

Du diagnostic au rétablissement Place de la réhabilitation psychosociale



Dr E GIRAUD BARO
Présidente du Comité Français pour la RPS
23 NOVEMBRE 2021

Clinique des Portes de l'Eure



Le décret du 27/07/2017

- « Art. R. 3224-9.-I.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions du **règlement et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles.**
- « A cette fin, il veille à promouvoir l'implication de ces personnes, de leurs proches et leurs familles dans l'élaboration et la mise en œuvre **du projet de soins et d'accompagnement social ou médico-social, notamment en ce qui concerne l'éducation thérapeutique, le soutien aux aidants et les modalités d'entraide par les pairs, tels que les groupes d'entraide mutuelle** mentionnés à l'article L. 1114-1 du code de l'action sociale et des familles.
- « Art. R. 3224-10.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité **l'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.** A ce titre, il vise à :
 - « 1° **Renforcer les compétences des personnes en matière psycho-social,** notamment dans les champs de l'éducation, de la parentalité et du travail, afin de promouvoir les facteurs qui favorisent le bien-être mental ;
 - « 2° **Prévenir l'apparition ou l'aggravation des troubles psychiques.** »

La feuille de route santé mentale et psychiatrie

- Action 8: mettre en place des parcours en santé mentale fondés sur une articulation territoriale entre les secteurs sanitaire, social et médico-social définie dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale
- Actions 11, 14 et 15 : mieux prendre en charge la santé somatique des personnes vivant avec des troubles psychiques
- Action 12: mettre en place des parcours de soins coordonnés pour les personnes présentant une pathologie mentale grave
- Action 16: organiser au niveau régional une fonction de ressource et d'appui aux professionnels de proximité, pour améliorer les compétences des professionnels sur l'ensemble des territoires et faciliter la continuité des parcours
- Action 18: développer une offre de réhabilitation psychosociale sur l'ensemble du territoire à destination des personnes avec TP sévères ou avec TSA

La feuille de route santé mentale et psychiatrie

- Action 22: **réduire le recours aux soins sans consentement, à l'isolement et à la contention**
- Actions 30: développer **la recherche en psychiatrie**
- Action 34: améliorer les dispositifs, actions et **interventions par les pairs visant à l'inclusion des personnes dans la cité**
- Action 35: améliorer **l'accompagnement des personnes vers et dans l'emploi**
- Action 36: améliorer **l'accès et le maintien des personnes dans un logement autonome ou accompagné**

Du diagnostic au rétablissement Place de la réhabilitation psychosociale

La RPS a sa place tout au long du parcours de la personne

La RPS est un « état d'esprit » et des valeurs

La RPS c'est un boîtier à outils

RPS : un état d'esprit

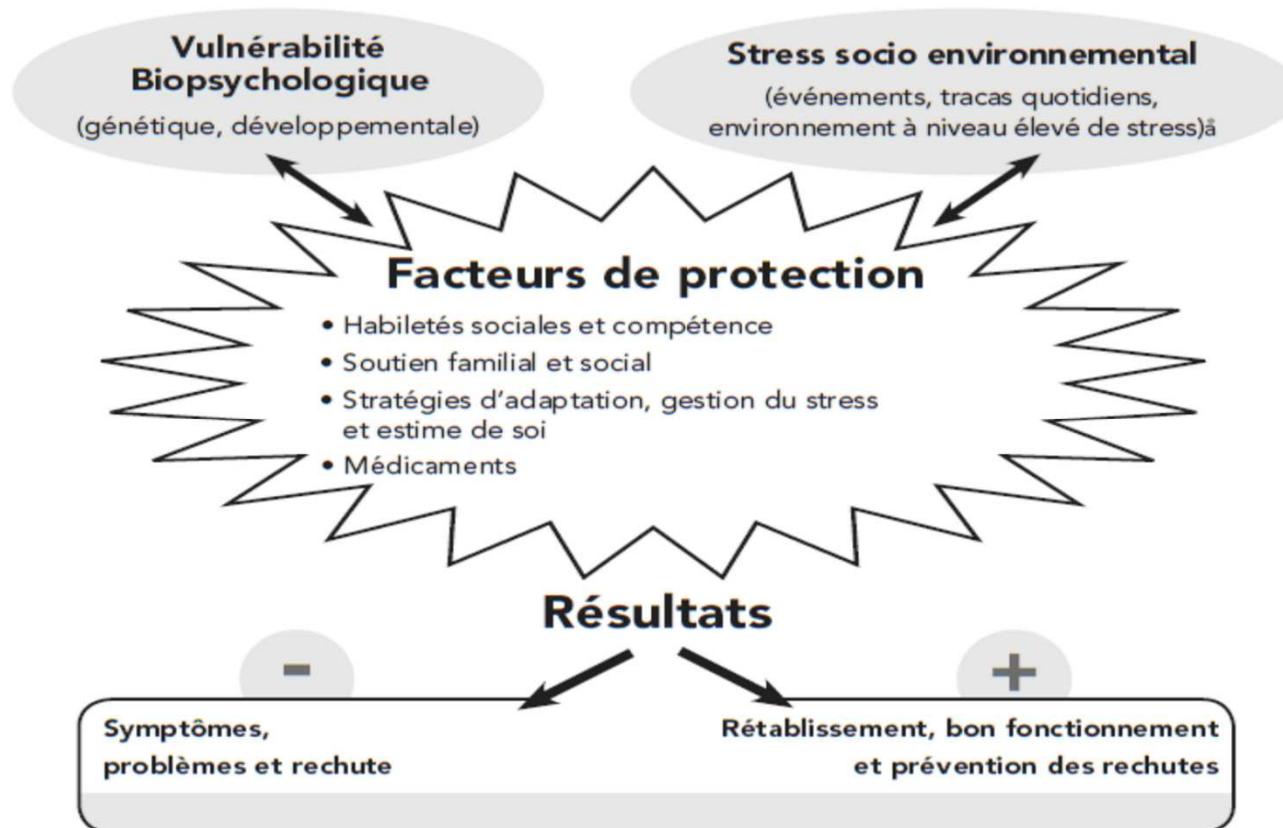
- **Un mouvement international WARP**

« Ensemble des actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un processus visant à favoriser leur autonomie et leur indépendance dans la communauté. »

« améliorer le fonctionnement de la personne pour qu'elle puisse remporter des succès et éprouver des satisfactions dans un milieu de son choix et avec le moins d'interventions professionnelles possibles »

Les données scientifiques montrent un gain de chance en terme de pronostic lors de traitements combinés médicamenteux et psychosociaux (Bellack 2001)

Modèle vulnérabilité / stress / compétences



Valeurs de la réhabilitation psychosociale

- Des interventions qui visent **l'individu et la société** pour la rendre plus accueillante: ouverture et humanisme
- Un processus individuel non linéaire visant au **rétablissement**
- Une cible pour les interventions : **le fonctionnement**
- Des interventions pertinentes : **le cas management**
- La réhabilitation psychosociale s'inscrit dans le courant de la **psychiatrie positive et a largement bénéficié de l'essor des neurosciences**

Plus d'espoir : psychiatrie positive

Psychiatrie conventionnelle

- Cible : La maladie
- Focus : les traitements

Psychiatrie positive

- Cible: Le bien-être mental (associé à la résilience et l'optimisme)
- Focus : utiliser les ressources **personnelles** et **l'environnement**
- Evaluer d'autres paramètres : **bien-être, forces, valeurs, stress perçu, style de vie ..**
- Des résultats probants

Le rétablissement, un tournant éthique

	Modèle « médical »	Modèle « rétablissement »
Définitions	Résultat Guérison « causale »	Processus Guérison « cicatrisation »
Point de vue	Professionnel de la santé	Usager
Données	Environ 15% des patients en rémission fonctionnelle complète	Chacun possède un potentiel de rétablissement
But	« To recover from » Éliminer la maladie et ses conséquences	« Being in recovery » Reprendre le pouvoir sur sa propre vie et sur la gestion de sa propre santé

Un changement de paradigme :

« Passer de l'agenda du professionnel à l'agenda du patient »

Williamson 2002

Davidson, 2008

Table I. – Recovery rates in long-term follow-up studies of psychosis.

Study	Location	Year	n	Mean length of follow-up (years)	% Recovered or significantly improved
(Huber et al., 1975)	Germany	1975	502	22	57
(Ciompi & Muller, 1976)	Lausanne	1976	289	37	53
(Bleuler, 1978)	Zurich	1978	208	23	53-68
(Tsuang et al., 1979)	Iowa	1979	186	35	46
(Harding et al., 1987)	Vermont	1987	269	32	62-68
(Ogawa et al., 1987)	Japan	1987	140	23	57
(Marneros et al., 1989)	Cologne	1989	249	25	58
(De Sisto et al., 1995)	Maine	1995	269	35	49
(Harrison et al., 2001)	18-site	2001	776	25	56

Slade, 2008

- « **L'rétablissement**, c'est une attitude, une façon d'aborder la journée et les difficultés qu'on y rencontre. **Cela signifie qu'on j'ai certain limitations** et qu'il y a des choses que je ne peux pas faire. **Mais plutôt qu'on d'laisser ces limitations être un occasion d' désespoir**, une raison de laisser tomber, j'ai appris qu'en **sachant c' qu'on j' n' peux pas faire, j' m'ouvre aussi aux possibilités liées à toutes les choses qu'on j' peux faire.**»
- « **Etre en rétablissement** signifie **qu'on j' n' prends pas simplement des médicaments...** Plutôt que **j'utilise les médicaments comme faisant partie d' mon processus d' rétablissement** Patricia Deegan, 1988; 1997
- la redéfinition d'une vision fonctionnelle de soi Provencher 2006
- la poursuite d'une vie gratifiante en dépit de la maladie par le développement d'un sens nouveau donné à son existence Anthony 1993

Le rétablissement, vu par les usagers

Encadré 1 : Éléments du processus de rétablissement

- I. **Trouver et garder espoir** – croire en soi; avoir le sentiment personnel de pouvoir agir (*agency*); voir l'avenir avec optimisme;
- II. **Retrouver une identité positive** – trouver une nouvelle identité qui intègre la maladie tout en conservant une image centrale de soi positive;
- III. **Bâtir une vie pleine de sens** – comprendre la maladie; trouver un sens à sa vie, en dépit de la maladie; mordre dans la vie;
- IV. **Se prendre en main et être maître de sa vie** – avoir le sentiment d'être en contrôle de sa maladie et sa vie.

(d'après Andresen, Oades et Caputi, 2003)

Encadré 2 : Les cinq étapes du rétablissement

Moratoire – Un temps de retrait caractérisé par un profond sentiment de perte et de désespoir;

Prise de conscience – Réalisation que tout n'est pas perdu et qu'une vie enrichissante est possible;

Préparation – Bilan des forces et des faiblesses concernant le rétablissement et début des efforts d'acquisition des compétences pour y arriver;

Reconstruction – Travail actif pour établir une identité positive et des objectifs significatifs, et reprendre sa vie en main;

Croissance – Mener une vie significative marquée par l'autogestion de sa maladie, la résilience et une image de soi positive.

(tiré de Andresen, Caputi et Oades, 2006)

Processus long, individuel et non linéaire n'exclut pas la rechute et transforme

« je suis une personne ,pas une maladie »

Exercice de l'empowerment et du libre choix : autodétermination

Expertise de l'expérience de la maladie

Expertise d'une qualité de vie subjective

NOTHING ABOUT US WITHOUT US

Le cas management de réhabilitation

- **Modèle basé sur les désirs et buts individuels plutôt que sur les objectifs fixés par les systèmes de soins.**
- **Participation active** de l'utilisateur à tous les niveaux de l'intervention
- Démarche en plusieurs temps:
 - Évaluation fonctionnelle avec la personne
 - Évaluation de ses ressources
 - Définition des objectifs de réadaptation
 - Soutien dans l'acquisition / le maintien des habiletés nécessaires pour obtenir les ressources couvrant les besoins identifiés.

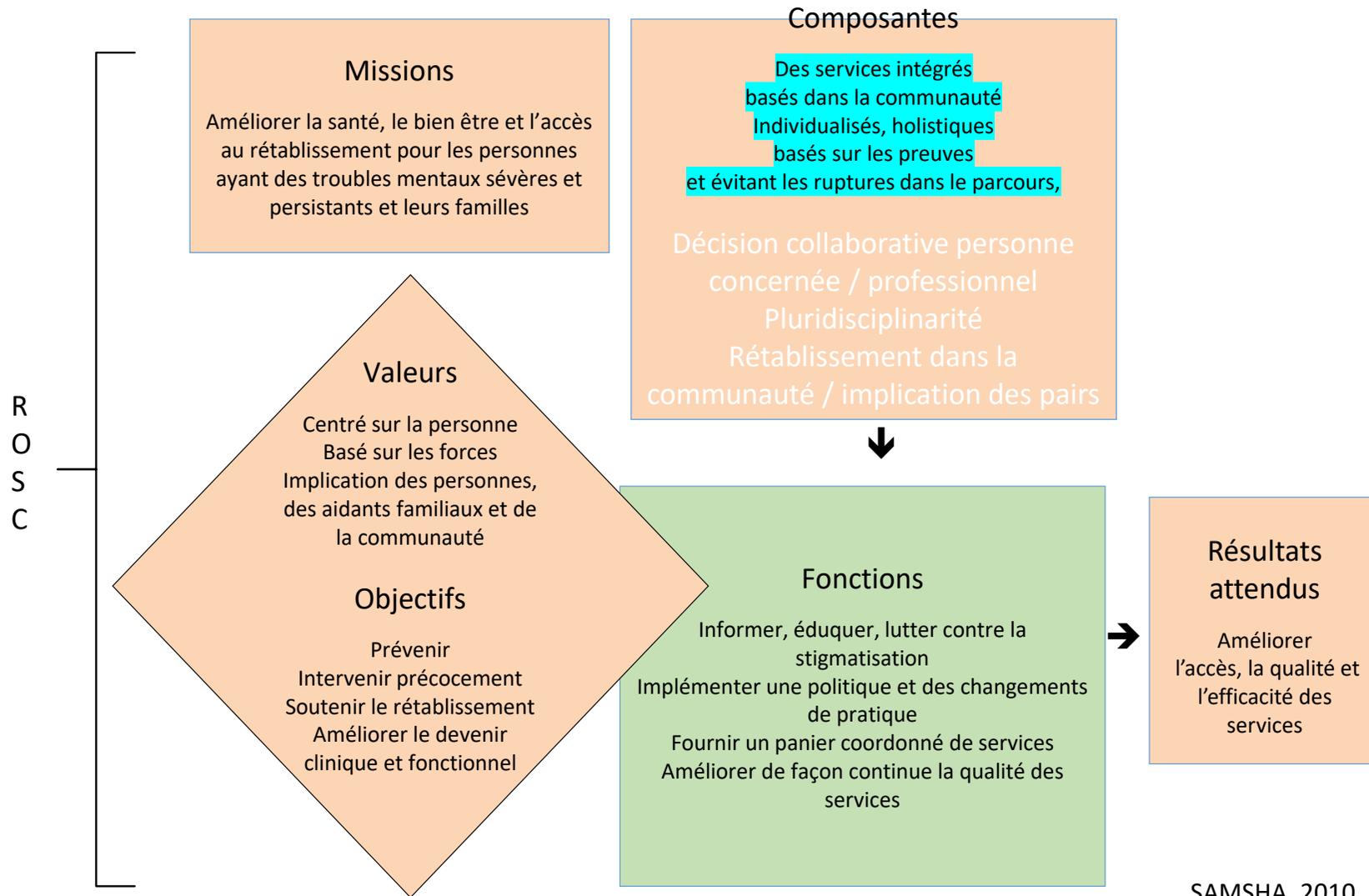
le rétablissement scénarise de nouvelles pratiques

- Le rétablissement retentit sur les pratiques
 - ✓ Dynamique conflictuelle : confrontation de valeurs et de croyances Drake 2000
Peyser 2001
 - Le système de soins prône le statut de patient ,la stabilisation ,une autonomie diminuée par les troubles psychiques ,un déficit du fonctionnement ,l'obligation de soins plutôt que l'autodétermination
 - Le rétablissement a une faible valeur scientifique
 - ✓ Modifie les cibles :les priorités de l'usager
 - ✓ Modifie l'évaluation : individualisation et participation active
 - ✓ Modifie la gestion des services : co-construction :
 - ✓ Une participation des personnes rétablies à la formation

le rétablissement scénarise de nouvelles pratiques

- **Des soins et des services intégrés** : une réponse graduée/moments du parcours , une approche écologique, limiter l'institutionnalisation
- **Des soins de réhabilitation psychosociale accessibles** , précoces et individualisés permettant d'améliorer le pronostic fonctionnel et de soutenir le rétablissement
- **Un accompagnement favorisant inclusion sociale** et compensation centrés sur les besoins de la personne
- Une politique et des actions de **prévention**
- **La santé mentale c'est l'affaire de tous**

Caractéristiques des soins et services orientés vers le rétablissement (ROSC)



Organisation de la réhabilitation psychosociale

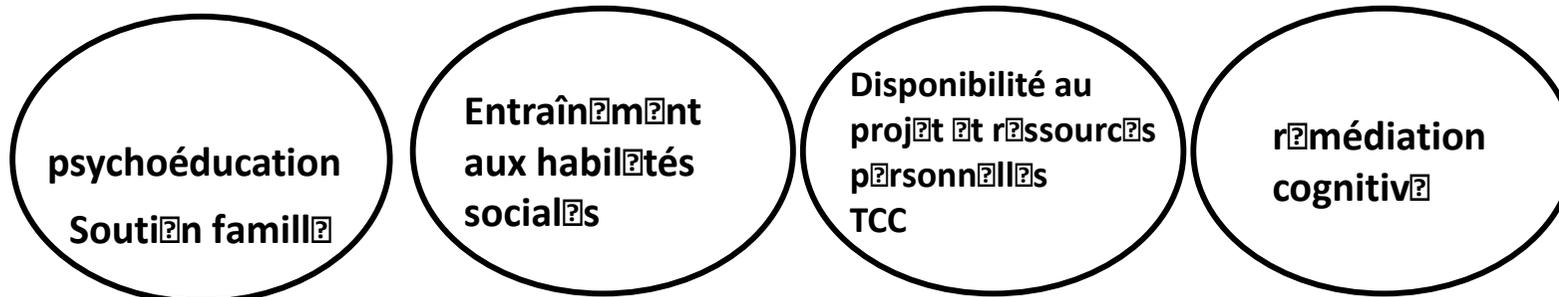
- **Versant sanitaire**
 - Amélioration du **pronostic fonctionnel et prévention des rechutes**
 - Prévention du handicap psychique
 - Des soins de réhabilitation psychosociale : modèle de la rééducation fonctionnelle en complément et articulation des soins conventionnels
- **Versant communautaire**
 - Participation active des usagers
 - Inclusion sociale et Compensation dans les domaines de la vie quotidienne, le logement, la vie sociale et professionnelle
 - **Réalisation du projet de vie - qualité de vie**

RPS : versant sanitaire

UNITES DE REHABILITATION PSYCHOSOCIALE

- Amélioration du **pronostic fonctionnel** et **prévention des rechutes**
- Prévention du handicap psychique
- Des soins de réhabilitation psychosociale : modèle de la rééducation fonctionnelle en complément et articulation des soins conventionnels
- Des compétences nouvelles (psychiatrie – sciences neurocognitives et éducatives)
- Des interventions précoces, individualisées, organisées selon le résultat de **l'évaluation fonctionnelle**, soutenues dans le temps si nécessaire en respectant les phases du processus de rétablissement
STAGING

Approche écologique et intégrative avec interventions de pairs



Faciliter un accès rapide et de proximité aux soins de réhabilitation



**Critères de labellisation
des structures intersectorielles
ou interpolaires
de réhabilitation psycho-sociale**

2014

En priorité pour les patients jeunes, en prévention du Handicap Psychique

Activité de type CATT / HJ
Adressage multiple: professionnel de santé, du secteur social / médico-social, usager lui-même, familles

Evaluation psychiatrique (+ EGF, durée= 2h), neuropsychologique (bilan de base du centre référent, durée= 2h30) et IDE (Entretien + PSI, SERS, Birchwood, WEMWBS, S-QoL, durée= 2h30)

Interventions proposées:
ETP (TIPP), EHS (Compétences), TCC (Mickael's game) et remédiation cognitive

RPS : versant communautaire

Sortir d'une logique de soins

Des services à la personne

Individualisation

Participation active dans l'accompagnement

Promotion du Housing First et du Place and Train, les GEM, Club House

Coordination des parcours

Promotion de la santé mentale

hébergement

Vie quotidienne

loisirs
citoyenneté

travail

Soins Psy Conventionnels

- Orientés rétablissement
- ETP
- Plan de crise conjoint
- Intervention de pairs aidants
- Adressage et articulation avec soins de réhab
- Inclure l'entourage
- Case management de sortie

Centres RPS référents supports.....

Missions soins réhab
Mission formation
Mission réseau
Mission recherche

Accompagnement médico-social

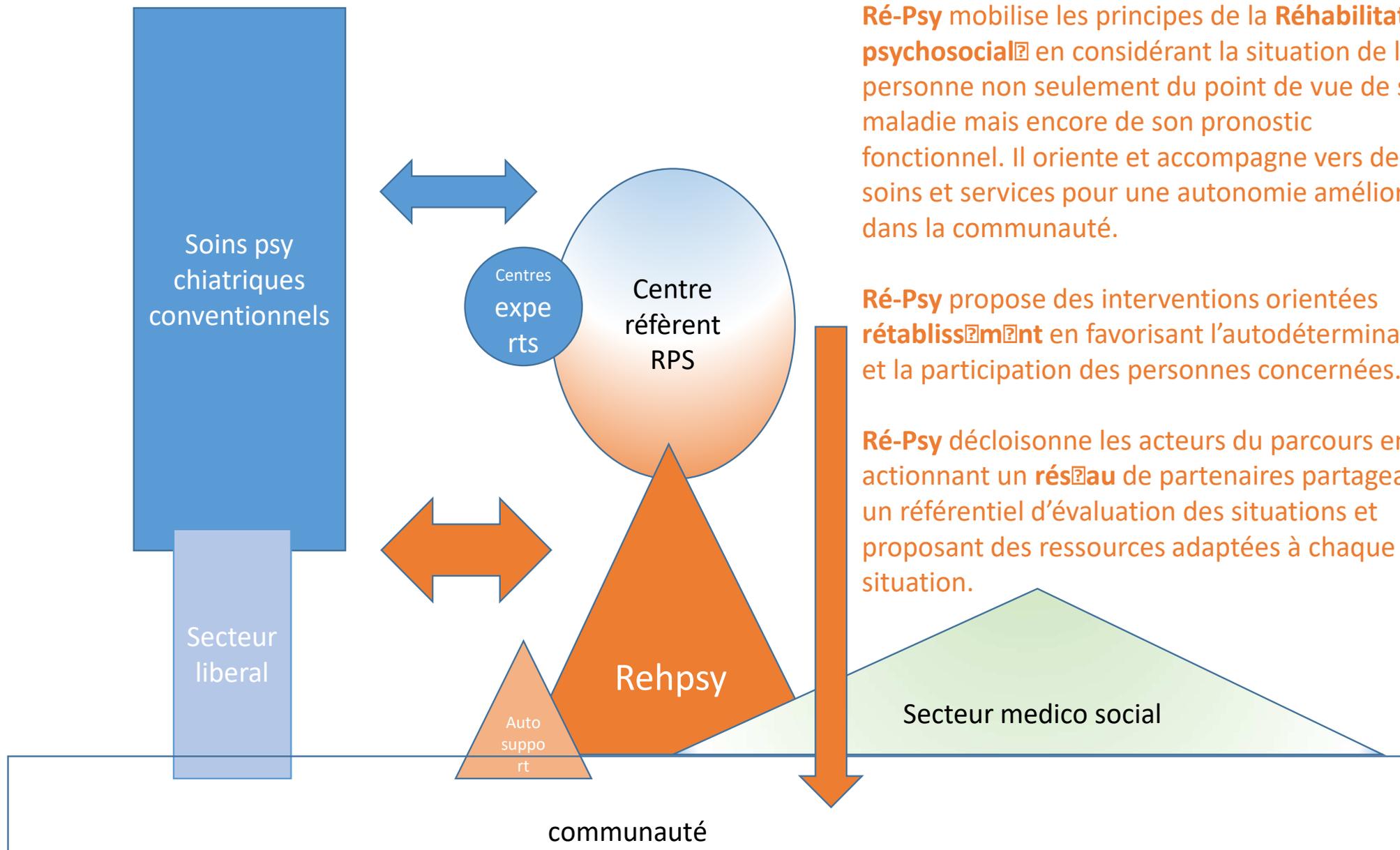
- Services orientés rétablissement
- Bilans centrés forces et objectifs
- Intervention de pairs aidants
- Vie quotidienne
 - Loisirs
- Logement Housing first
- Travail place and train IPS et Job coaching
- Parentalité



Réseau / Centre ressource

Auto-support

Libre accès



Ré-Psy mobilise les principes de la **Réhabilitation psychosocial** en considérant la situation de la personne non seulement du point de vue de sa maladie mais encore de son pronostic fonctionnel. Il oriente et accompagne vers des soins et services pour une autonomie améliorée dans la communauté.

Ré-Psy propose des interventions orientées **rétablissement** en favorisant l'autodétermination et la participation des personnes concernées.

Ré-Psy décroïsonne les acteurs du parcours en actionnant un **réseau** de partenaires partageant un référentiel d'évaluation des situations et proposant des ressources adaptées à chaque situation.

Ré-Psy

Réseau de Santé Mentale OUTILS du Parcours

- **Bilan fonctionnel typé bilan éducatif partagé** balayant les champs médicaux et ceux de l'insertion sociale (vie quotidienne, logement, éducation et travail, loisirs)
- **Cas managés** : soutien personnalisé, coordination des interventions et lien avec les intervenants
- **Bilans neuropsychologiques**
- **Éducation thérapeutique** : Programme autorisé ARS « mieux se soigner pour mieux s'insérer » « se rétablir » favorisant l'**Auto-support**.
- **Évaluation pluridisciplinaire de cas complexes** : appui dans la mise en place d'un projet personnalisé grâce à l'**Équipe Spécialisée Évaluation Projet** (ESEP) composée de professionnels et bénévoles issus des champs sanitaires, médicosociaux et sociaux au sein de **Comités Techniques** (COTECH) mensuels.
- **Renforcement des compétences en situation** proposé par le réseau des partenaires
- **Plan Personnalisé de Suivi** partagé par la personne et les acteurs du parcours



Faire du rétablissement une réalité

Geoff Shepherd, Jed Boardman & Mike Slade

Édition québécoise

Encadré 3 :

Les dix principaux conseils pour une pratique axée sur le rétablissement

Après chaque interaction, le professionnel de la santé mentale devrait se demander, ai-je ...

- écouté activement la personne pour l'aider à comprendre ses problèmes de santé mentale?
- aidé la personne à préciser ses objectifs personnels et établir ses priorités pour se rétablir, et non ceux identifiés par les professionnels?
- montré que je croyais dans les forces et les ressources existantes de la personne pour atteindre ces objectifs?
- donné des exemples de mon vécu ou du vécu d'autres usagers qui les inspirent ou valident leurs espoirs?
- porté une attention particulière à l'importance des objectifs qui sortent la personne de son rôle de malade et qui lui permettent de contribuer activement à la vie des autres?
- recensé des ressources autres qu'en santé mentale – amis, contacts, organisations – qui pourraient jouer un rôle dans l'atteinte des objectifs?
- encouragé la gestion des problèmes de santé mentale par la personne elle-même (en fournissant de l'information, en renforçant les stratégies d'adaptation existantes, etc.)?
- discuté du genre d'interventions thérapeutiques que veut la personne, p. ex., traitements psychologiques, thérapies non conventionnelles, plan conjoint de crise, etc., en respectant ses choix autant que possible?
- en tout temps fait preuve d'une attitude respectueuse à l'égard de la personne et d'un désir de travailler ensemble d'égal à égal, montrant une volonté de faire un effort supplémentaire?
- tout en acceptant que l'avenir est incertain et que des revers se produiront, continué d'exprimer mon appui à la possibilité d'atteindre ces objectifs autodéterminés – garder espoir et avoir des attentes positives?

(d'après Shepherd, 2007)

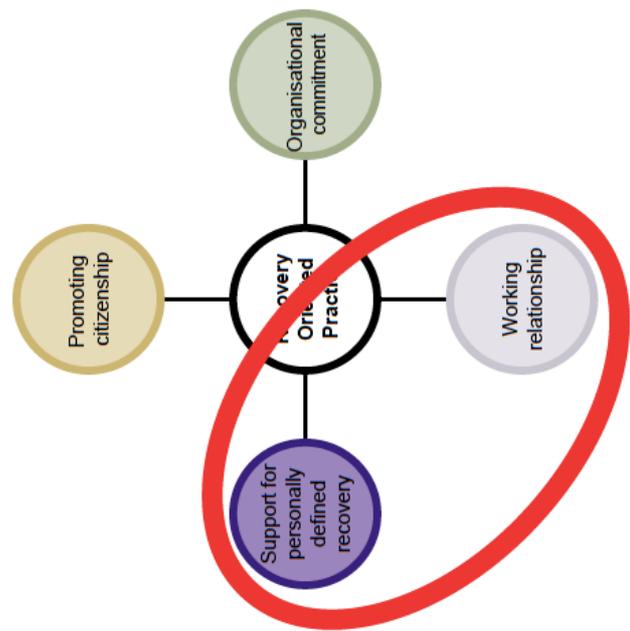


Supporting recovery in patients with psychosis through care by community-based adult mental health teams (REFOCUS): a multisite, cluster, randomised, controlled trial

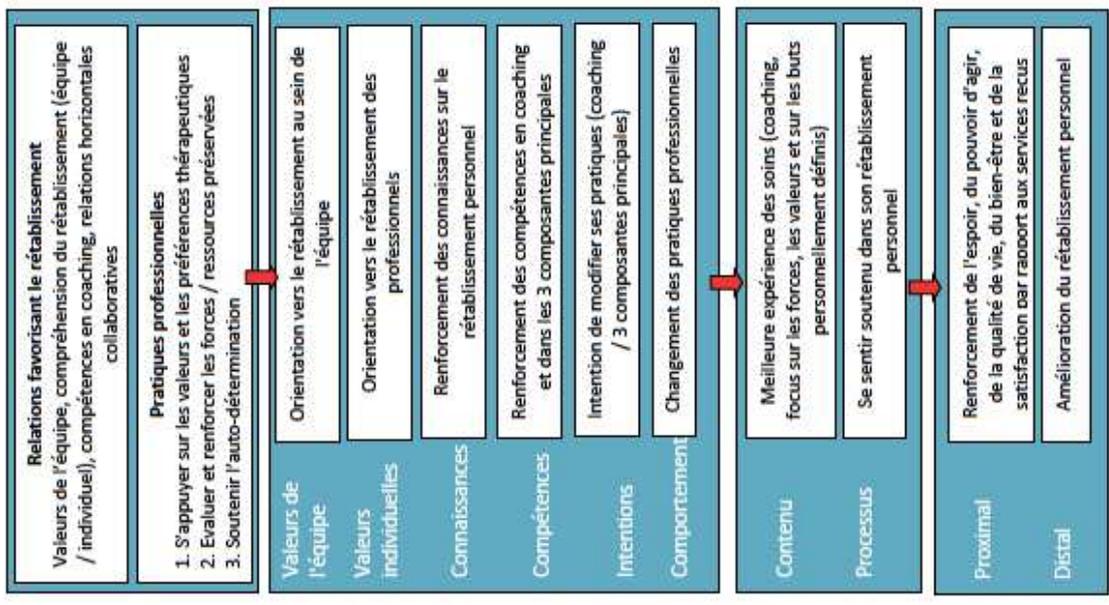
Mary Sainsbury, Robert E. Drake, Clive E. Bevilacqua, Paul M. C. O'Connell, Bob MacGregor, Refocus on Health, Catherine Walker, Julie Williams, Mary Sainsbury

Summary Mental health policy in many countries is oriented around recovery, but the evidence base for service-level recovery-promotion interventions is lacking.

Methods We did a cluster, randomised, controlled trial in two National Health Service trusts in England. REFOCUS was a multisite, cluster, randomised, controlled trial comparing recovery-oriented care with usual care. The primary goal of patients with psychosis, and staff-patient relationships, through coaching and partnership. Between April 2011 and May 2012, community-based adult mental health teams were randomly allocated to provide usual treatment



INTERVENTION



CHANGEMENT DANS LES PRATIQUES

EXPERIENCE DES PATIENTS SUIVIS

DEVENIR DES PATIENTS SUIVIS

Figure 4. REFOCUS
https://www.researchintorecovery.com/refocus-manual-2nd-edition/?tx_category=refocus



Étude multicentrique sur l'implémentation d'un programme de formation à l'orientation des soins vers le rétablissement (REFOCUS) dans les services de santé mentale:

Titre abrégé (acronyme) : RETAFORM

Version N° 1.3 du 02/03/2021

Code Promoteur	Numéro d'enregistrement
VP2021...	

Formation REFOCUS
3 jours + 1 journée de supervision à 3 mois

Investigateurs principaux

Dr Julien Dubreucq (RéHPSy-CHU de Saint-Étienne) et Pr Nicolas Franck (CH Le Vinatier)

Étude mixte: volet quantitatif (540 patients sur 18 centres soit 30 patients / cluster) et volet qualitatif (entretiens / focus group / observation ethnographique directe)

Financement obtenu en juin 2021

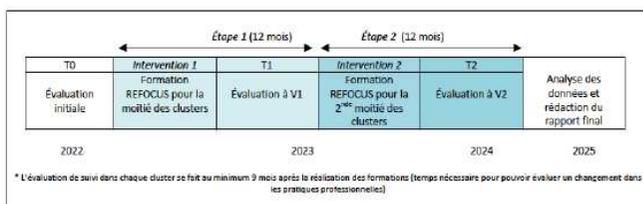


Figure 5. Design de l'étude et calendrier prévisionnel.

Notes : Design randomisé contrôlé en cluster de type stepped-wedge (2 étapes): la moitié des clusters reçoit la formation pendant l'étape 1 et les clusters restants reçoivent la formation pendant l'étape 2.

CH Alpes Isère	C3R	GRENOBLE
CH Le Vinatier	CRR	LYON
CHU Saint Etienne	Réhacoor 42	ST ETIENNE
CHU Clermont-ferrand	CICR-Centre expert schizophrénie	CLERMONT-FERRAND
CH Sainte Marie	CICR	CLERMONT FERRAND
CH Esquirol	C2RL	LIMOGES
CH Charles Perrens	C2RP	BORDEAUX
CHU Poitiers	Centre référent de réhabilitation	POITIERS
CHU Nantes	CreSerC	NANTES
APHM	Centre référent de réhabilitation	MARSEILLE
CHS CLERMONT DE L'OISE	CRISALID	CLERMONT DE L'OISE
CHU Strasbourg	Service universitaire de psychiatrie	STRASBOURG
Centre Psychothérapeutique	CuRe	NANCY
EPSM Marne	Centre référent de réhabilitation	REIMS
GCSMS Réseau Handicap Psychique	RéHPSy	GRENOBLE
CHU Montpellier	Service Universitaire de Psychiatrie	Montpellier
CH ANNECY GENEVOIS	EPSM Vallée de l'ARVE	ANNECY
CH ROANNE	Centre de réhabilitation	ROANNE

Bilan RETAFORM visite inclusion		DURÉE (mn)
EVALUATION MEDICALE		
Entretien	- Informations sur la recherche. - Acceptation du patient et remise de la feuille d'informations. - Recueil des données sociodémographiques et médicales.	≈ 20
DOSSIER QUESTIONNAIRES		
QPR (Neil, 2014)	Rétablissement personnel	5
ISMI(Boyd, 2003)	Auto-stigmatisation	5
Stigma Stress (Rusch, 2009)	Stress lié à la stigmatisation	5
King Stigma Scale (Morandi, 2013)	Stigmatisation perçue	5
Brief- INSPIRE (Williams, 2014)	Orientation des soins vers le rétablissement	5
WEMWBS	Bien-être	5
Coercion Ladder	Perception d'être contraint	5
EGF (DSM-V)	Fonctionnement psychosocial	15
CSSRI (Knapp, 1993)	Coûts liés à l'utilisation des soins et services	15
EQ-5D5L	Qualité de vie	5
TOTAL		1h30

Bilan RETAFORM visite initiale / suivie		DURÉE (mn)
DOSSIER QUESTIONNAIRES		
CAMI-VF (Garcia, 2017)	Attitudes envers les personnes avec TPS	5
Recovery Knowledge Inventory (Bedregal, 2003)	Connaissances sur le rétablissement	5
RSA (Pelletier, 2009)	Stress lié à la stigmatisation	5
Recovery Fidelity Scale (Slade, 2015)	Stigmatisation perçue	5
TOTAL		20 mn

Pour conclure

- Accès encore limité aux interventions psychosociales

-12% en France

1% pour la remédiation cognitive, 2% pour les TCC, 2% pour les habiletés sociales et
7% pour la psychoéducation (8% en Angleterre, 21% en Allemagne)

-36,5% en Australie (22,8% TCC) dont 14,5% dans la psychiatrie publique

-35% via le réseau national des Centres Experts FondaMental Schizophrénie (remédiation cognitive 19.6%, TCC=15.8%, psychoéducation = 16.9%, EHS= 9.8%)

- Nécessité de développer la formation des professionnels à la « philosophie du rétablissement »

- Rôle du case manager pour orienter les soins vers le rétablissement

- Intérêt du développement de la pair-aidance et de formations réalisées avec les usagers

Le 11^{ème} congrès de Réhab'

En partenariat avec Santé Mentale France

Les équipes se rencontrent et échangent sur leurs pratiques

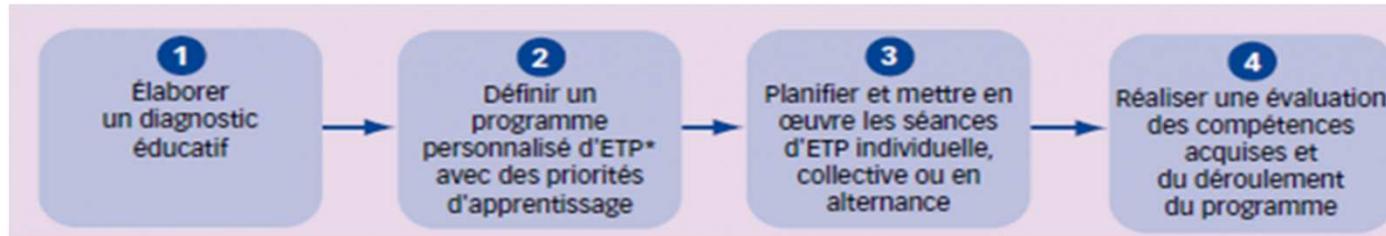
« A la conquête du Pouvoir... d'agir ! »

Les 2 et 3 juin 2022

U.C.O. ANGERS

Des outils

L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

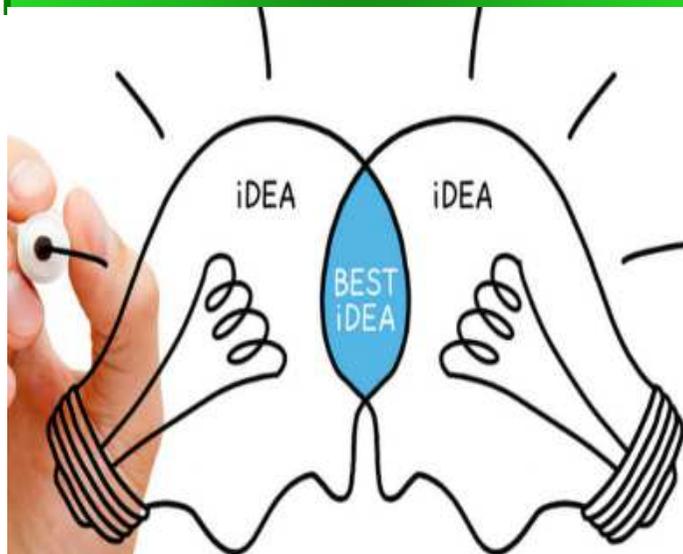


LA POSTURE ÉDUCATIVE

L'ESPRIT DE L'ENTRETIEN
MOTIVATIONNEL



RÉFLEXE
CORRECTEUR



TIPP psychoéducation

JE NE SUIS PAS PSYCHOTIQUE!

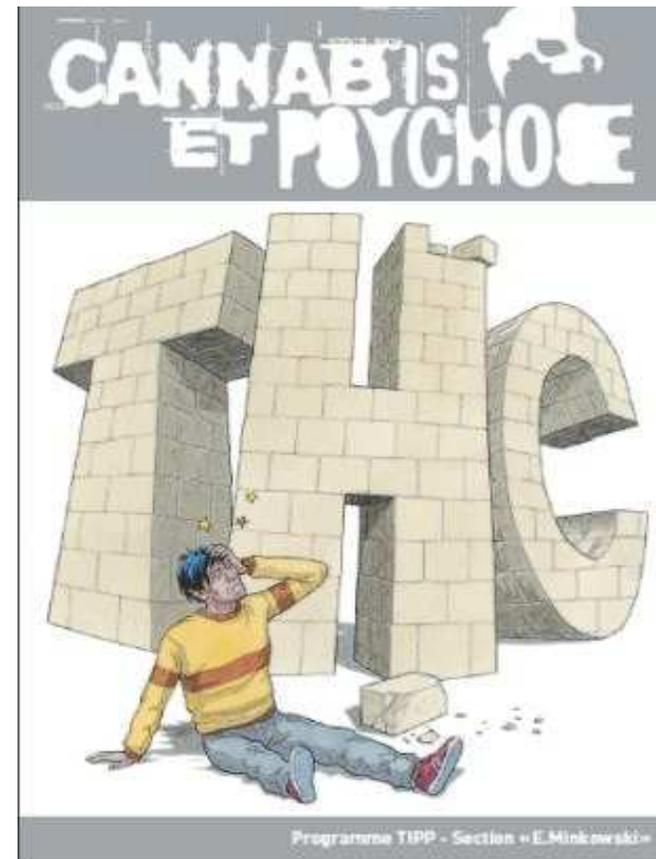
J

Jérôme s'énerve: « Je ne suis pas psychotique! Vous ne dites que des conneries! Je suis moi, Jérôme, et je ne vois pas le monde comme vous, c'est tout! »

Etre ou ne pas être psychotique... Jérôme a raison, ça n'est pas une bonne façon de poser la question!

Jérôme est Jérôme, c'est clair... mais il sait bien qu'il entend des voix depuis quelques semaines, et que ses idées s'embrouillent souvent... Et ça, ce sont des manifestations de la psychose.

Refuser de voir les choses en face et de reconnaître que quelque chose se passe n'est certainement pas une bonne solution. Les études



Pourquoi intégrer la RC dans un parcours de réhabilitation psychosociale?

Efficacité significative de la remédiation cognitive sur le pronostic des troubles cognitifs (Medalia et Choi, 2009; Wykes, 2011)

- MAIS...
- Transfert souvent limité des apprentissages à la vie quotidienne (Medalia et Choi, 2009; Wykes, 2011; Dickinson, 2010; Laroi et Van der Linden, 2013)
- Explication partielle de la variance du Handicap Psychique par les troubles cognitifs (6% neurocognition, 16% cognition sociale; Fett, 2011)

Rôle des symptômes négatifs? Rôle des facteurs subjectifs?

Facteurs impliqués dans la généralisation des apprentissages

- Le sentiment d'efficacité personnelle
- La motivation intrinsèque
- L'autonomie laissée à la personne dans l'apprentissage
- La possibilité de mise en pratique des apprentissages dans la vie quotidienne

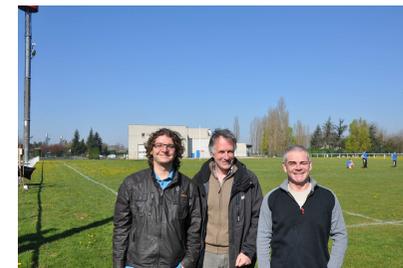
(Medalia et Choi, 2009; Laroï et Van der Linden, 2013)

Un exemple d'intervention réalisée dans un contexte «écologique»: le programme RemedRugby

- Objectifs:
 - ✓ Améliorer dans le contexte du sport adapté certains processus de la cognition sociale pour renforcer les capacités des personnes souffrant de schizophrénie à faire face à la stigmatisation
- 12 séances hebdomadaires de 2 h + 3 tournois inter-établissements (Grenoble, Lyon, Valence, Chambéry, St Geoire en Valdaine, Bourg en Bresse)

Julien Dubreucq, Franck Gabayet, Thierry Lucas, C3R Grenoble

« Lutter contre la stigmatisation par la remédiation cognitive: le programme RemedRugby », Outils de la réhabilitation en psychiatrie, Elsevier Masson, à paraître en 2016



Intérêt de l'approche « écologique » dans le programme RemedRugby

- Action sur l'ensemble des déterminants de la résistance à la stigmatisation :
 - ✓ Troubles de la cognition sociale
 - ✓ Symptômes négatifs
 - ✓ Sentiment d'efficacité personnelle et reprise du pouvoir d'agir

Corrigan, 2009; Sibitz, 2011; Nabors, 2014; Campellone, 2014

- Meilleur transfert des apprentissages au quotidien
 - ✓ Renforcement de la motivation à participer
 - ✓ Contextualisation des apprentissages plus facile
 - ✓ Possibilité de mise en pratique immédiate au cours de l'activité
- Engagement et plaisir plus importants dans la pratique de l'activité
 - ✓ Réduction de l'auto-stigmatisation et des anticipations anxieuses
 - ✓ Possibilité d'utiliser des stratégies de coping efficaces en situation sociale

LES THÉRAPIES COGNITIVES ET COMPORTEMENTALES

TCC Psychos²s

Groupe fermé de 6 à 8 patients.
2 thérapeutes
24 séances d'1h, 2 fois par semaine
Durée totale: 3 mois

1. Le stress: comment il influence ma vie

Se présenter
Qu'est ce que le stress? Qu'est ce qui me stresse?
Comment je vis mes symptômes?
Le modèle Vulnérabilité-stress-compétence

2. Vérifier les hypothèses et rechercher des alternatives

- Des expériences semblables
- Comment ne pas sauter aux conclusions
- Prendre en considération des alternatives à mes propres croyances
- Regarder les choses de manière positive

3. Drogues, alcool et états d'âmes

- Des mots pour me décrire; Mes valeurs
- Drogues et alcool: quand, où et avec qui?
- Leurs effets sur ma vie
- Se sentir déprimé ou désespéré; Modifier mon humeur

4. Coping et compétences

- Se soulager du stress; Agir en regard des symptômes
- Les ressources disponibles
- Mes forces, mes facteurs de protection et mes défis
- Le coping à ma façon

LES THÉRAPIES COGNITIVES ET COMPORTEMENTALES

PEPS

8 séances d'1h

1. Gérer les croyances défaitistes
2. Savourer l'expérience agréable
3. Changer les croyances défaitistes
4. Capitaliser les émotions positives
5. Savourer et se remémorer les bonnes choses
6. Anticiper le plaisir
7. Anticiper les moments agréables
8. Mettre tout ensemble

«Je n'arrive pas à me relaxer, je suis nulle»



- Développez une attribution plus équilibrée
 - Qu'est-ce qui peut être lié à elle ?
 - Qu'est-ce qui peut être lié aux autres ?
 - Qu'est-ce qui peut être lié à la situation ?

«Je n'arrive pas à me relaxer, je suis nulle»



- Développez une attribution plus équilibrée
 - Qu'est-ce qui peut être lié à elle ?
 - «J'ai de la peine à me relaxer, j'ai des idées parasites, je suis trop stressée.»
 - Qu'est-ce qui peut être lié aux autres ?
 - «Les animateurs ont des attentes trop élevées, leurs instructions ne sont pas claires. La présence des autres me perturbe pour me relaxer. Je n'aime pas la voix de l'exercice.»
 - Qu'est-ce qui peut être lié à la situation ?
 - «Il y a trop de bruit dans la pièce. L'exercice ne me convient pas.»



GESTION DES RECHUTES ET RÉTABLISSEMENT



Plan de Crise Conjoint

Description de la situation qui a motivé le suivi : (événements, conséquences, symptômes, antécédents)

Qu'est-ce qui pourrait provoquer un stress qui vous dépasse, et vous mettre en situation de crise ?

Comment cela se manifeste-t-il concrètement pour vous ? (pensées, émotions, réactions physiques, comportements)

Quelles stratégies personnelles ou avec votre entourage proche utilisez-vous lorsque ces signes apparaissent ? (moyens de diminuer le stress)

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Etiquette patient

A qui pouvez-vous demander de l'aide dans votre entourage (proches et professionnels) ? (Nom, Prénom, tél, rôle) :

En situation de crise, comment souhaiteriez-vous que les soins et traitements soient adaptés ? (fréquence des rendez-vous, médication, recours aux urgences)

En situation de crise, quels soins ou traitements souhaiteriez-vous éviter ? Raisons ? Quelles sont les alternatives ?

Mesures concrètes à prendre en situation de crise pour préserver votre environnement (courrier, garde d'enfants, animaux, domicile, travail)

Quelle médication prenez-vous habituellement :

Médicament	Dosage	Date du début	Date de l'arrêt

Lieu et date :
Rôles & signatures :

GESTION DES RECHUTES ET RÉTABLISSEMENT

Plan d'action pour le rétablissement de la santé (PARS)



effets sur:
la sévérité de la
symptomatologie
la dépression
l'anxiété
la reprise de confiance en soi
et l'orientation vers le
rétablissement
(Cook, 2012; 2013)

Chapitr 1 :

Ton coffr à outils d santé pour t'aid à contrr t s
symptôm s ou maint nir ton équilibr

Chapitr 2 : Plan d'équilibr quotidi n

Chapitr 3 : Éléments décl nch surs

Chapitr 4 : Sign s avant-cour surs ou précur surs

Chapitr 5 : En cas d r chut

Chapitr 6 : Cas d cris

Chapitr 7 : Plan post cris

Chapitre 6

Planification en cas de crise

Écrire le plan de crise lorsque tu te sens bien, afin d'informer les autres de l lorsque tu es en crise, te permet de prendre en main ta santé. Ceci perm famille et à tes amis de ne pas perdre de temps pour trouver les choses. Aussi, cette méthode enlève le sentiment de culpabilité à tes proches et a pourraient se demander s'ils ont pris la bonne décision. Cette planificatio que tes besoins soient comblés et que tu te sentes mieux le plus tôt possibl Le plan de crise diffère des autres plans, car il s'agit d'un chapitre qui d'autres personnes. Lorsque tu l'auras terminé, distribue des copies aux agents de soutien au rétablissement.

Section 1- Comment je suis lorsque je me sens bien :

Section 2 -Symptômes :

Section 3 - Agents de soutien au rétablissement :

Section 4 - Médicaments

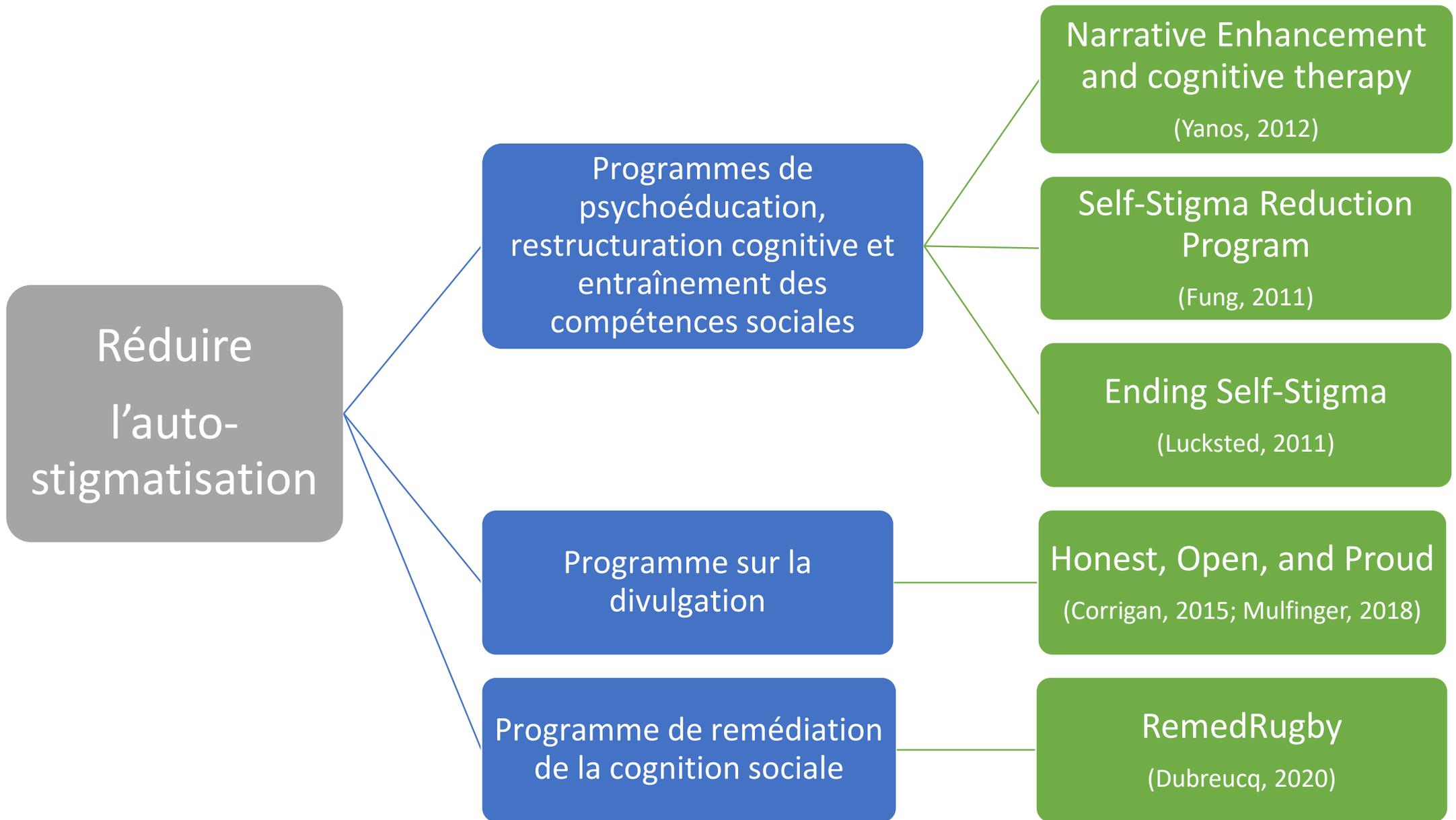
Section 5 – Traitements

Section 6 – Maison/Ressource communautaire/Centre de repos

Section 7 – Lieux de traitement

Section 8 – Aide provenant des autres

Section 9 – Quand mes agents de soutien au rétablissement n'ont plus ce plan



Narrative Enhancement and Cognitive Therapy

- NECT -

But du programme : Réduire l'auto-stigmatisation et son impact sur le rétablissement des personnes avec troubles psychiques (TP).

Comment ?

Grâce à une approche groupale, basée sur les thérapies cognitives et comportementales, comportant :

- **Psychoéducation** (définir les notions de stigmatisation, d'auto-stigmatisation / remettre en question les préjugés sur les TP / aborder la divulgation)
- **Réstructuration cognitive** (développer des stratégies pour identifier et changer ses pensées négatives)
- **Renforcement narratif** (passer d'une identité construite uniquement autour de la maladie à une identité plus intégrative / nommer et dépasser un traumatisme lié aux expériences et aux traitements psychiatriques)

RPS : en réseau dans la communauté

- Exemple de Ré-PSY



Ré-Psy

Réseau de Santé Mentale GCSMS



- **Ré-Psy** mobilise les principes de la **Réhabilitation psychosocial** en considérant la situation de la personne non seulement du point de vue de sa maladie mais encore de son pronostic fonctionnel. Il oriente et accompagne vers des soins et services pour une autonomie améliorée dans la communauté
- **Ré-Psy** propose des interventions orientées **rétabliss^{em}ent** en favorisant l'autodétermination et la participation des personnes concernées.
- **Ré-Psy** décloisonne les acteurs du parcours en actionnant un **rés^{au}** de partenaires partageant un référentiel d'évaluation des situations et proposant des ressources adaptées à chaque situation.
- Partenaires médicaux : soins primaires et spécialistes du secteur public et libéral, centres référents RPS
- Partenaires paramédicaux : psychologues, ergothérapeutes, infirmiers...
- Partenaires médicosociaux : accompagnement, hébergement et travail
- Partenaires sociaux : éducation, emploi, vie quotidienne
- Partenaires aidants familiaux et usagers

Ré-Psy

Réseau de Santé Mentale OUTILS du Parcours

- **Bilan fonctionnel typé bilan éducatif partagé** balayant les champs médicaux et ceux de l'insertion sociale (vie quotidienne, logement, éducation et travail, loisirs)
- **Cas managérial** : soutien personnalisé, coordination des interventions et lien avec les intervenants
- **Bilans neuropsychologiques**
- **Éducation thérapeutique** : Programme autorisé ARS « mieux se soigner pour mieux s'insérer » « se rétablir » favorisant l'**Auto-support**.
- **Évaluation pluridisciplinaire de cas complexes** : appui dans la mise en place d'un projet personnalisé grâce à l'**Équipe Spécialisée Évaluation Projet** (ESEP) composée de professionnels et bénévoles issus des champs sanitaires, médicosociaux et sociaux au sein de **COMités TECHniques** (COTECH) mensuels.
- **Renforcement des compétences in situ** proposé par le réseau des partenaires
- **Plan Personnalisé de Suivi** partagé par la personne et les acteurs du parcours



Ré-Psy

Réseau de Santé Mentale MISSIONS

- **Faciliter le parcours de soins et de vie des personnes présentant des troubles psychiques complexes : Diagnostic, Orientation, rétablissement, prévention, publics jeunes en transition âge adulte**
 - **interventions individualisées selon le principe du cas management**
- ✓ Permettre l'accès aux soins primaires et aux soins spécialisés en santé mentale
- ✓ Établir des diagnostics et promouvoir l'éducation thérapeutique
- ✓ Éclairer le pronostic fonctionnel par la réalisation de bilans neuropsychologiques et/ou fonctionnels en situation (Équipe Spécialisée Évaluation Parcours ESÉP)
- ✓ Faciliter l'insertion sociale, éducative et professionnelle en travaillant de manière écologique et personnalisée avec les acteurs du parcours
- ✓ Faciliter l'accès aux droits
- ✓ Favoriser l'autodétermination



Ré-Psy

Réseau de Santé Mentale MISSIONS

- **Animé un réseau d'acteurs sanitaires, médicosociaux et sociaux autour du rétablissement des personnes : articulation sanitaire médicosocial, décroisement**
- **Déstigmatiser « La santé Mentale est l'affaire de tous »**
 - Sensibilisation des professionnels, des aidants et de la population générale
 - Promotion de l'empowerment auprès des personnes concernées
- **Informé le réseau de ressources en lien avec le Centre Ressources Régional de réhabilitation psychosociale**
 - Information /orientation de tout public Arc Alpin
 - Mobilisation, diffusion et actualisation des ressources contribuant au rétablissement



LOGEMENT ACCOMPAGNÉ, IMPLICATION DES PAIRS AIDANTS ET ARTICULATION AVEC LA COMMUNAUTÉ

- **Suivi intensif dans le milieu (ACT) et Soutien d'Intensité Variable (SIV)**

Diminution de la fréquence des ré-hospitalisations, amélioration de l'adhésion aux soins et du maintien en logement dans la communauté (Burns, 2007; Latimer, 2011)

- **Intervention des pairs aidants**

Réduction du nombre de réhospitalisations, reprise d'espoir et du pouvoir d'agir
amélioration de la qualité du réseau social et orientation des soins vers le rétablissement
(Corrigan, 2006; Resnick, 2008; Min, 2007; Lawn, 2008; Gillard, 2013)

- **Implication des usagers dans les programmes de formation**

Le programme EMILIA de formation des usagers tout au long de la vie (Greacen, 2013)

- **S'appuyer sur les ressources de la communauté**

- **Groupes d'entraide Mutuels (GEM)**

- **Réseau Entendeurs de Voix** (Romme, 1989; 1992; 2000)

- **Clubhouses**

- **Modèles d'articulation avec la communauté: CLSM, CréHPSy, RéHPSy**

L'EMPLOI ACCOMPAGNÉ

TCC en association avec l'emploi accompagné: Perception du Travail

Bilan Educatif Partagé : recueil du récit de parcours de la personne à l'aide du WRI
Echelles pré/post : estime de soi en tant que travailleur, motivation à trouver un emploi,
OITES (M. Corbières)

S1 et 2 : Les représentations du travail et du handicap

S3i : Intervention métacognitive individuelle à partir du récit

S3g : Partage d'expérience professionnelle

S4 : L'impact fonctionnel des troubles au travail
Auto-stigmatisation et biais cognitifs relatifs au travail

S5 : L'aspect relationnel au travail

S6 : Les ressources du milieu

S7 : Positionnement et synthèse

L'EMPLOI ACCOMPAGNÉ

Individual Placement and Support (IPS)

1. le but est le travail en milieu ordinaire,
2. l'éligibilité est basée sur le choix de la personne,
3. les conseillers en emploi spécialisé (job coach) agissent en étroite collaboration avec les équipes de soins,
4. les services sont basés sur les choix et préférence de la personne,
5. Une assistance personnalisée est accordée pour informer et comprendre les enjeux économiques reliés au choix de chaque personne,
6. la recherche d'emploi est rapide,
7. le développement d'un réseau d'employeurs est systématique,
8. le soutien est individualisé et illimité dans le temps.

Accès au milieu ordinaire de travail = 58.3% (contre 21.5% sans)

Efficacité potentialisée par d'autres interventions (TCC, remédiation, EHS)



Les stratégies du rétablissement

Les stratégies du rétablissement comprennent :

- Des programmes de self-help
- Rester actif
- Développer un système de soutien
- Maintenir sa santé physique
- Prendre du temps pour les loisirs
- Être conscient de son environnement
- La recherche de spiritualité
- Exprimer sa créativité
- Suivre le traitement choisi

Questions :



Laquelle de ces stratégies du rétablissement avez-vous utilisée?

Laquelle de ces stratégies aimeriez-vous essayer ou développer d'avantage?

Fiche 1 M1

