Revue médicale de la Suisse romande
124, 205-208, 2004

Se rétablir de la schizophrénie : un modèle d'intervention

par Jérôme Favrod
Dominique Scheder

Résumé

Les études catamnestiques indiquent que la schizophrénie est une maladie qui s'améliore avec le temps. Une minorité de patients vont être complètement libérés de la maladie. Toutefois, les autres vont continuer à souffrir de la maladie ou de ses conséquences. Cet article propose un modèle de rétablissement psychologique pour les personnes atteintes de schizophrénie qui continuent à présenter des manifestations de la maladie. Ce modèle est construit sur l'expérience de personnes qui se décrivent comme rétablies de la schizophrénie. Les éléments communs aux différents témoignages sont passés en revue. Les témoignages des patients et les études qualitatives montrent que le rétablissement est un processus par étape. La reconnaissance de ces différentes étapes devrait permettre aux cliniciens d'offrir de façon plus spécifique les traitements psychosociaux reconnus pour permettre aux patients de passer plus rapidement d'une phase à l'autre du processus.

Summary

Outcome studies show that schizophrenia improves with the action of time. A minority of patients will be completely release from the illness. However the others will keep on suffering from the illness or its consequences. The aim of this paper is to put forward a psychological recovery model. The model is built from the experience of people who describe themselves as recovered from schizophrenia. Common elements of various patients' accounts and qualitative studies show that recovery is a step-by-step process. The recognition of these different steps should allow clinicians to provide more specifically psychosocial treatments validated to enable patients to go faster from one step to the other.

Introduction

Les cliniciens ont fréquemment une vision pessimiste de la schizophrénie. La maladie est souvent associée à un mauvais pronostic et une évolution défavorable. Pour la plupart des professionnels la schizophrénie avance par rechutes vers un état déficitaire. Pourtant les études catamnestiques proposent des perspectives meilleures que cette vision pessimiste. Par exemple une méta-analyse (1) portant sur 320 études et 51800 sujets montre que 40% des patients sont considérés comme améliorés après un suivi moyen de 5 ans et demi. Les patients considérés comme améliorés devaient répondre aux critères suivants selon les études : guéris, en rémission, bien sans symptômes résiduels, légèrement symptomatiques, améliorés sans déficits, socialement remis, travaillant et vivant de façon indépendante. Bien que l'éventail des améliorations soit très varié, ces résultats indiquent que le pronostic de la schizophrénie est meilleur que ce que croient habituellement les cliniciens.

Cette méta-analyse met en évidence que l'évolution de la schizophrénie est très largement influencée par les critères diagnostiques utilisés. Ainsi l'utilisation de critères nécessitant au moins six mois de maladie pour poser le diagnostic réduit le taux d'amélioration à 27.3% et l'emploi de critères avec une durée de symptôme moins longue (≤ 1 mois) augmente le pourcentage de patients améliorés à 46.5%.

Manfred Bleuler (2) dans son étude de suivi à long terme classait un patient comme rétabli s'il se maintenait durant 5 ans dans un emploi complet, endossait des rôles sociaux et ne présentait pas de symptômes psychotiques à l'examen sauf quelques excentricités. Il arrivait ainsi à un taux de rétablissement de 22%. Une réévaluation de son étude avec les critères diagnostiques actuels conduit à des taux de rétablissement de 12 avec le DSM - IV et 15% avec la CIM – 10 (3). On pourrait redéfinir les critères de rétablissement de Bleuler comme des critères de rémission ou de guérison puisque la personne est alors intégrée socialement et professionnellement et ne présente plus de symptômes psychotiques.

Les données indiquent donc clairement que la schizophrénie peut avoir une évolution favorable qui peut aller jusqu'au rétablissement complet. Toutefois l'approche catégorielle de la psychiatrie moderne pose un certain nombre de difficultés. Il est en effet difficile de définir des critères objectifs qui permettent de définir le rétablissement d'une maladie aussi hétérogène que la schizophrénie. Comment serait classée une personne qui travaille à temps partiel par choix de vie ? Quels sont les rôles sociaux nécessaires pour être considérés comme rétablis ? Comment classer les personnes de la population générale qui expérimentent des symptômes psychotiques sans pour autant être considérés comme des personnes atteintes de troubles psychiatriques (4).

Au-delà de ces problèmes de catégorisation, il est intéressant de réfléchir à quel modèle de rétablissement peut être proposé au 85 à 88% des patients qui ne bénéficient pas de la rémission complète décrite ci-dessus.

Les études catamnestiques montrent aussi que le pourcentage d'amélioration augmente avec le temps. Ce qui laisse supposer que la schizophrénie est une maladie qui s'améliore avec l'âge. Le défi pour le clinicien est dès lors de chercher à accélérer ce processus naturel.

Vers un modèle intégratif du rétablissement

Une autre façon de considérer la notion de rétablissement est de partir des témoignages des personnes qui se considèrent comme rétablies de leur schizophrénie. Par exemple, Andersen & al (5) ont identifié 28 témoignages de rétablissement de la schizophrénie ou d'autres troubles mentaux sévères, 14 articles sur le rétablissement écrits par des usagers et 8 études qualitatives. A partir des ces données, les auteurs ont pu mettre en évidence qu'il existe différentes compréhensions du terme en fonction du modèle à partir duquel le concept de rétablissement s'est élaboré. Ils ont pu identifier des thèmes communs entre les témoignages des usagers et montrer que le rétablissement est un processus par étapes.

Dans le modèle médical, la notion de rétablissement correspond à celle de guérison. La maladie mentale est un trouble biologique et le rétablissement se réfère à un ancien état de santé. Le jugement du rétablissement se porte sur la base de la diminution ou la disparition des symptômes et des rechutes.

Dans le modèle de la réhabilitation, on insiste sur le fait que si la maladie n'est pas curable, la personne peut apprendre à bien vivre avec les limites de ses invalidités et un soutien environnemental optimal. Le jugement du réta-

blissement se porte sur les capacités de la personne à vivre de la façon la plus autonome possible avec l'encadrement le plus naturel possible.

Le modèle de l'«empowerment» développé par les mouvements de consommateurs, affirme que la maladie mentale n'a pas de fondements biologiques mais est le signe d'une détresse émotionnelle liée à des stresseurs importants. Si la personne garde la maîtrise et l'optimisme, elle pourra jouer un rôle crucial sur son évolution. La personne peut guérir et retourner à ses anciens rôles sociaux et éviter l'étiquette de patient psychiatrique. Le rétablissement est basé sur l'absence de médicament et le retour aux anciens rôles sociaux. Les extrémistes de ce modèle vont jusqu'à dénier le droit au traitement médical.

Aucune de ces différentes définitions du rétablissement ne sont vraiment satisfaisantes tant pour les patients que les professionnels.

Le rétablissement psychologique

Andersen & al. (5) proposent sur la base de leur revue de la littérature le concept de rétablissement psychologique. Ce dernier est plus compatible avec le système de croyance des patients. Il se réfère à la réalisation d'une vie pleine et significative, d'une identité positive fondée sur l'espoir et l'autodétermination. En quelque sorte, la personne se rétablit de la «catastrophe psychologique» de la maladie. Le concept de rétablissement psychologique n'est pas lié à une théorie causale de la maladie mentale. Il reste silencieux sur le fait que la maladie est toujours active ou pas. Le concept de rétablissement psychologique est indépendant de l'étiologie et de la nécessité du traitement. Il permet de mieux prendre en compte l'expérience et l'histoire de nombreux patients.

Les personnes qui se décrivent comme étant rétablies d'une schizophrénie affirment qu'elles se sentent différentes de ce qu'elles étaient avant de tomber malade. La plupart des personnes rétablies se sentent grandies par l'expérience de la maladie et du rétablissement, même si elles ont un statut social inférieur à celui qu'elles avaient avant la maladie. Toujours d'après les témoignages de personnes rétablies, il apparaît que le retour aux anciens rôles sociaux n'est pas un critère du rétablissement. Il semble également qu'une minorité de personnes interrogées considèrent le rétablissement comme l'absence de symptômes.

Sur la base des recherches et des témoignages, on peut identifier quatre ingrédients qui sont les composants essentiels du processus de rétablissement :

- Trouver l'espoir ;
- Redéfinir l'identité ;
- Trouver un sens à la vie ;
- Prendre la responsabilité du rétablissement.

Avoir de l'espoir semble être le catalyseur du rétablissement. Il peut provenir de soi, il peut être éveillé par une personne significative ou observé chez un pair modèle. Le poème de Dominique Scheder «Connivence» illustre comment l'espoir peut être éveillé par une personne significative.

CONNIVENCE

J'étais naufragé
Elle était feu sur la rive

J'étais vagabond
Elle était maison

J'étais folie
Elle était douce raison

J'étais pleurs et révolte
Elle était prière et action

J'étais jugement
Elle était pardon

J'étais désespérance
Elle était confiance

J'étais dispersé
Elle était unité

J'étais perpétuelle inconstance
Elle était fidèle présence

J'étais emmuré
Elle était fenêtre

J'étais mutisme
Elle était parole

J'étais bruit
Elle était silence

J'étais croque-notes
Elle me donnait le la

J'étais rimailleur
Elle était poésie

J'étais l'éternel enfant
Elle m'a fait grandir

J'étais orphelin
Elle était famille

J'étais querelle
Elle était colombe

J'étais rêve et chimère
Elle était belle et réelle

J'étais bateau ivre
Elle était ancre en crique claire

J'étais buveur d'infâmes piquettes
Elle m'offrit un vin de fête

J'étais herbe sauvage
Elle était jardin

J'étais aventure
Elle était chemin

J'étais vilain moineau
Elle était nid douillet

J'étais insouciance
Elle était providence

Je n'étais qu'un cri
Elle en fut l'écho

J'étais ronces et caillasse
Elle était bonne terre

J'allais toujours mal fagoté
Elle m'habilla comme un prince

J'étais voleur et maraudeur
Elle me tendit une pomme de son verger

Je ne croyais en rien
Elle croyait en moi

On m'affublait de sobriquets
Elle m'appela par mon prénom

Par elle j'appris que l'amour existe
Nous remontâmes alors à sa Source

Nous découvrîmes émerveillés
Qu'il est le fruit éternel
De l'Arbre de Vie

Et nous grandîmes en nous frôlant
Deux branches complices
D'un même tronc
Caressées par un vent ami
Qui colporte désormais
Notre secret

D. Scheder
Chansonnier, animateur au GRAAP,
directement concerné par la maladie psychique.

La perte de son identité (aliénation, discrimination) est un des impacts négatifs bien documenté de la maladie mentale. Toutefois la maladie peut être intégrée de différentes façons. Elle peut être acceptée comme une partie de soi dans un esprit de croissance ou elle peut être conçue comme quelque chose d'extérieur à soi avec lequel il faut vivre.

Pour la plupart des usagers, les anciens buts de vie ne sont plus disponibles et ils doivent réévaluer leurs valeurs et leurs buts. La personne peut par exemple, découvrir ce qui rend la vie précieuse et enrichissante. Une autre va se réaliser dans une activité créative. Une troisième pourra s'engager dans le soutien aux pairs. Une dernière va développer une nouvelle vision du monde sur le plan spirituel ou philosophique.

Prendre la responsabilité implique la gestion de sa propre santé et de son traitement, l'autonomie dans ses choix de vie et la volonté de prendre des risques mesurés dans le but de croître.

Etapes du rétablissement

D'après les recherches sur le processus de

rétablissement, on peut identifier cinq étapes dans le processus du rétablissement psychologique :

- **Moratoire :** Cette étape est caractérisée par le déni, la confusion, le désespoir, le repli.
- **Conscience :** La personne a une première lueur d'espoir dans une vie meilleure et une possibilité de rétablissement. Cela peut venir de la personne ou être déclenché par un clinicien, une personne significative ou un patient modèle. La personne peut endosser un autre rôle que celui de malade.
- **Préparation :** Cette étape implique de faire l'inventaire de sa partie saine, de ses valeurs, de ses forces et de ses faiblesses. Cela nécessite d'apprendre à gérer la maladie, à faire appel aux services disponibles, à s'impliquer dans des groupes de pairs.
- **Reconstruire :** C'est à cette étape que le dur travail du rétablissement prend place. La personne travaille à se forger une identité positive. Elle établit et avance vers des buts personnels importants. C'est une prise de responsabilité dans la gestion de la maladie et une prise de contrôle sur sa vie. Il y a une prise de risques, des échecs et des essais.
- **Croissance :** La personne n'est pas forcément libre de symptômes mais sait comment gérer la maladie et rester bien. Elle a confiance dans ses capacités et maintient une vision positive. La personne est tournée vers le futur. Elle se sent transformée positivement par l'expérience de la maladie comme si celle-ci lui avait appris quelque chose sur elle.

Que peuvent faire les cliniciens pour aider les patients à passer d'une étape à l'autre du processus de rétablissement psychologique ?

Notre hypothèse est que si les cliniciens parviennent à mieux identifier dans quelle étape du processus de rétablissement sont leurs patients, ils pourront alors proposer des interventions spécifiques qui permettent d'accélérer le passage d'une étape à l'autre. Ce modèle cherche à rassembler l'expérience des patients rétablis et les connaissances actuelles sur les traitements psychosociaux validés de la schizophrénie (6).

I : du moratoire à la conscience

Il s'agit d'aider le patient à passer du déni de la maladie à une certaine acceptation de celle-ci. Il est particulièrement difficile de s'identifier à une maladie qui a aussi mauvaise presse que la schizophrénie. Le fait de refuser le diagnostic de cette maladie pourrait même représenter une réaction normale. Malheureusement, il apparaît que la négation de la maladie est un mauvais facteur pronostique par rapport à l'engagement subséquent dans les soins et l'évolution de la maladie (7). Il est donc capital de pouvoir aider la personne à accepter la maladie. Le clinicien doit trouver des moyens de changer les croyances qui règnent dans la communauté autour du concept de schizophrénie. Celle-ci est fréquemment perçue comme une désintégration de la personnalité qui aboutit à l'enfermement et la perte des droits citoyens. Elle peut être vue comme un dédoublement de la personnalité, comme le risque de devenir violent. Les traitements sont appréhendés comme étant particulièrement invalidants malgré les progrès récents qui ont été réalisés ces dernières années. Le clinicien doit pouvoir briser ces clichés et offrir des nouvelles possibilités d'identification positive. Il peut par exemple présenter au patient des témoignages de personnes qui ont pu se rétablir de la schizophrénie ou d'une expérience psychotique. Il peut dédramatiser les symptômes psychotiques en expliquant que ceux-ci peuvent apparaître chez n'importe qui dans des conditions particulières. Il doit présenter les possibilités de traitement sur les plans pharmacologiques, psychologiques et sociaux et les données concernant leur efficacité. Il devra également présenter les données épidémiologiques sur les possibilités d'amélioration ou de retour à l'état de santé antérieur. La clef de cette première étape est de donner de l'espoir de façon réaliste et positive. Pour de nombreux cliniciens, le manque de conscience morbide est considéré comme une contre-indication à la thérapie alors qu'elle devrait être une cible prioritaire. Les thérapies cognitives et comportementales des symptômes psychotiques ont montré qu'elles pouvaient améliorer l'insight dans la maladie (8). Toutefois, si l'acceptation de la maladie semble être liée à des facteurs psychosociaux (7), la non-reconnaissance de certains symptômes comme faisant partie de la maladie semble être associée à des variables neuropsychologiques (9). Il reste à développer des stratégies pour aider les patients à reconnaître plus rapidement que certains symptômes comme les hallucinations auditives ou les syndromes d'influence sont liés à une non-reconnaissance des propres actions de la personne. On doit développer des moyens pour vulgariser les avancées des neurosciences et pour expliquer aux patients que le cerveau peut jouer des tours ou pour améliorer les déficits spécifiques qui sont à la base de ce trouble de la reconnaissance de ses propres actions.

II : de la conscience à la préparation

Durant cette seconde étape, le clinicien doit pouvoir aider le patient à distinguer ce qui fait partie de la maladie de ce qui fait partie de la personne. Cette distinction est particulièrement complexe dans le cas de la schizophrénie. En effet, certains symptômes de la maladie sont difficiles à distinguer de facteurs personnels par exemple la baisse de la motivation peut être confondue avec une absence de volonté ou de la paresse, le retrait social comme un manque d'intérêt pour autrui, alors que les patients aimeraient pouvoir entreprendre davantage d'activités ou avoir une vie sociale mieux remplie (10). Les altérations de perception peuvent conduire à une réinterprétation de la réalité qui aboutit à la perte de références communes avec autrui. Il est essentiel de pouvoir former les patients à reconnaître les symptômes de la maladie et à les distinguer de facteurs personnels ou à comprendre que ces deux catégories de facteurs peuvent s'influencer mutuellement. La psychoéducation apparaît être un outil utile pour former les patients à gérer leur maladie et leur traitement. On sait maintenant que la psychoéducation doit pouvoir agir tant au niveau des connaissances, des comportements que des réactions émotionnelles (11).

III : de la préparation à la reconstruction

Durant cette étape le thérapeute doit pouvoir accompagner la personne dans la reconstruction d'une identité positive et l'établissement d'objectifs de vie. Le thérapeute devient un coach qui aide le patient à prendre ses propres décisions et à calculer les risques. L'entraînement des habiletés sociales est probablement une stratégie de choix pour cette étape qui doit permettre à la personne d'atteindre concrètement et progressivement les objectifs intermédiaires successifs vers les objectifs généraux (12,13). Il s'agit d'aider la personne à se reconstruire un réseau social, à reprendre en main son autonomie et le contrôle sur sa propre vie. Il peut être encore utile à cette étape de connecter le patient à des groupes d'entraides ou de pairs avec lesquels il pourra établir de nouveaux contacts, trouver les ressources et les appuis pour retrouver des rôles sociaux. Dans les endroits où la politique sociale favorise la reprise d'un emploi pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques, il pourra être utile d'offrir aux patients un programme de réinsertion professionnelle de type placement et soutien individuel (14). Ce type de programme est malheureusement difficile à mettre sur pied sans une volonté politique forte pour la réinsertion des personnes atteintes de troubles psychiatriques.

IV : de la reconstruction à la croissance

La personne n'est plus un patient qui supporte la maladie dans le sens étymologique du terme, mais un acteur qui dirige sa vie. Elle a foi en elle et en ses capacités même si les symptômes sont toujours présents ou réapparaissent.

Elle est rétablie de la catastrophe psychologique qu'est la schizophrénie et peut décider de sa vie malgré elle. La personne a découvert qu'elle a en elle une partie qui est restée intacte malgré toutes les souffrances traversées comme le témoigne ci-après Dominique Scheder.

Je relis ces mots de Teilhard de Chardin où il exprime sa «Foi en la Vie, c'est-à-dire la certitude inébranlable que l'Univers considéré dans son ensemble,

a) a un but

b) et ne peut ni se tromper de route, ni s'arrêter en chemin.»

Avec le recul de près de trente années d'expérience de la schizophrénie je puis dire que toute ma folie a été une recherche de sens. Et si maintenant, je puis affirmer que le désastre de la maladie ne peut plus me déstabiliser, malgré la persistance de certains symptômes, c'est que j'ai touché du doigt quelque chose qui s'apparente au bonheur de vivre et que je suis enraciné dans une réalité concrètement joyeuse, aimante et solidaire. Cela grâce à l'amour d'une compagne, une thérapie menée dans le respect et la confiance, un engagement dans une association communautaire tel que le GRAAP (Groupe Romand d'Accueil et d'Action Psychiatrique), une possibilité d'exprimer par la chanson ce qui me tient à cœur, et mon attachement à l'Eglise lieu de communion à tout ce qui m'habite.

Je pense qu'un réel rétablissement ne peut s'envisager sans une telle perspective positive de la vie, qui correspond par ailleurs à tout le savoir et la sagesse des sciences et des religions du monde.

«Si je ne pouvais douter de la solidité à toute épreuve de la substance dans laquelle je me trouve engagé, je me sentirais absolument perdu et désespéré.» ajoute encore Teilhard de Chardin.

Cette découverte d'un réel aimant, au milieu d'épreuves tels que la maladie et le deuil, a été un long chemin.

«Ne maudis pas ton désespoir, il t'amènera peut-être à ta naissance» dit en substance le poète Charles Juliet, parole qui m'a fait tant de bien alors que je ne voyais comme avenir que l'hôpital ou l'atelier protégé – qui par ailleurs m'ont été un temps d'utile secours.

C'est grâce à de tels témoins de vie que je puis maintenant encourager à mon tour mes camarades de folie: «Oui, la vie a un sens, le bonheur existe, on peut vivre une vie de qualité avec la psychose». Oui, ayons foi en la vie, comme cet arbre dénudé au cœur de l'hiver en quête obstinée de printemps (cf. poème Foi d'arbre).

Foi d'arbre

Une halte entre terre et ciel
Vivant, comme les saints,
D'un peu d'eau, d'air,
De terre et de lumière

Abritant en ses branches
L'oiseau fragile

Docile à la volonté des vents
Qui le caressent ou qui le cassent

Ses feuilles le fuyant
Squelette seul et sec
Au coeur froid de l'hiver

Il résiste et il croit
- Croix de bois -
A la promesse
De vie nouvelle
Colportée
Par son amie
L'hirondelle

D. Scheder

Conclusions

Cet article cherche à proposer un modèle de processus de rétablissement pour les personnes qui continuent à présenter des symptômes de la schizophrénie. Il définit des pistes pour les traitements psychologiques de la maladie en fonction des étapes dans lesquelles les personnes se trouvent le long du continuum du processus de rétablissement. Le modèle est basé sur des données qualitatives pour ce qui concerne le concept de rétablissement et quantitatives pour ce qui concerne les traitements psychosociaux. Il offre des pistes pour des recherches futures. Dans ce cas, il sera nécessaire de développer des échelles pour rendre plus opérationnelle l'évaluation des différentes étapes du processus. Il offre également un cadre conceptuel pour coordonner les interventions dans le domaine de la réhabilitation psychiatrique.

Mots-clés

- rétablissement
- schizophrénie
- traitements psychosociaux

Bibliographie

1. Hegarty JD, Baldessarini RJ, Tohen M, Waternaux C, Oepen G: One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. Am J Psychiatry 1994; 151 (10): 1409-16
2. Bleuler M. The schizophrenic disorders: long-term patient and family studies. New Haven, Yale University Press, 1978
3. Modestin J, Huber A, Satirli E, Malti T, Hell D. Long-term course of schizophrenic illness: Bleuler's study reconsidered. Am J Psychiatry 2003; 160 (12): 2202-8
4. Verdoux H, van Os J. Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. Schizophr Res 2002; 54 (1-2): 59-65
5. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. Aust N Z J Psychiatry 2003; 37 (5): 586-94
6. Tempier R, Favrod J. Réadaptation psychiatrique en milieu francophone: Pratiques actuelles, défis futurs. Can J Psychiatry 2002; 47 (7): 621-7
7. Tait L, Birchwood M, Trower P. Predicting engagement with services for psychosis: insight, symptoms and recovery style. Br J Psychiatry 2003; 182: 123-8
8. Turkington D, Kingdon D, Turner T. Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. Br J Psychiatry 2002; 180: 523-7
9. Drake RJ, Lewis SW. Insight and neurocognition in schizophrenia. Schizophr Res 2003; 62 (1-2): 165-73
10. Comtois G, Morin C, Lesage A, Lalonde P, Likavcanova E, L'Ecuyer G. Patients versus rehabilitation practitioners: a comparison of assessments of needs for care. Can J Psychiatry 1998; 43 (2): 159-65
11. Dolder CR, Lacro JP, Leckband S, Jeste DV. Interventions to improve antipsychotic medication adherence: review of recent literature. J Clin Psychopharmacol 2003; 23 (4): 389-99
12. Liberman RP, Glynn S, Blair KE, Ross D, Marder SR.: In vivo amplified skills training: promoting generalization of independent living skills for clients with schizophrenia. Psychiatry 2002; 65 (2): 137-55
13. Roder V, Brenner HD, Muller D, Lachler M, Zorn P, Reisch T, Bosch J, Bridler R, Christen C, Jaspen E, Schmidl F, Schwemmer V. Development of specific social skills training programmes for schizophrenia patients: results of a multicentre study. Acta Psychiatr Scand 2002; 105 (5): 363-71
14. Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF. Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Nerv Ment Dis 2003; 191 (8): 515-23

Adresse

Jérôme Favrod
Unité de réhabilitation
Département Universitaire de Psychiatrie Adulte
Site de Cery
1008 Prilly