



Axes de la Réhabilitation Psychosociale

Docteur Gilles VIDON
Hôpital Esquirol - Paris

Bruxelles, le 29 novembre 2012

1




1

Bien définir la RPS pour mieux viser les objectifs à atteindre




Réhabilitation en français appartient


- à la terminologie juridique : fait de « rétablir dans une situation juridique antérieure, en relevant des déchéances, d'incapacités »
- ou bien le terme est utilisé dans le sens « rénover, restaurer quelque chose »

- 
- To be able = être capable
 - Ability = capacité
 - Disability = incapacité

 - Rehabilitation = Réhabilitation
- anglais* *français*

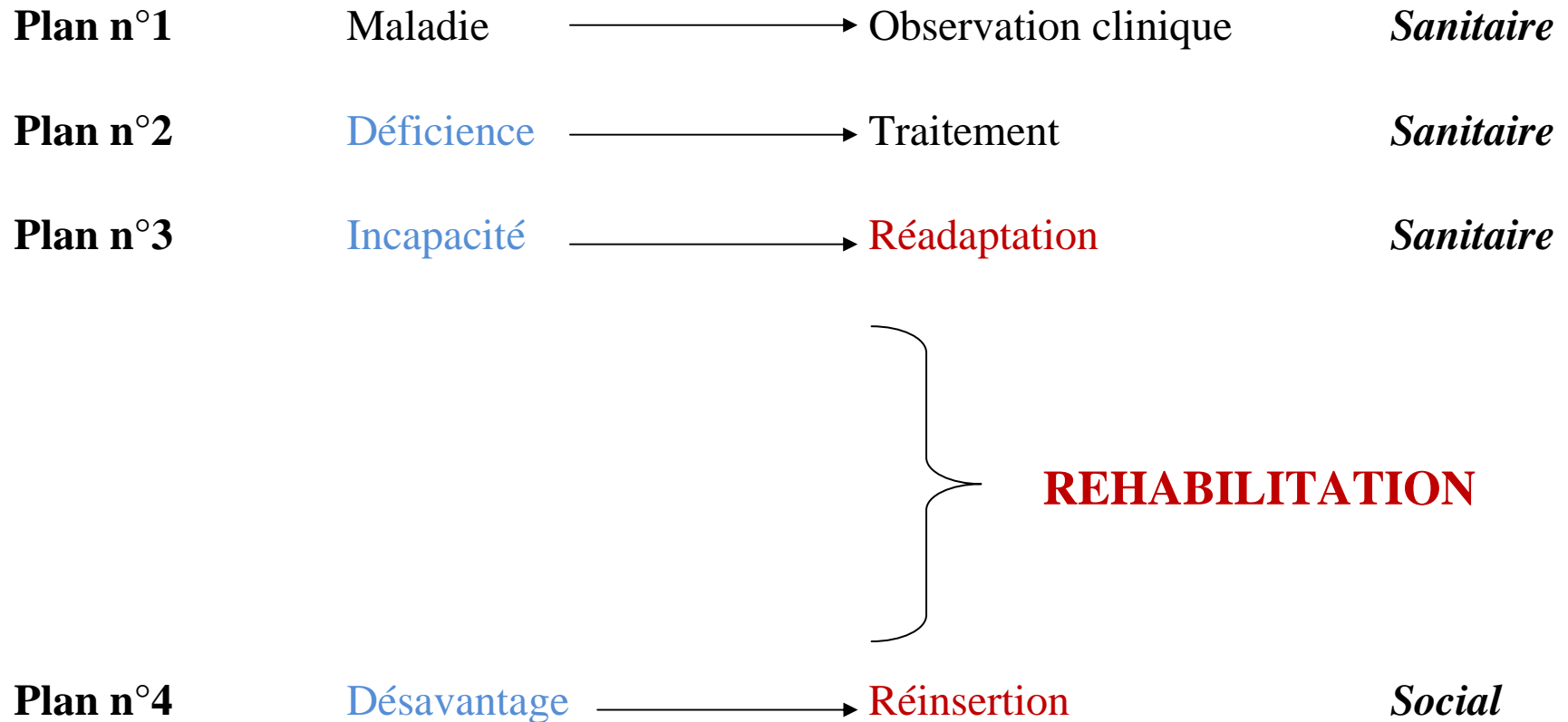
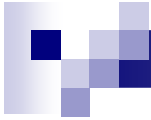


Rehabilitation en anglais désigne les actions à développer pour « optimiser les capacités persistantes (d'un sujet malade) et atténuer les difficultés résultant de conduites déficitaires ou anormales »



« Le **but** étant d'améliorer le fonctionnement de la personne de façon à ce qu'elle puisse avoir du succès et de la satisfaction dans un milieu de son choix avec le moins d'intervention professionnelle possible »

Anthony, Farkas (Boston)



WOOD (1980) pour l'O.M.S.
Classification internationale des déficiences, incapacités, handicaps



GOALS

WHO – WAPR , Consensus Statement, 1996

- 1- Reduction of symptoms
- 2- Reduction of adverse effects of treatment
- 3- Improvement of social competence
- 4- Reduction of stigma and discrimination
- 5- Support of family
- 6- Maintenance of social support
- 7- Consumers empowerment

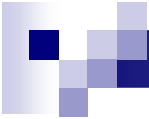
Caractéristiques des buts: 2 médicaux, 3 sociaux, 2 politiques



Objectifs principaux

Améliorer le fonctionnement de la personne...

- 1/ **Maison** : présentation, alimentation, entretien, gestion administrative...
- 2/ **Travail, Activités** : études ou travail, implication dans des centres d'intérêt (sports, lecture...)
- 3/ **Relations sociales** : famille, amis, vie sentimentale, réseau social de nécessité...
- 4/ **Santé et traitement** : prise en charge de sa santé et de son traitement, respect des rythmes biologiques, adaptation au stress...



Concept de la « partie saine »

- Se centrer sur la **personne** malade et non sur la maladie
- Non pas « *un schizophrène* », mais « *une personne ayant aussi une schizophrénie* » (stigmatisation)
 - Adaptation à la maladie
 - Meilleure insertion possible malgré les difficultés
 - Autodétermination : priorité au patient
 - Pas seulement des soignants dans le parcours de réhabilitation



Diagnosics

Diagnostic médical / psychiatrique

- Recensement des symptômes
 - Organisation de symptômes en maladies ou syndromes
 - Moyens thérapeutiques
 - But : faire baisser les symptômes
- ↳ Hospitalisation / suivi chimiothérapique / psychothérapique etc...



Diagnostic de réhabilitation

- Evaluation fonctionnelle des capacités
 - autonomie : maison, travail, relationnelle
 - habiletés sociales, cognition...

- Evaluation fonctionnelle des ressources

- Soutiens ou aides (à développer ou à rechercher: impliqués familiaux, disponibilité, vulnérabilité).

- Disponibilité : priorité au patient

- Définitions de buts à atteindre
 - Sociaux
 - Résidentiels
 - Educationnels
 - Professionnels

..... **PROGRAMMES D'INTERVENTION**

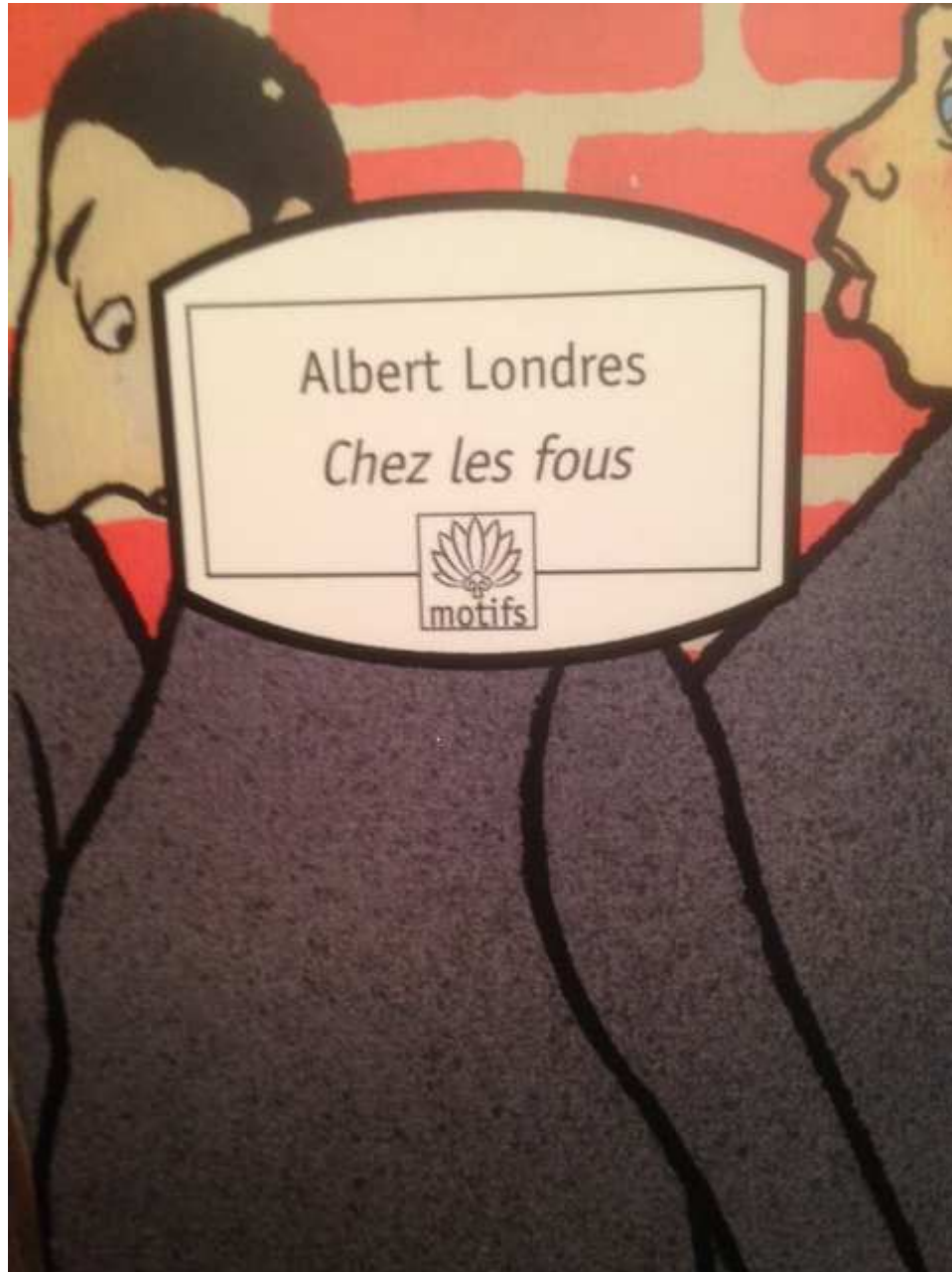


Traitements psychiatriques

Partie malade :

- Hospitalisation : complète, séquentielle, de jour :
« aussi longue que nécessaire, aussi courte que possible » ; « lutter contre l'hospitalisme plus que contre l'hôpital »
- Médicaments psychotropes...
- Suivi psychiatrique régulier

Sans traitement psychiatrique, pas de RPS = complémentaires...



L'institution : Facteur de chronicisation

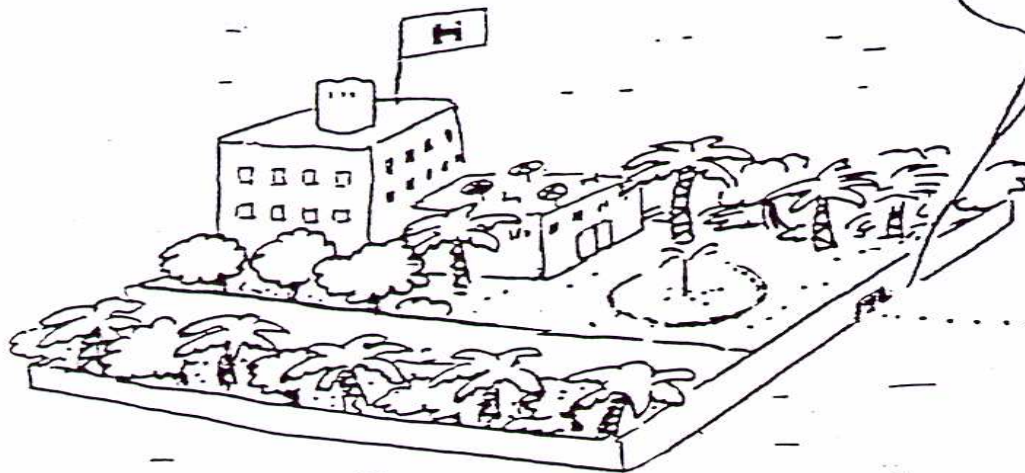
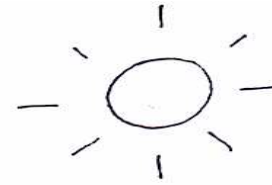
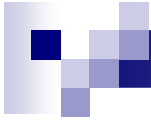
- **Institution totalitaire** : isolement, ségrégation, règles de vie, routine, hiérarchie
- **Prise en charge totale** : entraîne la chronicisation : dépendance, régression, adaptation à l'institution

➡ d'où nécessité de développer des prises en charges partielles

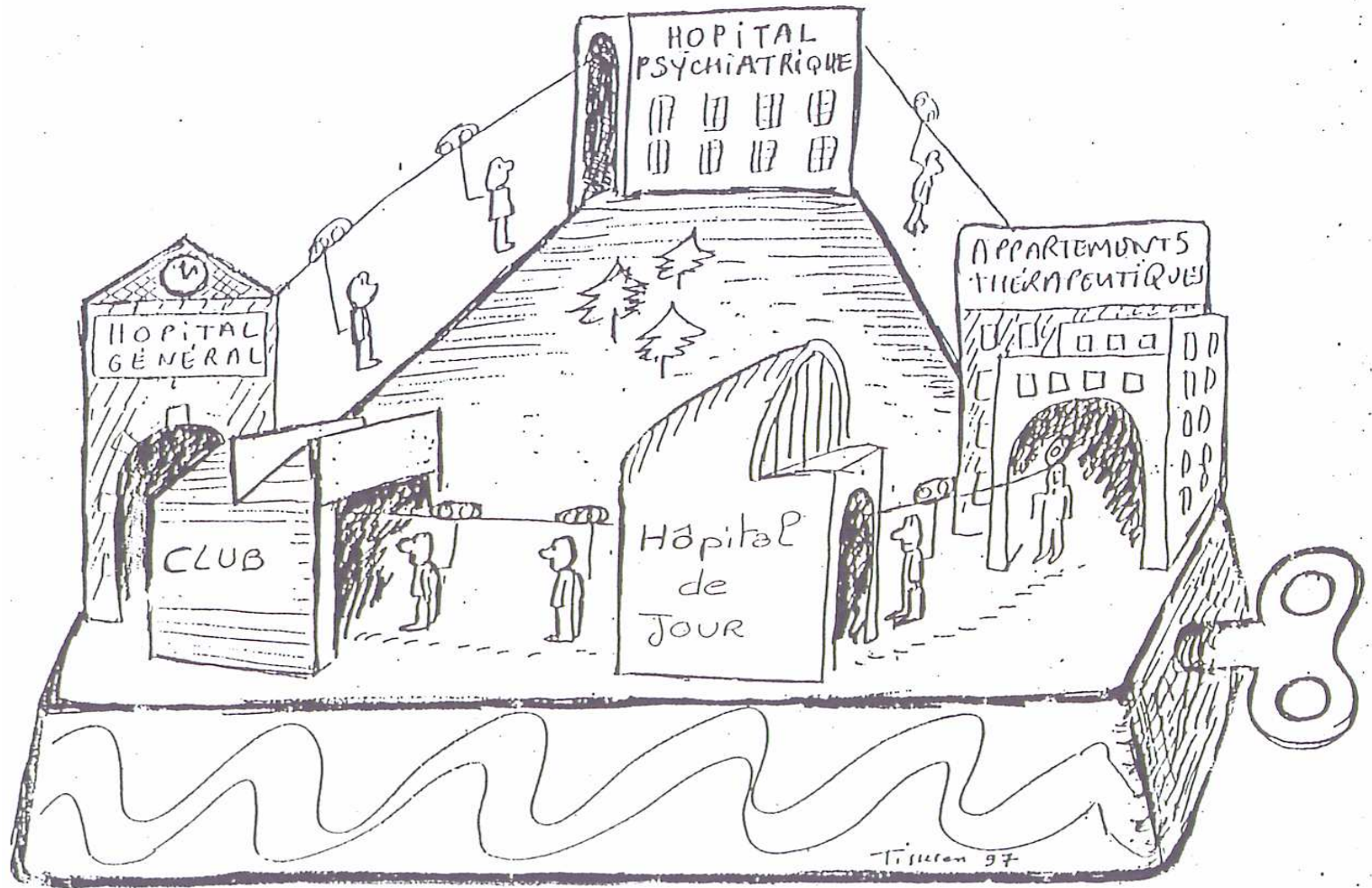
➡ de séparer les lieux de vie des lieux de soins

➡ d'introduire des discontinuités dans les prises en charge

La désinstitutionnalisation continue....



VOUS ÊTES GUÉRI...
BONNE CHANCE...





Les outils de la RPS :

multiples, variés et faisant intervenir des acteurs différents ; complexes ou simples, ils peuvent être combinés ; dépendent étroitement de la culture et des moyens disponibles.



Outils :

Nécessité de combiner plusieurs approches **psychosociales**

- Entraînement aux habiletés sociales
- Programmes psycho-éducatifs TCC
- Remédiation cognitive
- Housing : soutien au domicile / Hébergement thérapeutique
- Soutien à la réinsertion professionnelle
- Approches auprès des familles (EE, etc.)
- GEM, Pairs aidants
- Autres outils : les plus nombreux... ?



Entraînement aux habiletés sociales

Aider le patient à développer au maximum ses capacités et à améliorer son fonctionnement social et son autonomie

- Grâce à un soutien et des procédés d'apprentissage (techniques individuelles ou de groupe, jeux de rôle, etc.)
- Conversation, résolution de problèmes, expression des émotions...
- De nombreuses études contrôlées ont démontré l'impact sur le fonctionnement social (Heinssen R. et col 2000)



L'information : quelle forme?

- L'information doit se mettre à la portée du patient
 - les mots choisis
 - le **point de vue du patient** ≠ celui du médecin
- Le contexte est important
 - un lieu au calme, une ambiance propice
 - un temps dédié
 - qu'est-ce que le patient entend: **la répétition**
 - l'importance de l'échange entre pairs
 - le renforcement positif



Psycho-éducation (1)

- Englobe éducation, accompagnement et soutien émotionnel
 1. Information structurée, progressive et répétée : reconnaissance des symptômes (langage commun), diagnostic, traitement
 2. Ecoute, soutien, diminution du fardeau émotionnel, apparition de nouvelles attentes réalistes
 3. Travail sur les émotions exprimées, la résolution de problèmes

Deleu G. et Lalonde P., 1999

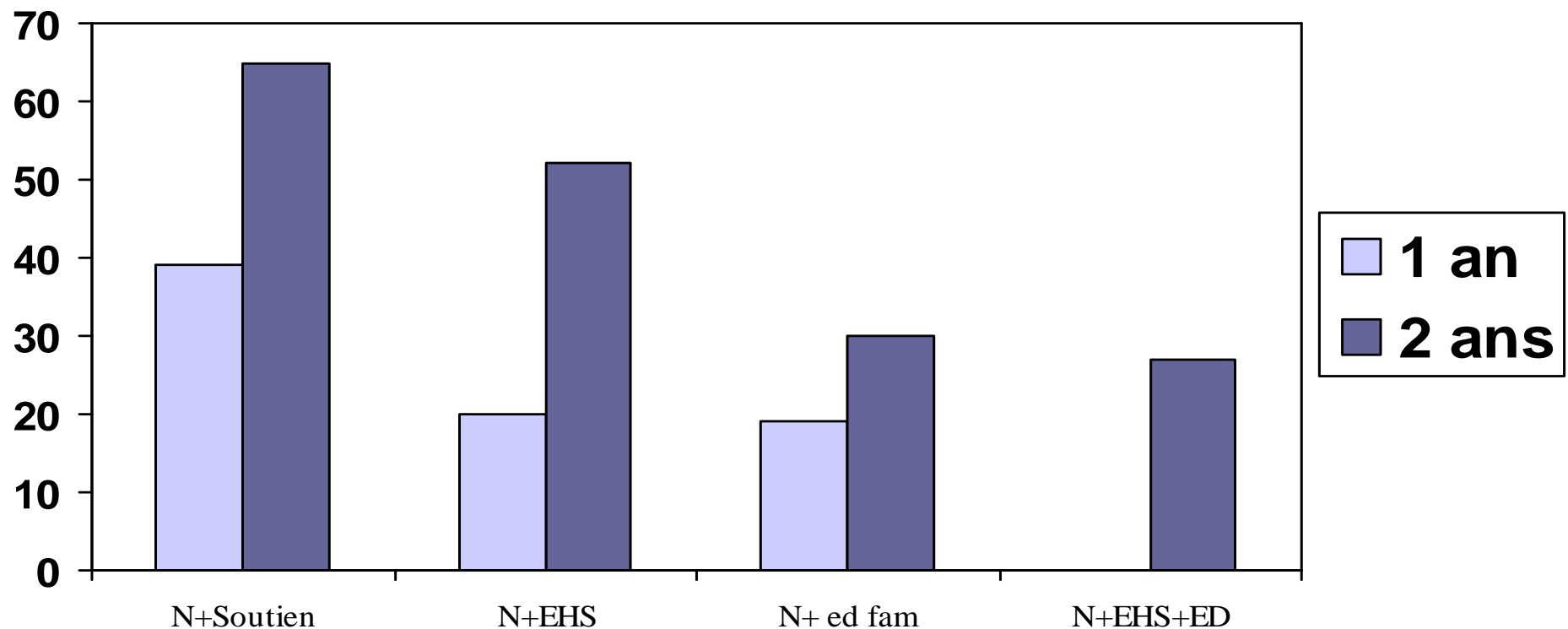


Psycho-éducation (2)

- Processus à long terme
- Impliquant familles et patients
- Méthode : programmes psycho-éducatifs
- Impact sur les rechutes : diminution du taux de ré hospitalisation
- De 60% à 30 % de rechutes à 2 ans selon une méta analyse (Pitschel-Waltz G. et col. – 2001)

Efficacité des traitements combinés

% de rechute psychotique après 1 an et 2 ans de traitement



Bruxelles, le 29 novembre 2012

D'après Gérard Hogarty et al, 1991 ²⁴



Traitements cognitivo-comportementaux

- Développés initialement dans la dépression et les troubles anxieux : mêmes principes appliqués au délire et aux hallucinations
- Intervenir sur les processus cognitifs qui pérennisent les symptômes psychotiques
- Présents dès le début de la maladie, peu progressifs
- Attention, mémoire verbale, fonctions exécutives les plus corrélés au pronostic fonctionnel



Remédiation cognitive

- Techniques issues des recherches portant sur les sujets traumatisés crâniens
- Permettre un ré-entraînement (notamment par la répétition) de certaines fonctions cognitives, identifiées comme altérées dans la schizophrénie.
- Acquérir des stratégies de compensation éventuelles en ce qui concerne les fonctions altérées
- 7 méta analyses depuis 2001 sur l'efficacité de la remédiation cognitive: littérature compliquée, résultats mitigés, en plein chantier ...

Très nombreuses questions non résolues:

- l'efficacité
- la généralisation
- les retombées sur la vie quotidienne ...



Housing

- Housing first / Treatment first...
- Soutien au niveau du logement : toilette, hygiène, ménage, cuisine, etc.
- Hébergement thérapeutique : maisons communautaires, appartements thérapeutiques
- « c'est le contrat qui est thérapeutique »



Approches centrées sur l'intégration aux milieux de vie et de travail

Vocational rehabilitation

- **Ateliers dédiés** aux personnes souffrant de troubles mentaux mis en place durant les années 70 pour former à l'emploi les personnes vivant avec un trouble mental durable
- Résultats décevants : les personnes ne s'y sentaient pas motivées ou perdent leur motivation dans ces ateliers.
- Bond (1998): Peu de résultats probants qui permettent de conclure que ces expériences de formation préalable à l'emploi facilitent le passage à un emploi compétitif.



Obstacles à l'insertion dans le monde du travail

- Règle de l'antériorité
 - Manque de qualification
 - Manque d'expérience (CV)
 - Déficits cognitifs
 - Durée institutionnalisation / probabilité insertion en milieu professionnel
- ↪ Réadaptation professionnelle en ateliers protégés
« abandonnée » au profit du soutien dans l'emploi



IPS

(Individual Placement Support)

USA, Canada...

- Insertion dans un milieu de travail ordinaire (« place and train »)
- Vite...
- Choix de l'emploi par le patient
- Soutien individuel dans l'emploi par un agent (« job coaching »), agent IPS (rôle, y croire +++)
- Équipe soutien liée à l'équipe soignante

↳ Résultats IPS >>> à approches traditionnelles



L'alliance thérapeutique avec les familles

- Problème du « fardeau » pour les familles...
- Associations de parents de malades
- Techniques thérapeutiques centrées sur la famille :
 - Thérapies familiales (soutien, guidance), systémiques,
 - l'information, la psycho-éducation.
 - Formation aspects médicaux et sociaux de la maladie et des traitements
 - Gestion du stress (E.E.)
- Durée et nombre d'hospitalisation divisé par 2 (LEFF, Mc GORRY, etc.)

Que demandent t-elles ? : le diagnostic, le pronostic, des conseils, comment échanger avec son parent malade, des informations sur les droits...



Pairs aidants

- Inspiré du Programme Stars (GB)
- Piloté par AQRP (Canada)
- Formation offerte aux **usagers** qui ont les intérêts et compétences pour participer.
- On ne devient pas pair aidant uniquement parce que l'on souffre d'un trouble persistant.
- Inclusion dans l'équipe comme membre à part entière.
- Définition variable, constitution de résultats probants en cours.
- Domaine de recherche en développement et prometteur.



Autres outils

- Art, culture : théâtre, atelier d'expression, etc.
(Thaïlande, japon...)
 - Sport, activité physique...
 - Information sur les droits
 - Clubs
 - Etc, etc, etc.
- ↳ Augmenter la self estime, les relations sociales, etc.



Des modèles d'organisation :

- **ACT**
- **Boston**
- **Recovery**
- **Etc... etc...**

Importance de l'adaptation culturelle



PACT :

Program for Assertive Community Treatment

Madison (Wisconsin), 1980

- Étudié de façon intensive depuis son implantation. Plus de 100 études solides. (Leclerc et Ricard, 1999) : EBM
- Instauré en réponse à la fermeture de lits dans les grands hôpitaux psychiatriques.
- Le personnel hospitalier est formé à la réhabilitation psychosociale et à l'intervention dans la collectivité.
- Implanté aux USA, Canada, Italie, Suisse, Grande Bretagne, Australie, etc, etc.
- Pas une stratégie ou une thérapie mais un modèle d'organisation de services de santé mentale dans la communauté destiné aux personnes les plus sévèrement handicapées.



PACT :

Program for Assertive Community Treatment

- Continuité du traitement et du soutien
- Suivi directif (assertive outreach)
- Case management par une équipe pluridisciplinaire
- Traitement individualisé *in vivo* (Gélinas, 2002)
- Soutien communautaire, à domicile +++
- Pas de limitation dans le temps
- Mobilité, proximité, urgences
- 24H/24, non limité dans le temps (burn out ?)

A l'origine des équipes mobiles...



PEUT-ON SE PASSER DE L'HOSPITALISATION : *Revue des études cliniques portant sur les interventions thérapeutiques visant à éviter l'hospitalisation*

- JOY et al (Cochrane Library, 2002) retrouvent cinq études contrôlées et randomisée
 - FENTON à Montréal (1979),
 - STEIN à Madisson (1975),
 - PASAMINIC K. dans l'Ohio (1967)
 - HOULT à Sydney (1983)
 - MUIGEN à Londres (1992)*

- Randomisation selon deux groupes : hospitalisés ou traités à domicile (hormis ceux qui étaient jugés dangereux)

- Evaluation stricte tout au long de l'étude selon des échelles standardisées (symptomatologie, satisfaction, fardeau, état général etc...)

Résultats globaux :

- +/- 50 % des patients « suivis à domicile » seront quand même hospitalisés durant la période de suivi (jusqu'à un an) mais nombre et durée d'hospitalisation sont moindre ;
- à un an de suivi, dans le groupe « au domicile », le fardeau familial est allégé et les familles s'estiment plus satisfaites ;
- aucune différence n'est retrouvée entre les deux groupes, concernant les perdus de vue, les décès ou l'état clinique des patients

Conclusion : autant au moins de bons résultats que l'hospitalisation standard avec en plus la satisfaction



GUIDELINES, CONFERENCES DE CONSENSUS

- Conférence de consensus danoise (1992),
 - Guidelines du journal of clinical psychiatry (1996 et 1999)
 - APA (1997) : practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia
 - The canadian clinical practice guideline (1998)
 - Conférence de consensus belge (1999)
 - Conférence de consensus française (1994, 2003)
-
- **Atténuer** les symptômes positifs, prévenir les passages à l'acte, permettre aux patients de retrouver rapidement un bon niveau de fonctionnement social ou familial, développer une alliance, élaborer des stratégies de prise en charge à plus long terme, mettre en lien le patient avec des structures appropriées...
 - **Durée** : de deux semaines (USA) à huit semaines (en cas de patients non stabilisés)
 - **Des alternatives à l'hospitalisation peuvent être plus efficaces (préserver le fonctionnement social, diminuer le nombre de réhospitalisation) mais nécessitent des équipes particulièrement dotées et spécialisées dans ce type de prise en charge**



Boston

L'approche choisir – obtenir – garder

« *Où nous mène la réhabilitation Psychiatrique* » Socrate edit.2012

Guy M. DELEU

- Approche généraliste: prise en compte des besoins et objectifs de changement des personnes; implication de la personne; équipe de conseillers (1/20): partenariat
- Aide au développement des capacités; aménagements des soutiens nécessaires
- Processus de réhabilitation: **orientation** (exploration domaines d'insatisfaction-identifier domaine prioritaire), **préparer** (évaluer la disponibilité), **choisir** (développer un plan) , **obtenir, garder** (améliorer les performances)



Qu'est-ce que le Recovery ?

J.S. STRAUSS → Guérison ou Rétablissement ?

- **Définition médicale** : (J. Kane, N. Andreasen etc.) : amélioration symptomatique proche de la normale... But ultime de la rémission symptomatique *et* fonctionnelle
- **Définition par les usagers** : peut inclure, non nécessairement la rémission symptomatique ou un retour à un fonctionnement normal... mais surtout considéré comme un **processus** de développement personnel et d'adaptation positive aux effets de la maladie avec reprise d'un contrôle sur sa vie.

... « **Recovery is not a gift from doctors but the responsibility of us all... We must become confident in our own abilities to change our lives we must give up being reliant on others doing everything for us...** »



RECOVERY « Rétablissement »

Définition (suite) : « ...la capacité pour une personne d'exercer un contrôle sur sa vie, de se sentir intégré dans une vie sociale qui a de la signification pour lui... qui s'avère satisfaisante et lui permet d'avoir le sentiment de sa valeur propre et ceci malgré la présence de restrictions et de difficultés imposées par la maladie, le traitement et l'environnement. »

Quels facteurs ont joué le plus grand rôle dans leur « recovery »?

C'est la possibilité d'entrer en communication facilement avec des aidants qu'ils pouvaient joindre à tout moment (surtout lorsqu'ils allaient très mal) et qui savaient prendre le temps **de les écouter comme des personnes et non comme des patients**

(M. BORG, A. TOPOR)

MODELE MEDICAL	MODELE DE RETABLISSEMENT
<p><i>Pratiques établies</i></p> <p>Méthodes sévères et contraignantes Ateliers Protégés Hospitalisation au long terme Doses massives de médicaments Traitement dirigé par le personnel soignant</p>	<p><i>Pratiques attendues</i></p> <p>Psychoéducation de la famille et des usagers Initiatives personnelles du patient Soins communautaires Médicaments adaptés à chacun Implication de l'utilisateur dans le traitement Groupe d'entraide Emploi protégé</p>
<p><i>Tâches établies</i></p> <p>Stabilisation Soins préventifs</p>	<p><i>Objectifs attendus</i></p> <p>Psychoéducation Implication</p>

<p><i>Convictions actuelles</i></p> <p>Inapte à la vie en société</p> <p>Perte du jugement et de la confiance/raisonnements</p> <p>A un problème qui doit être réglé par quelqu'un d'autre</p> <p>Ne comprend pas ses propres besoins</p> <p>Ne s'en remettra jamais</p>	<p><i>Convictions attendues</i></p> <p>Peut vivre en société avec un soutien</p> <p>Peut donner sa contribution à la société/peut être utile</p> <p>Peut apprendre les moyens de gérer les symptômes</p> <p>Peut utiliser son expérience de la maladie mentale comme une source d'expérience</p> <p>Peut apprendre et enseigner à d'autres usagers</p> <p>Peut s'en sortir et s'en sort</p>
<p><i>Responsabilité établie du soignant</i></p> <p>Fournira des soins préventifs basés sur les acquis de l'expérience médicale</p>	<p><i>Responsabilité attendue du médecin</i></p> <p>Fournir un environnement favorable au rétablissement basé sur les expériences personnelles des usagers</p>
<p><i>Responsabilité établie de l'utilisateur</i></p> <p>Etre obéissant et apprendre à être observant</p>	<p><i>Responsabilité attendue de l'utilisateur</i></p> <p>Réflexion propre pour savoir ce qui est utile ou non</p> <p>Prend ses responsabilités pour son propre rétablissement</p> <p>Utilise ses ressources personnelles</p>

Systeme de soins orienté vers le recovery (Recovery Oriented Services)

- Traitement + interventions de réhabilitation
- Mais aussi :
 - Redéfinition des rôles : espoir/équipe, ne pas parler comme à des malades...
 - Burden, stigma, coping, empowerment, patient expert...



Stigma / stigmatisation / déstigmatisation



Stigma

- Grec : percé
 - ⇒ Vie sainte : 5 blessures du Christ
 - ⇒ Avilissement : marques au fer rouge
- Stigmatisation en santé mentale : **préjugés, opinions préconçues**
 - ⇒ Discrimination, priver quelqu'un de ses droits ou bénéfices
- Conséquences : **préjudices** dans l'habitat, le travail, la vie sociale, familiale, etc.
 - ⇒ Aggrave la maladie, obstacle à la réinsertion



Stigma

- Etudes d'image : statut inférieur à celui du détenu, partagé par les travailleurs de la santé mentale et les patients eux-mêmes
 - ⇒ Attitudes d'évitement, autostigmatisation
- Discrimination structurelle non intentionnelle
 - ⇒ Médias, culture : ciné, télé, journaux...
 - ⇒ Défavorisés pour les soins somatiques
 - ⇒ Assurances

**« La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale »
J.Y. Giordana et Col. – Ed. Masson, 2010**

Mythes et méconnaissances

Croyances erronées \rightleftharpoons peur(s)

- Aucune guérison, pas de traitement = asile
- Violence et danger, imprévisibilité
- Etiologies farfelues :
 - La sch. est « contagieuse »
 - La famille est « coupable »
 - « Faiblesse » de caractère, fainéantise
 - Schizophrénie et débilité
 - Etc.
- Attitudes varient selon la culture : pays en voie développement : au sein de la famille, l'asile n'existe pas, origine surnaturelle (« victimes »)



Mythes et méconnaissances

- Les thérapies en milieu hospitalier exercent un effet positif sur le résultat de la réhabilitation
- La capacité d'un individu à fonctionner dans un type d'environnement donné permet de prédire la capacité de cet individu à fonctionner un autre type d'environnement
- L'étiquette diagnostique donnée à une personne fournit des informations significatives sur les résultats de la réhabilitation de cette personne
- Il existe une corrélation entre la symptomatologie et les habiletés de l'individu
- Les spécialistes peuvent prédire le résultat de la réhabilitation avec exactitude
- Les personnes atteintes d'incapacité psychiatrique ne peuvent être réhabilitées et ne peuvent se rétablir
- Une meilleure observance du traitement médicamenteux peut affecter le résultat de la réhabilitation de manière significative
- Etc.



Stratégies de lutttes : déstigmatisation

Faciles : commencer par soi même !

- Institutions propres et accueillantes, soignants respectueux, abandon du tutoiement, de l'étiquetage
- Minimiser les effets secondaires des médicaments
- Donner des informations
- Aider usagers et familles à vivre la maladie
- Aider usagers et familles à reconnaître les pratiques discriminatoires
- « Pas de demande », mais des besoins : responsabilisation / obligation de soins



Stratégies de lutttes : déstigmatisation

Plus difficile :

- Promouvoir des actions légales et sociales : rôle des associations (WAPR, etc.), représentants des usagers et des patients : **politique** !
- Glissement des soins dans la communauté : accès facile aux soins, permanence, flexibilité, **mobilité**
- Lieux protégés, alliance thérapeutique, aidants, etc.

⇒ Facilitateurs de l'adhésion aux soins



Stratégies de luttes : déstigmatisation

- **Incertains** : faire évoluer les attitudes du public
 - Campagnes de protestation : ↘ image négative, ↗ image positive ? (BASTA, Munich)
 - Actions de sensibilisation : ↗ informations, ↗ connaissance : Sida, alcool, tabac. Stratégie de communication, marketing social
 - Campagnes Mass média : trop généralistes ? **Peuvent renforcer les préjugés ?**
 - Témoignages : encouragement et dramatisation, campagne de solidarité, de pédagogie
 - Médias du spectacle (Rain Man 1988, Un homme d'exception 2002)

- Le message est à la fois technique et humaniste mais des exemples contre productifs : médicalisation = échec

- Appuyer sur la compassion plus que sur la connaissance



Exemples internationaux de lutte contre la stigmatisation

- OMS, 2000 « Non à l'exclusion, Oui aux soins »
 - OMS, 2005 « Relever les défis, trouver des solutions »
 - WPA, 1996-2004 « Open the doors »
 - En France : SISM (Semaine d'information sur la santé mentale), depuis vingt ans... « Accepter les différences, ça va aussi pour les troubles psychiques » 2005-2007 ; Psycom 75, etc.
- ⇒ **Développer en alliance avec toutes les parties concernées, sous forme de recherche-action, pas d'*a priori* théorique**



Déstigmatisation : conclusions provisoires

- Eduquer les professionnels, surtout ceux qui sont en première ligne : médecins généralistes, travailleurs sociaux, infirmiers, etc.
- Privilégier le partenariat et l'alliance thérapeutique
- Il faudra **du temps** pour changer les préjugés...
(plusieurs générations ?)
- Il faut un **engagement fort** des décideurs politiques :
Lois, budgets...



Conclusion

- Une définition : clarifier le concept
- Expériences variées, un état d'esprit \neq standardisation
- Une autre façon de faire, une autre mentalité
- Des outils, une organisation variables selon :
 - La culture
 - Les moyens
 - Les besoins...