques (dépression), ou neurologiques (démence).

- L'*aboulie* est une diminution de la volonté qui se traduit par une perte d'initiative motrice entraînant hésitation, lenteur, indécision et incapacité à exécuter des actions pourtant planifiées.
- L'*apraxisme* est une tendance à l'inertie, caractérisée par l'incapacité à entreprendre des actions. Ce symptôme est à distinguer de l'aboulie : dans l'apraxisme, il n'y a pas de planification, ni d'intention d'agir : la capacité même de "vouloir faire" est atteinte.
- L'*apathie*, terme emprunté à la neurologie, se caractérise par « une indifférence, une insensibilité, une absence de réaction chez un patient dont les intérêts intellectuels sont amoindris ou très réduits : traumatisme crânien, intoxication (alcool, cannabis), démence ». (Tribolet, 2006)

Ainsi, bien que le trouble de la motivation renvoie théoriquement à une triade symptomatique, nous allons voir que la littérature utilise principalement le terme d'**apathie** ou de syndrome amotivationnel pour définir le déficit de motivation chez le patient schizophrène.

## **b) Approche clinique de la motivation : le concept d'apathie dans la schizophrénie**

Marin (1990, 1991) a conceptualisé l'apathie comme « une perte (ou une diminution) primitive de la motivation, c'est-à-dire des processus qui permettent d'organiser le comportement vers un but, en fonction à la fois de l'expérience passée, de la situation actuelle, et du résultat attendu. Il s'agit d'un déficit non seulement dans les comportements dirigés vers un but (se manifestant par un manque de productivité, une absence d'effort ou d'initiatives, un retrait social) mais aussi dans leurs corrélats cognitifs (perte des intérêts pour aborder de nouvelles expériences) et émotionnels (indifférence affective) ».

L'apathie a donc une dimension syndromique et se retrouve d'ailleurs dans d'autres pathologies que la schizophrénie, telles que la démence fronto-temporale par exemple.

Ces trente dernières années, de nombreuses études ont exploré ce trouble motivationnel et ont montré que ce déficit est fortement corrélé aux difficultés d'autonomisation des patients schizophrènes. En effet, certains auteurs avancent que *l'apathie serait le principal facteur prédictif du fonctionnement psychosocial* dans la schizophrénie, rendant compte de 70 à 74 % de la variance (Foussias, 2009; Foussias, 2011; Konstantakopoulos, 2011), et ce davantage encore que les déficits neurocognitifs.

Foussias (2010) fait même de l'apathie le concept clé pour comprendre la schizophrénie, concept qui pourrait englober l'ensemble des symptômes négatifs de la maladie.

### **c) Bases neurophysiologiques du trouble motivationnel dans la schizophrénie**

Le syndrome amotivationnel dans la schizophrénie s'expliquerait par une dysfonction du système limbique, plus précisément par une altération du système dopaminergique dans le circuit de la récompense (Velligan, 2006); or la dopamine est impliquée dans les phénomènes d'anticipation de la récompense (donc dans la volonté de s'engager dans une tâche pour obtenir la récompense) et non dans le plaisir ressenti face à cette récompense. On constate d'ailleurs que les patients schizophrènes, s'ils ne font pas l'effort de l'obtenir, peuvent néanmoins apprécier une récompense si elle survient. C'est ce qui fait dire à Velligan (2006) que « de nombreux patients ne veulent pas les choses qu'ils aiment ».

La dysfonction du circuit de la récompense serait donc à l'origine du trouble motivationnel chez le patient schizophrène, responsable de son incapacité à s'engager dans une tâche donnée. Tout l'enjeu du système d'économie de jetons serait alors de mobiliser ce circuit de la récompense en utilisant des primes ou renforçateurs qui viendraient stimuler ce circuit motivationnel pour permettre au patient un accès aux apprentissages.

### **d) Modèles cognitifs de la motivation**

On distingue actuellement deux principaux modèles cognitifs de la motivation. Nous les présenterons d'abord chez le sujet sain, avant de voir s'ils peuvent être appliqués de façon pertinente au patient schizophrène.

### **(1) Le modèle « expectancy value » de la motivation**

Selon le modèle expectancy-value de la motivation, la croyance quant à la probabilité de réussite dans une tâche (composante « expectancy »), et la perception de la valeur accordée à cette tâche (composante « value ») sont d'importants déterminants de la motivation du sujet à s'engager dans cette tâche (Wigfield & Eccles, 2000).

Cette théorie souligne l'importance du *sentiment d'efficacité personnelle*, ou autoefficacité pour s'engager dans une tâche et maintenir l'effort d'apprentissage. Le sentiment d'efficacité personnelle appartient au corpus théorique de la cognition sociale développé par Albert Bandura, et se définit comme « la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités » (Bandura, 2007). Cette croyance du sujet de disposer des capacités nécessaires à la réalisation d'une tâche va avoir des répercussions sur la façon dont il va la réaliser. En d'autres termes, plus un individu est confiant dans le fait de réussir une tâche, (plus son sentiment d'efficacité personnelle est développé), plus sa motivation à s'engager dans la tâche est importante.

### **(2) La théorie de l'autodétermination**

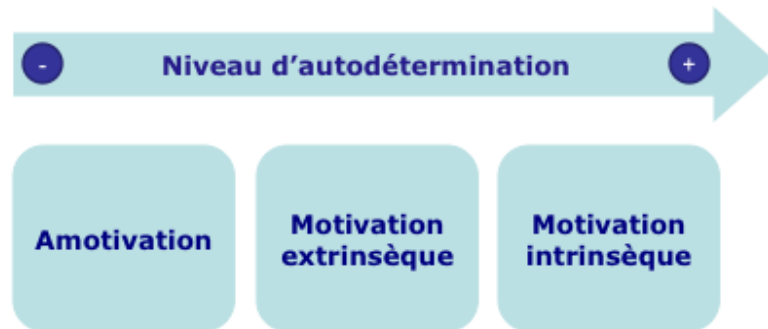
La théorie de l'autodétermination (Boiché, 2007) suppose l'existence de différentes formes de motivations à l'origine des comportements humains. Plus précisément, les motivations développées par l'individu varieraient selon leur degré d'autodétermination, c'est-à-dire en fonction du « degré avec lequel l'activité est effectuée avec un sentiment de totale volition et de choix » (Deci et Ryan, 2000). Autrement dit, dans le cas d'une forme de motivation autodéterminée, l'individu va éprouver le sentiment de choisir librement de faire tel ou tel comportement ; dans le cas d'une forme de motivation non autodéterminée, ou « contrôlée », l'individu éprouvera un sentiment d'obligation d'agir de telle ou telle manière. Selon cette théorie, les différentes formes de motivation peuvent être placées sur un continuum théorique, allant du plus faible au plus fort degré d'autodétermination (cf. Figure 2).

La forme de motivation la plus autodéterminée est la *motivation intrinsèque*. Ce type de motivation est présent lorsque la personne effectue un comportement pour le plaisir et la satisfaction que celui-ci lui procure. C'est donc le type de motivation le plus puissant pour s'engager dans une tâche.

Les formes de motivation que l'on trouve ensuite sur le continuum correspondent à la *motivation extrinsèque*. Autrement dit, l'activité n'est plus effectuée pour elle-même, mais est

considérée comme un moyen efficace d'atteindre une fin désirable (i.e., récompense matérielle ou symbolique) ou d'éviter une conséquence néfaste (i.e., punition). C'est le principe de fonctionnement de l'économie de jetons.

L'extrémité la moins autodéterminée du continuum, enfin, est constituée par l'*amotivation*, qui reflète une absence de régulation face à un comportement. Dans ce type de situation, l'individu ne perçoit aucun lien entre ses actions et les conséquences qu'il pourrait en attendre sur l'environnement.



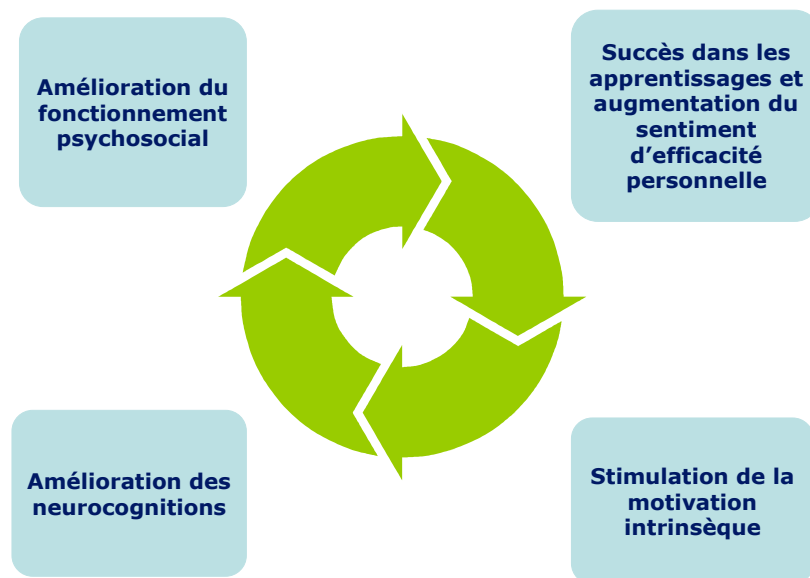
**Figure 2** : Le continuum de motivations selon la théorie de l'autodétermination

Ce continuum de motivations, spécifique à chaque individu dans un contexte de vie donné, serait à l'origine des comportements humains. Comme on peut le penser, les études montrent de façon significative qu'un profil motivationnel autodéterminé entraîne des conséquences positives pour l'individu et cela sur le plan cognitif, émotionnel et comportemental (Ryan et Deci, 2001). Ainsi, la recherche de motivations autodéterminées donc intrinsèques, constitue un enjeu primordial pour le bien-être des personnes.

### **e) Application des modèles cognitifs de la motivation à la schizophrénie**

► De nombreuses études ont montré la pertinence du *modèle « expectancy value »* de la motivation appliqué à la schizophrénie. En effet, selon ce modèle, les croyances dysfonctionnelles négatives du patient sur ses performances peuvent expliquer qu'il ne s'engage pas dans une tâche (« je suis mauvais, je n'y arriverai pas, alors à quoi bon »). En permettant sa réussite dans les apprentissages, on augmente son sentiment d'efficacité personnelle, ce qui lui permettra de se motiver davantage pour s'engager dans d'autres apprentissages. Choi (2010) avance que chez le patient schizophrène, de façon similaire à ce

qui est retrouvé chez le sujet sain, la perception d'une forte probabilité de réussite dans la tâche, associée à la valeur accordée à cette tâche, augmente la motivation du patient à s'engager dans cette tâche. Il ajoute que l'augmentation du sentiment d'efficacité personnelle permet également de maintenir les apprentissages dans le temps. Nakagami (2010) montre qu'en augmentant la motivation interne (ou intrinsèque) des patients schizophrènes, les neurocognitions sont également améliorées, ce qui permet au patient d'être encore plus accessible aux apprentissages et par là, d'accéder à l'acquisition des compétences sociales nécessaires à un meilleur fonctionnement psychosocial. On entre alors dans le cercle vertueux suivant (cf. Figure 3) :



**Figure 3** : Cercle bénéfique du succès dans les apprentissages

► *La théorie de l'autodétermination* est également opérante dans la schizophrénie. Comme vu précédemment, le patient schizophrène souffre constitutivement d'un trouble motivationnel, qui l'entrave dans sa capacité à s'engager dans une tâche. Sur le « continuum de motivations », sa motivation se situerait du côté le moins autodéterminé de la fresque,

l'enjeu des thérapeutiques étant alors la progression dans ce continuum jusqu'à atteindre la motivation intrinsèque, considérée comme la plus efficace pour s'engager dans un processus d'apprentissage (Boiché, 2007).

Qu'en est-il maintenant de l'application de ces modèles de la motivation au sein du programme « seconde chance » ?

## **2. Approche motivationnelle du programme « seconde chance »**

L'analyse du programme « seconde chance » sous l'angle cognitif de la motivation nous permet de considérer l'économie de jetons comme un véritable soutien motivationnel aux patients déficitaires, leur permettant l'accès au programme de réhabilitation psychosociale proposé.

Le système de jetons, par le biais des renforçateurs, mobilise le circuit de la récompense qui permet de stimuler la motivation et favoriser les apprentissages.

► Comme mentionné ci-dessus, l'économie de jetons place initialement les patients dans une situation artificielle de motivation extrinsèque. Les patients sont renforcés par le biais de renforçateurs externes (jetons, snacks), ces renforçateurs étant puissants car ils sont ou donnent accès à des renforçateurs primaires, et permettent ainsi d'amorcer plus facilement les premiers processus d'apprentissage. Selon la *théorie « expectancy value »* de la motivation, le succès dans les apprentissages - aussi minime soit-il - renforcera le sentiment d'efficacité personnelle du patient et sa motivation à s'engager dans d'autres processus d'apprentissages, où l'utilisation systématique de renforçateurs primaires ne sera plus nécessaire.

► Une fois que le « cercle bénéfique du succès » est amorcé, on utilise moins les renforçateurs externes pour se fier davantage aux renforçateurs intrinsèques et sociaux, de façon à renforcer la motivation intrinsèque. On passe alors progressivement de processus motivationnels externes à des motivations internes à l'individu, considérées, selon la *théorie de l'autodétermination*, comme plus puissantes et plus renforçantes.



L'économie de jetons, au sein du programme « seconde chance », permet donc aux patients d'accéder aux apprentissages en soutenant leurs déficits motivationnels. Ainsi, elle permet aux patients de récupérer un meilleur fonctionnement psychosocial pour pouvoir s'autonomiser et vivre dans la société. Cependant, comment ces apprentissages peuvent-ils se maintenir durablement après la sortie de l'unité?

### **3. Optimisation de l'économie de jetons : vers une prise en charge « compensatrice » des déficits des patients schizophrènes ?**

En théorie, on suppose qu'au moment de l'arrêt du système d'économie de jetons et lorsque la sortie est envisagée, le patient est suffisamment « autonome » sur le plan cognitif et motivationnel pour ne plus avoir besoin de renforçateurs externes pour gérer son quotidien. Cela n'est malheureusement pas toujours le cas, raison pour laquelle près de la moitié des patients sont ré hospitalisés.

Quelles sont alors les solutions pour optimiser la généralisation et permettre le maintien des patients à l'extérieur?

La vocation du programme « seconde chance » est de « corriger » au maximum les déficits des patients schizophrènes afin de leur offrir autonomie et réinsertion dans la société ; cette approche restauratrice des déficits sous-entend une persistance des apprentissages au delà de la structure thérapeutique, ce qui ne se produit pas toujours. Aussi, ne pourrait-on pas envisager *une prise en charge des troubles davantage compensatrice que restauratrice*, qui viendrait pallier les difficultés des patients schizophrènes au quotidien, en permanence, jusque sur leurs lieux de vie, afin d'éviter de trop fréquentes ré hospitalisations et de leur permettre de continuer à vivre dans la société ?

Ainsi, nous aborderons successivement ces deux types de prise en charge, restauratrice et compensatrice, afin de répondre au mieux à la problématique soulevée par la généralisation.

## a) L'approche restauratrice

Comme évoqué précédemment, le programme « seconde chance » a pour but de restaurer les déficits des patients schizophrènes pour leur permettre d'acquérir les apprentissages nécessaires à un meilleur fonctionnement psychosocial. L'approche restauratrice des troubles se fait à travers tous les groupes thérapeutiques d'entraînement aux habiletés sociales, mais aussi grâce aux modules de **remédiation cognitive**.

On rappelle que la remédiation cognitive est une thérapie rééducative visant à traiter les troubles neuropsychologiques dont souffrent les patients schizophrènes (déficits attentionnels, troubles de la mémoire, troubles des fonctions exécutives, de la cognition sociale ...). Elle vise donc à corriger les troubles cognitifs qui sous-tendent leurs difficultés de socialisation. Velligan et collaborateurs (2006) ont proposé de distinguer deux approches distinctes de cette thérapie :

- **la remédiation cognitive compensatrice**, que nous aborderons dans la partie suivante.
- **la remédiation cognitive par renforcement, ou restauratrice** : il s'agit du type de remédiation habituellement utilisé pour les patients schizophrènes, l'objectif étant la récupération des fonctions détériorées. Elle tente d'exploiter ce qui reste de ces fonctions en agissant sur elles par un « entraînement cognitif ».

Les exemples de ces programmes sont nombreux, ils varient en fonction du type de matériel utilisé (papier/crayon, jeux de cartes, pièces de bois, programmes spécifiques sur ordinateur), ou des fonctions cognitives visées ; ces programmes ont été développés aux Etats Unis pour la plupart, mais il existe des versions françaises pour un certain nombre d'entre eux : IPT (integrated psychological therapy), CRT (cognitive remediation therapy), RECOS (remédiation cognitive pour les patients schizophrènes), REHACOM (réhabilitation computerisée). Une méta-analyse de McGurk et collaborateurs en 2007 a montré que la remédiation cognitive était d'autant plus efficace pour améliorer le fonctionnement quotidien des patients, qu'elle était combinée à une psychothérapie. Il ne s'agit donc pas de substituer une modalité à une autre, mais bien de compléter des modalités thérapeutiques déjà existantes.

C'est le programme de remédiation cognitive « NEAR » (Neuropsychological educational approach to rehabilitation, ou Réhabilitation par neuropsychologie éducationnelle), qui est

utilisé dans l'unité « seconde chance ». Il s'agit d'un programme d'entraînement par ordinateur « qui s'inspire des techniques développées en psychologie de l'éducation pour stimuler la motivation et l'implication dans les activités à réaliser. Le développement de NEAR est basé sur l'idée que les patients schizophrènes souffrent de troubles cognitifs ayant altéré leur confiance en eux. NEAR a été créé pour contrecarrer le découragement consécutif aux échecs que leur handicap leur a fait subir et qui entraînerait leur désengagement. Les exercices sont *motivants* et ciblent différentes fonctions cognitives, telles que l'attention, la résolution de problèmes et la mémoire. NEAR propose une estimation immédiate des performances du participant, qui peut ainsi consécutivement moduler le niveau de difficulté des exercices » (Sablier, 2009). Ce programme cognitif restaurateur, utilisé dans l'unité «seconde chance », vise donc la correction des déficits cognitifs et motivationnels des patients schizophrènes, pour leur permettre l'accès aux apprentissages nécessaires à une meilleure autonomisation.

Cependant, ce traitement restaurateur a ses limites, puisque certains patients ne maintiennent pas leurs apprentissages au delà de la structure thérapeutique et doivent être ré hospitalisés. Ainsi, l'instauration d' « une prise en charge compensatrice en ambulatoire » qui viendrait « prendre le relais » du système prothétique compensateur de l'économie de jetons, et qui permettrait de pallier au quotidien les difficultés des patients schizophrènes sur leurs lieux de vie, afin de leur éviter de trop fréquentes réadmissions, pourrait constituer une solution intéressante.

## **b) L'approche compensatrice**

**La remédiation cognitive compensatrice** ne vise pas à entraîner des fonctions altérées, mais à permettre le développement de compétences alternatives pour contourner le déficit. Pour cela, elle s'attache à renforcer les fonctions cognitives intactes, afin de compenser celles qui sont détériorées, ou à modifier l'environnement du patient. Ce type de remédiation utilise les **assistants cognitifs numériques**, véritables « prothèses cognitives », qui ont pour but de compenser au quotidien les déficits cognitifs des patients. Ces assistants cognitifs numériques, initialement développés pour les patients souffrant de troubles cognitifs liés à une démence, un retard mental ou une lésion cérébrale, commencent à être utilisés pour les patients schizophrènes qui souffrent de déficits cognitifs similaires. Ils sont destinés à pallier les altérations des fonctions supérieures affectant l'attention, les fonctions exécutives,

la mémoire prospective, la planification des actions ou la motivation. Ils visent à renforcer les fonctions cognitives résiduelles, et compenser celles qui sont détériorées en adaptant l'environnement du patient.

Comme nous allons le voir, ces assistants sont utilisables au quotidien : portatifs, ils peuvent accompagner le patient dans toutes ses activités. Par ailleurs, l'insertion de ces technologies d'assistance pourrait à l'avenir se faire dans des appartements dits « intelligents » équipés de capteurs permettant de détecter les déplacements de l'habitant, de contrôler la marche et l'arrêt des appareils électriques, de mesurer le débit d'eau pour éviter le débordement des baignoires et lavabos, etc. Il ne s'agit pas d'isoler le patient en remplaçant son entourage humain par un environnement technologique froid, mais, au contraire, d'améliorer ses relations interpersonnelles en lui apportant une plus grande autonomie et ainsi une plus grande confiance en lui.

Sablier (2009) a listé les différents assistants cognitifs numériques pouvant être utilisés actuellement chez les patients schizophrènes.

➤ NeuroPage

NeuroPage est un « bippeur » composé d'un écran et d'un bouton marche/arrêt : cette simplification à l'extrême a pour but de solliciter au minimum les capacités mnésiques et exécutives. Le bip est relié à une société qui programme l'envoi automatique de messages. Le choix des messages est établi au préalable par le patient et un soignant. On peut, par exemple, choisir de rappeler aux heures prévues la prise du traitement. Le patient est un acteur à part entière de son traitement : il contrôle le contenu des informations qu'il recevra et participe activement aux décisions concernant la planification de sa vie quotidienne. Lorsqu'il est temps de réaliser une activité, le bippeur émet une sonnerie et un court texte apparaît sur l'écran.

➤ COGnitive ORTHotic (COGORTH)

Ce système ressemble à NeuroPage, en plus perfectionné. Les messages sont émis sous forme de texte, de signal audio ou d'images. Il est possible de prévenir et de corriger les erreurs, de proposer de l'aide, et de gérer la priorité des tâches. Ce système peut surveiller l'utilisation des appareils électriques, en émettant des signaux auditifs (par exemple, le patient

peut être alerté s'il oublie d'éteindre une plaque chauffante ou de fermer un robinet). Si une réponse est inappropriée ou tardive, COGORTH prévient le soignant référent.

#### ➤ MOBUS

MOBUS associe deux dispositifs de type PDA (« personnel digital assistant » : il s'agit d'un appareil faisant office à la fois de téléphone portable et d'agenda électronique): un pour le patient et un pour son soignant référent. Le patient est en lien continu avec ce dernier, ce qui contribue à le rassurer. L'agenda du patient offre une liste d'activités planifiées dans le temps. De plus, il a la possibilité de signaler l'intensité et la fréquence de ses symptômes. Ces informations, transmises par le patient à l'aide d'un réseau Internet sans-fil apparaissent sur le PDA du référent. Le but n'est pas de surveiller le patient, mais de le rassurer et de lui permettre d'être plus autonome.

Une étude de Sablier en 2007 a déjà permis de montrer l'intérêt de l'utilisation de ce système pour des patients souffrant de schizophrénie. Trois patients et trois soignants ont participé à cette expérimentation. Cette étude a montré l'intérêt d'utiliser un réseau de téléphonie cellulaire plutôt qu'Internet sans fil, de disposer d'un signal sonore ou d'une vibration pour alerter le patient et de fournir le bilan des symptômes sur le PDA des référents.

L'utilisation de ces assistants cognitifs numériques pourrait donc être envisagée pour les patients sortant d'hospitalisation, afin de soutenir efficacement leur autonomie à l'extérieur. Ce dispositif a certes un coût, mais il pourrait être intéressant de le comparer au coût moyen d'hospitalisations itératives de patients schizophrènes mal stabilisés. Ainsi, ce type de prise en charge compensatrice ambulatoire pourrait permettre de pallier au quotidien les difficultés des patients schizophrènes sur leurs lieux de vie, afin de leur éviter de trop fréquentes ré hospitalisations et de leur permettre de continuer à vivre dans la société.

## VI. Conclusion

Ce travail avait pour objectif de faire l'analyse critique, à partir d'une expérience personnelle et au regard de la littérature actuelle, d'un programme de réhabilitation psychosociale basé sur une prise en charge comportementale de type économie de jetons, destiné aux patients souffrant de schizophrénie déficitaire. Avançant des résultats très positifs, avec un taux de sortie sur les 4 premières années de 78%, concernant des patients qui, pour la plupart, n'avaient jamais pu vivre en dehors d'une structure hospitalière auparavant, le programme « seconde chance » peut être considéré comme une réussite pour l'autonomisation et la réinsertion de ces patients.

Cependant malgré son succès, ce programme connaît des limites ; en effet, certains patients, en raison de leurs troubles cognitifs et motivationnels, sont confrontés aux difficultés de généralisation et de maintien de leurs acquisitions au-delà de la structure prothétique de l'unité.

Une prise en charge compensatrice en ambulatoire, par l'intermédiaire d'*assistants cognitifs numériques*, pourrait permettre de pallier au quotidien les déficits de ces patients, afin de leur éviter de trop fréquentes ré hospitalisations et d'améliorer leur qualité de vie. Ces assistants cognitifs numériques, initialement développés pour les patients souffrant de troubles cognitifs liés à une maladie neurologique, doivent cependant être davantage étudiés dans le champ spécifique de la schizophrénie, afin de développer des modèles s'adaptant le plus possible à cette pathologie.

## VII. Bibliographie

Anthony WA, Kennard WA, O'Brien WF, Forbess R. Psychiatric rehabilitation: past myths and current realities. *Community Mental Health Journal*, 1986 ; 22 : 249-264

Anthony WA, Liberman RP. The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 1986 ; 12 : 542-559

Ayllon T, Azrin NH. Traitement comportemental en institution psychiatrique. Bruxelles: Dessart; 1973

Bandura A. (trad. Lecomte J.) Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle [« Self-efficacy »], Paris : De Boeck ; 2007, 2<sup>e</sup> éd.

Beauchamp TL, Childress J. Principles of biomedical ethics. 5e Ed. New York/Oxford: Oxford University Press; 2001

Boiché J, Sarrazin P : Motivation autodéterminée, perceptions de conflit et d'instrumentalité et assiduité envers la pratique d'une activité physique: une étude prospective sur six mois. *Psychologie française*, décembre 2007 ; 52 (4) : 417-430

Cano N : Pratiques psychiatriques et perspectives éthiques. *Éthique et santé*, 2009 ; 6 : 3-10

Choi J, Fiszdon J and Medalia A: Expectancy-Value Theory in Persistence of Learning Effects in Schizophrenia: Role of Task Value and Perceived Competency. *Schizophrenia Bulletin*, 2010; 36 (5) : 957-965

Chomsky N: A Review of B. F. Skinner's Verbal Behavior, 1959. Paru en traduction française dans *Langages*, 1969 ; 16 : 16-49

Chomsky N : L'Amérique et ses nouveaux mandarins. Seuil, 1969, p. 239-240

Deci E.L, Ryan R.M. The “What” and “Why” of Goal Pursuits : Human Needs and the Self Determination Theory. *Psychological Inquiry*, 2000 ; 11 (4) : 227-268

Favrod J, Barrelet L: Efficacité de l’entraînement des habiletés sociales avec les personnes atteintes de schizophrénie. *Thérapie comportementale et cognitive*, 1993 ; 3 (3) : 84-94

Foussias G, Mann S, Zakzanis K.K, van Reekum R, Remington G: Motivational deficits as the central link to functioning in schizophrenia: A pilot study. *Schizophrenia Research*, 2009 ; 115 : 333–337

Foussias G, Remington G: Negative Symptoms in Schizophrenia: Avolition and Occam’s Razor. *Schizophrenia Bulletin*, 2010; 36 (2) : 359-369

Foussias G, Mann S, Zakzanis K.K, van Reekum R, Agid O, Remington G: Prediction of longitudinal functional outcomes in schizophrenia: The impact of baseline motivational deficits. *Schizophrenia Research*, Juillet 2011

Franck N, Thibaut F : Modalités d’utilisation des neuroleptiques. *EMC-Psychiatrie 2*, 2005 ; 300-339

Franck N, Chambon O, Marie-Cardine M. Thérapies comportementales et cognitives dans la schizophrénie. *EMC- psychiatrie*, 2008 ; 37-295-D-50

Kane JM, Honigfeld G, Singer J, Meltzer HY, the Clozaril Collaborative Study Group, Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic : A double-blind comparison with chlorpromazine, *Archives of General Psychiatry*, 1988; 45, 789-796.

Kapsambelis V, Bonnet C. Mesures sociales et réhabilitation dans le traitement des patients psychotiques. *EMC- psychiatrie*, 2002 ; 37-295-E-10

Kelleher R.T. A comparison of conditioned and food reinforcement on a fixedratio schedule in chimpanzees. *Psychological newsletter*, 1957; 8, 88-93



Konstantakopoulos G, Ploumpidis D, Oulis P , Patrikelis P, Soumani A , Papadimitriou G.N , Politis A.M : Apathy, cognitive deficits and functional impairment in schizophrenia *Schizophrenia Research* , Juillet 2011

Liberman RP, Evans CC. Behavioral rehabilitation for chronic mental patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 1985; 5(suppl3): 8S-14S.

Lin H.C, Tian W.H, Chen C.S, Liu T.C, Tsai S.Y, Lee H.C. The association between readmission rates and length of stay for schizophrenia: a 3-year population-based study. *Schizophrenia Research*, 2006; 83:211-214.

Lin C.H, Chen M.C, Chou L.S, Lin C.H, Chen C.C and Lane H.Y : Time to rehospitalization in patients with major depression vs. those with schizophrenia or bipolar I disorder in a public psychiatric hospital. *The Psychiatry Research*, 2010; Volume 180, Issues 2-3, Pages 74-79

McGurk S.R, Twamley E.W, Sitzer D.I, McHugo G.J, and Mueser K.T. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 2007; 164 : 1791-1802

Marin R.S. Differential diagnosis and classification of apathy. *The American Journal of Psychiatry*, 1990;147: 22-30

Marin R.S. Apathy, a neuropsychiatric syndrome. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 1991; 3: 243-254

Melman C, extrait de l'éditorial écrit à l'occasion des journées d'études de l'association lacanienne internationale des 12 et 13 juin 2010

Nakagami E, Hoe M, and Brekke J.S. The Prospective Relationships Among Intrinsic Motivation, Neurocognition, and Psychosocial Functioning in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 2010; 36 ( 5 ) : 935–948

Ryan R.M, Deci E.L. On happiness and human potentials: a review of hedonic and eudaimonic well-being. *The Annual Review of Psychology*, 2001; 52: 141-166

Sablir J, Stip E, Franck N. et al. : Etude de convivialité de l'utilisation d'un agenda électronique par des personnes souffrant de schizophrénie. *Santé Mentale au Québec* 2007 ; 32 (2) : 209-224

Sablir J, Stip E, Franck : Remédiation cognitive et assistants cognitifs numériques dans la schizophrénie : *l'Encéphale*, 2009 ; 35, 160-167

Silverstein S.M, Hatashita-Wong M, Wilkniss S, Lapasset J, Bloch A. et McCarthy R ; Gestion clinique et réhabilitation du patient souffrant de schizophrénie et réfractaire au traitement : fondements conceptuels et résultats (première partie) *Santé Mentale au Québec*, 2004 ; 29 (2) : 15-44.

Silverstein S.M, Hatashita-Wong M, Wilkniss S, Bloch A, Smith T, Savitz A, McCarthy R, Friedman M. and Terkelson K. Behavioral Rehabilitation of the Treatment Refractory Schizophrenia Patient: Conceptual Foundations, Interventions, and Outcome Data. *Psychological Services*, 2006; 3 (3) : 145-169

Skinner B.F. The behavior of organisms : an experimental analysis. New York, Appleton-Century-Crofts. 1938

Skinner B.F. Science and human behavior. New York, Macmillan. 1953

Tribolet S, Vocabulaire de santé mentale, éditions de santé, 2006

Trudel G. Thérapie de milieu en institution psychiatrique, une approche behaviorale. Les presses de l'université du Québec, 1980

Velligan D.I., Kern R.S., Gold J.M. Cognitive rehabilitation for schizophrenia and the putative role of motivation and expectancies. *Schizophrenia Bulletin*, 2006 ; 32 (3) : 474-485

Vidon G. La réhabilitation dans tous ses états. In : Vidon G éd. La réhabilitation psychosociale en psychiatrie. Paris : Éd Frison-Roche, 1995 : 27-62

Wahlbeck, K., Cheine, M., Essali, A., Adams, C., Evidence of clozapine's effectiveness in schizophrenia : A systematic review and metaanalysis of randomized trials, *American Journal or Psychiatry*, 1999; 156, 990- 999.

Widlöcher D. Introduction. Schizophrénie. *Rev Prat* 1980 ; 30 : 5-8

Wigfield, A., and Eccles, J. S. Expectancy-value theory of achievement motivation. *Contemporary Educational Psychology*, 2000; 25 (1), 68-81.

## VIII. Annexes

**Check-list « Apparence et hygiène »** : critères vérifiés chaque matin à 8h30, s'ils sont remplis → gains de jetons et de points

- Douche prise
- Maquillage approprié / patient rasé
- Ongles propres et coupés
- Vêtements appropriés pour la saison
- Vêtements propres
- Cheveux peignés
- Dents brossées

**Check-list « Chambre et espaces »** : critères vérifiés chaque matin, s'ils sont remplis → gains de jetons et de points

- Pas de désordre dans la chambre, rien ne doit encombrer le sol ou le lit
- Pas d'odeur dans la chambre
- Vêtements et affaires personnelles rangées dans les placards
- Tiroirs et placards fermés
- Lit fait avec des draps propres
- Salle de bain propre

**Check-list du comportement lors des repas** : critères vérifiés à chaque repas, s'ils sont remplis → gains de jetons et de points

- Ponctualité
- Vêtements, mains et visage propres
- Attitude courtoise : faire la conversation, ne pas parler la bouche pleine, ne pas créer d'altercations
- Manger avec ses couverts
- Ne pas prendre de la nourriture sur le plateau de son voisin
- Ne pas renverser ou cracher la nourriture
- Pas de glotonnerie
- Ramener son plateau après le repas sans rien laisser sur la table

**Check-list de la préparation au coucher** : critères vérifiés tous les soirs, s'ils sont remplis → gains de jetons et de points

- Dents brossées
- Port de vêtements propres
- Ne pas dormir avec les vêtements de la journée (Port de pyjama ou équivalent)
- Vêtements sales mis dans la corbeille à linge sale
- Pas de désordre
- Lit fait avec draps propres et couverture sur le lit
- Salle de bain propre

**Check-list des comportements inappropriés** (cotés tout au long de la journée, entraînent une perte de points)

**Refus de traitement**

- refuser de prendre le traitement pharmacologique
- refuser de se soumettre à un bilan biologique
- refuser de rester dans le groupe de médication
- refuser d'assister à un groupe thérapeutique
- refuser un entretien médical

**Discours offensant ou socialement inapproprié**

- poser des questions indiscreètes
- parler trop fort
- manipuler l'équipe : refaire une demande à un membre de l'équipe alors qu'un autre soignant a déjà répondu à cette demande
- tenir un discours incohérent, bizarre ou délirant
- parler tout seul
- tenir un discours inapproprié (faire des commentaires péjoratifs ou sexuels, dire des grossièretés...)
- agresser verbalement autrui (insultes, menaces)

**Comportement socialement inapproprié**

- être intrusif : fixer quelqu'un du regard, le suivre dans l'unité, rester physiquement trop proche de lui
- s'exhiber en public
- avoir un comportement bizarre
- avoir un comportement inapproprié en public: se curer le nez en public, dormir sur une chaise...
- toucher autrui
- toucher les affaires d'autrui

**Utilisation d'argent dans l'unité** (prêter ou emprunter de l'argent)



### **Comportements d'isolement social**

- S'isoler dans sa chambre
- Dormir pendant la journée

**Comportements hautement inappropriés** (tombant sous le coup de la loi ou d'une admission aux urgences dans le monde réel)

En plus d'une perte de points, ces comportements entraînent une restriction de 72h dans l'unité

- Commettre un vol
- Fumer dans l'unité
- Fuguer
- Agresser quelqu'un physiquement
- Commettre un passage à l'acte auto agressif : scarifications, automutilations, tentative de suicide

**Check-list des comportements appropriés** : cotés tout au long de la journée, entraînent un gain de points

- Avoir une conversation avec autrui
- Faire une activité, seul ou avec autrui (jouer à un jeu de société, lire...)
- Savoir faire face à un stress environnemental ou personnel (savoir faire face de façon adaptée à un conflit ou à une déception)
- Encourager, soutenir, consoler autrui
- Répondre de façon appropriée à une remarque d'un soignant par rapport à un comportement inapproprié
- Aider l'équipe soignante dans l'unité

## **Les différents groupes thérapeutiques**

### **Groupes d'entraînement aux habiletés sociales**

- habiletés élémentaires de conversation
- stratégies de résolution de problèmes interpersonnels
- groupe de coping
- groupe d'efficacité personnelle
- sorties dans la communauté (mobilisent un certain nombre d'habiletés sociales comme faire ses courses, gérer un budget, prendre les transports...)

### **Groupes psychoéducatifs**

- éducation au traitement neuroleptique
- contrôle des symptômes

### **Remédiation cognitive (programme NEAR)**

#### **Autres groupes**

- cuisine
- yoga, relaxation
- chant, musique
- exercice physique
- arthérapie
- thérapie assistée par l'animal
- jeux en groupe (bingo...)
- discussion autour de l'actualité
- groupe de parole
- nutrition

**Vu, le Directeur de Thèse  
Monsieur le Dr Jérôme Graux**

**Vu, le Doyen de la Faculté de médecine de TOURS  
Monsieur le Professeur Dominique Perrotin**

**Résumé :** L'économie de jetons, développée dans le courant des années 60, fut l'une des premières techniques de réhabilitation psychosociale utilisée dans la prise en charge des patients psychotiques. Cette technique comportementale a fait l'objet d'un regain d'intérêt ces dernières années en raison de son usage et de sa re-conceptualisation au sein du programme « Seconde Chance ». Ce programme de soin, développé dans une unité spécialisée du « New York Presbyterian Hospital », a pour objectif de favoriser l'autonomie de patients schizophrènes institutionnalisés au long cours dans les hôpitaux publics de l'état de New York et de leur offrir l'opportunité d'une « deuxième chance » de pouvoir s'insérer durablement dans la société. Pour cela, ce projet de soin s'appuie sur un programme de réhabilitation psychosociale structuré par un système d'économie de jetons. A la lumière d'une revue de la littérature, et d'une expérience personnelle au sein de cette unité, nous détaillerons ce programme de réhabilitation psychosociale et ses principaux résultats, avant d'en proposer une analyse critique.

**Summary:** The token economy has been developed in the sixties and was one of the first psychosocial rehabilitation techniques for psychotic patients. This behavioral technique has recently benefited from a greater interest due to its conceptual renewal and implementation in the “second chance” program. This care program has been developed in a specialized department of the NYPH. It aims at improving the autonomy of schizophrenic patients, who have been treated in New York public hospitals for many years. This program gives a “second chance” to patients to get a firm foothold in society. In order to reach this goal, the proposed treatment relies on a psychosocial rehabilitation program structured by a token economy system. Based on a literature review and a personal experience in this department, the following paper will detail the psychosocial rehabilitation program, its key results and discuss its strengths and weaknesses.

**Mots clés :**

-économie de jetons  
-schizophrénie  
-réhabilitation psychosociale

**Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Philippe Gaillard  
**Membres :** Monsieur le Professeur Vincent Camus  
Monsieur le Professeur Jean-Louis Senon  
Madame le Docteur Mélanie Biotteau  
**Monsieur le Docteur Jérôme Graux**

**Date de la soutenance :** 26 septembre 2011

