



REHABILITATION PSYCHOSOCIALE

LE MALADE EN PSYCHIATRIE: La motivation et la prise en charge globale

Docteur C.ROUSSEL
2 décembre 2011

REHABILITATION PSYCHOSOCIALE

PLAN

- Le point sur la pathologie psychiatrique :
exemple de la schizophrénie
les raisons de la non observance
- La question de l'insight en psychiatrie
- Le travail motivationnel
- Le travail de réhabilitation psychosociale :
la notion de travail intégratif
la place de la psychoéducation

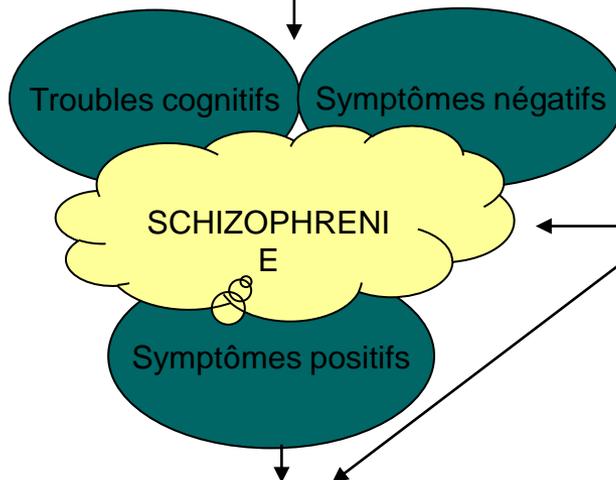
LE MODELE STRESS-VULNERABILITE

Vulnérabilité neuro-psychologique

- Erreur génétique
- Anomalies du cerveau
- Anomalies temporeles
- Anomalies limbiques (hippocampe)
- Hypofrontalité
- Dysfonction des neurotransmetteurs
Dopamide, sérotonine, glutamate

Stresseurs socio-environnementaux

- Complications obstétricales
- Drogues et alcool
- Émotions exprimées (ÉE)
- Événements de la vie quotidienne
- Pressions de performance (travail, études)
- Insuffisance du soutien social



Symptômes résiduels

- Détérioration du fonctionnement
- Handicap, Invalidité
- Stigmatisation, découragement

Traitements (Facteurs de protection)

- Antipsychotiques
- Psychoéducation (patient et famille)
- Psychothérapie cognitive
- Entraînement aux habiletés sociales et de communication (*coping*)
- Programme de réadaptation individualisé
- Soutien social continu

LES SIGNES CLINIQUES

- **La symptomatologie positive**

Hallucinations, interprétation, intuition, imagination ou fabulation

- **La symptomatologie négative**

Émoussement affectif, anhédonie, avolition, retrait social, alogie (pauvreté du discours)

- **Les symptômes de désorganisation**

Trouble du cours de la pensée, trouble du contenu de la pensée, trouble du langage

- **La dimension cognitive**

Symptômes cognitifs (attention/mémoire/fonctions exécutives)

Défaut de cognition sociale (théorie de l'esprit, habiletés relationnelles)

EVOLUTION ET PRONOSTIC

- **Pas de profil type**
- **3 phases**
 - Phase initiale avant 30 ans : entrée dans la maladie
 - Phase de détérioration dans les 10 ans qui suivent
 - Phase de plateau avec stabilisation/rechutes
- **Facteurs de risque de rechute:**
 - Arrêt du ttt ou mauvaise observance
 - stress

LES FACTEURS DE PROTECTION

○ Les traitements médicamenteux:

un traitement mieux pris :

- diminution des rechutes
- augmentation des rémission
- diminution des TS
- augmentation de la qualité de vie

Obtention d'un bon niveau d'observance

Les facteurs influençant ce niveau d'observance :

- le niveau **d'insight**
- l'alliance thérapeutique

LES FACTEURS DE PROTECTION

Beaucoup d'études se basant sur des données subjectives concernant l'adhésion et non sur des données objectives

= rôle de la perception externe

- Adhésion vue comme liée à la **relation de confiance** établie entre soignant-soigné uniquement
- 2/3 des familles pensent que le **traitement est un fardeau** pour le patient et qu'il joue un rôle uniquement sur l'amélioration du comportement et non sur la prévention des rechutes

LES FACTEURS DE PROTECTION

- **Les autres stratégie thérapeutiques:**
 - Prise en charge psychothérapeutique
 - Réhabilitation psychosociale
 - Remédiation cognitive

LA NOTION D'INSIGHT

- Perception et conscience de son propre trouble
- Différent de la conception psychanalytique
 - (connaissance de son propre inconscient)
- « awareness »

Reconnaissance des signes et symptômes de la maladie (Amador, 1993)
différent de « l'attribution »

LA NOTION D'INSIGHT

- Insight= conscience du trouble
- Plusieurs dimensions:
 - Conscience d'être malade
 - Conscience des signes et symptômes
 - Conscience de la nécessité du ttt
 - Compréhension des conséquences psycho-sociales
 - Attribution causale

INSIGHT ET SCHIZOPHRENIE

- Insight altéré dans 60% des cas
- Lien fort avec symptômes positifs et négatifs
- Relation forte entre niveau d'insight , dépression et observance (double lien)

INSIGHT ET SCHIZOPHENIE

L'insight comme facteur pronostic (Drake 2007)

- meilleure adaptation en post hospitalier
- Plus de progrès psychosociaux
- Meilleur fonctionnement global
- Meilleur devenir social et professionnel
- Moins de réhospitalisations
- Plus de chances de vivre de façon indépendante



INSIGHT ET SCHIZOPHRENIE

Hypothèses étiologiques du mauvais insight:

Nier son trouble psychique est une réaction fréquente et normale mais ce n'est pas une caractéristique de la maladie mais :

INSIGHT ET SCHIZOPHRENIE

Le défaut d'Insight (60% des malades)

- Mécanisme défensif : éviter de penser à ce qui est inquiétant
- Raisonnement inadapté : déduction trop rapide aboutissant à des conclusions erronées sur ce qui leur arrive
- Déficit de perception des événements :
dysfonctionnement frontal / anosognosie (H0 la + fréquente)

INSIGHT ET SCHIZOPHRENIE

Le défaut d'Insight

En rapport avec un déficit cognitif touchant le lobe préfrontal :

un défaut d'attention et de mémorisation ne facilitent pas l'encodage d'éléments de vie cohérents qui participent à la définition du « soi »

➡ 1 mauvais fonctionnement du cortex préfrontal donne une représentation inadaptée de « soi »

INSIGHT ET SCHIZOPHRENIE

- L'observance : adéquation entre comportement du patient et recommandations du médecin concernant un programme thérapeutique
- 25 à 80% des schizophrènes sont observant
- Insight directement corrélé à l'observance: un facteur de risque indépendant

INSIGHT ET SCHIZOPHRENIE

- Le défaut d'insight est la 1ère cause ne non observance devant:
 - La stigmatisation
 - Les effets secondaires
 - La mauvaise compréhension des raisons de la prise
 - Le défaut de support social
 - La comorbidité addictive
 - La dépression



LA PSYCHO- EDUCATION

- Définition :
éducation d'une personne atteinte d'un trouble mental dans des domaines qui vont servir les objectifs de son traitement et de sa réhabilitation psycho-sociale

LA PSYCHO-EDUCATION

- Processus progressif
- Par le biais d'un apprentissage
- Entraîne des modification de comportement et attitude / maladie
- Buts :
 - Mieux faire face aux difficultés liées à la maladie
 - Favoriser l'observance et l'adhésion aux soins



LES ENTRETIENS MOTIVATIONNELS

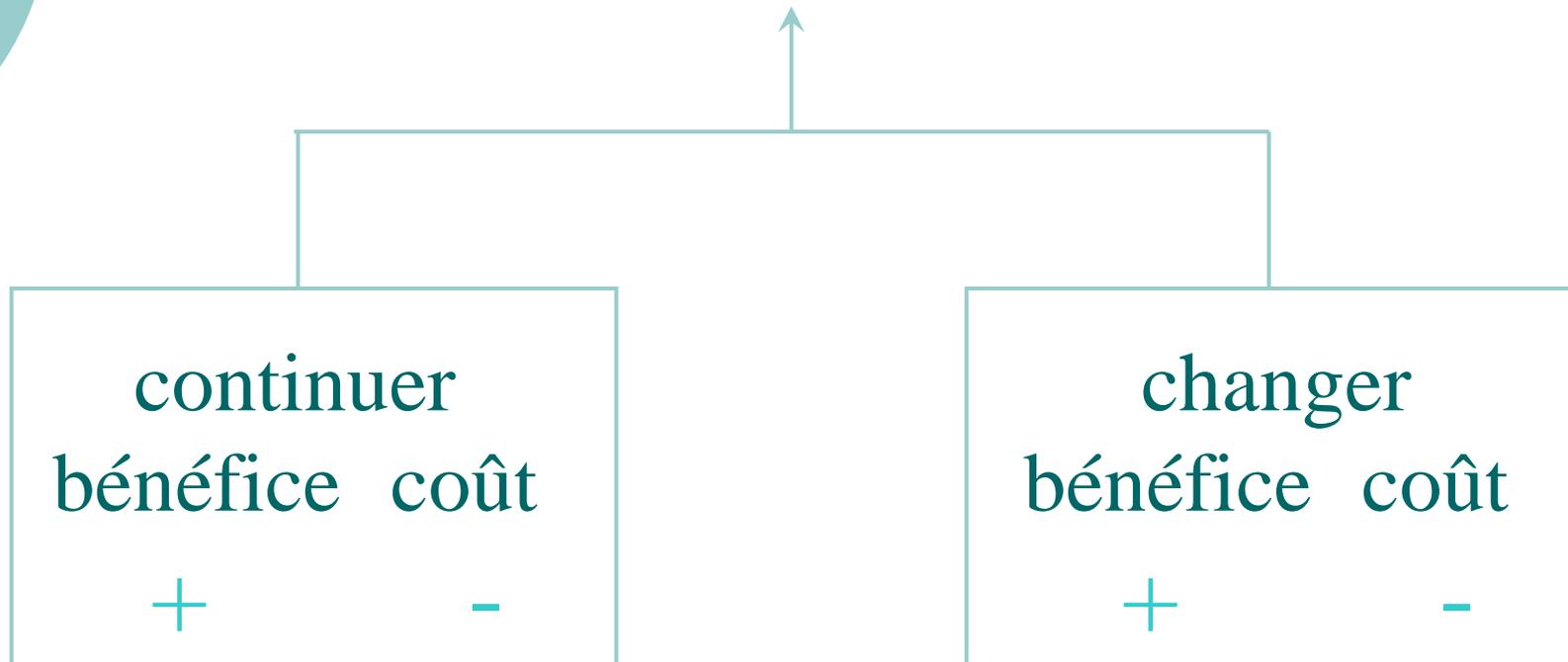
Thérapie directive centrée sur le patient, visant à augmenter la motivation intrinsèque par l'exploration et la résolution de l'ambivalence

INTERVENTIONS MOTIVATIONNELLES

Les objectifs

- prise de conscience du problème
- exploration de l'ambivalence
- levée des obstacles
- décision de changements
- choix des moyens pour y parvenir

AMBIVALENCE: balance décisionnelle



INTERVENTIONS MOTIVATIONNELLES

- 60% des patients pensent ne pas être malade : nécessité de créer une motivation pour la participation au suivi thérapeutique
- Techniques d'augmentation de la motivation :
 - Standardisées
 - Nécessitant un apprentissage

INTERVENTIONS MOTIVATIONNELLES

- Principes:
 - **Écoute réflexive** : dire en retour ce qu'on a entendu sans commentaires, ni jugement, ni conseil car
 - On n'écoute que les conseils que l'on sollicite
 - On ne sollicite un conseil que si l'autre est considéré comme un allier
 - **Manifester son empathie**
 - **Développement d'une alliance** pour l'amener à solliciter un conseils

INTERVENTIONS MOTIVATIONNELLES

Les principes

- manifester de l'empathie
- mettre le doigt sur les contradictions
- éviter l'affrontement
- ne pas forcer la résistance
- renforcer le sentiment d'efficacité personnelle
- renforcer le sentiment de liberté de choix

INTERVENTIONS MOTIVATIONNELLES

- **Modèle E.M.E.N.C.E.D**
 - **E**coute réflexive
 - **M**anifester son empathie
 - **N**e jamais donner de conseil non sollicité
 - **C**onsidération : respect du point de vu de l'autre
 - **E**rreur : dire explicitement que l'on peut soi même se tromper pour qu'il accepte de faire de même
 - **D**iplomatie : dire qu'on est en désaccord mais que ce n'est pas grave (on peut avoir des divergences et se respecter)

LES PIEGES

- le piège des questions-réponses
- le piège de la confrontation
- le piège de l'expert
- le piège de l'étiquette diagnostique
- le piège de la focalisation d'emblée sur le problème
- le piège du jugement



INTERVENTIONS MOTIVATIONNELLES

Les stratégies principales

- questions ouvertes
- écoute en écho
- inciter les déclarations motivationnelles
- résumer

MODELE TRANSTHEORIQUE DE CHANGEMENT

- **indétermination** : *y aurait-il un problème?*
- **intention** : *j'ai un problème ; il faudrait faire quelque chose.*
- **préparation** : *je vais faire quelque chose demain.*
- **action** : *assez parlé, agissons!*
- **consolidation** : *tenir bon, rester vigilant!*
- **rechute** : *que m'enseigne-t-elle?*

HANDICAP PSYCHIQUE

Le handicap psychique a été défini récemment (2000) en France
Les incapacités reconnues touchent le domaine **cognitif** et concernent les **habiletés psychosociales** :

- le handicap comportemental se traduit par
 - **des difficultés à acquérir ou à exprimer des habiletés psychosociales**, avec des déficits d'attention et des difficultés à élaborer et suivre un plan d'action.
 - **une alternance d'états psychiques calmes ou tendus** empêchant la grande majorité des personnes d'assumer une activité professionnelle le classique mais qui n'exclut pas une vie en milieu ordinaire pourvu qu'un accompagnement soit institué.

Ces Personnes Handicapées Psychiques, plus que d'autres, ont besoin de soins soutenus dans le temps, de nature sociale autant que sanitaire, pour pouvoir trouver leur place dans la société actuelle.

HANDICAP PSYCHIQUE

- Objectifs actuels de soins en santé mentale
 - Précocité d'intervention
 - Obtention d'une rémission
 - Prévention des rechutes
 - Maintien au domicile
 - Insertion sociale et/ou professionnelle
 - destigmatisation

HANDICAP PSYCHIQUE

- Coûts actuels de la schizophrénie

Coûts sociaux >
= 1/3 des fonds
totaux

coûts médicaux
2 %
des coûts totaux

HANDICAP PSYCHIQUE

○ UN PROCESSUS

- identifier la pathologie
- préparer la sortie
- aider à la réinsertion sociale
 - à la réinsertion professionnelle
 - à la création de liens sociaux

SOINS - READAPTATION - REHABILITATION - ACCOMPAGNEMENT

LA REHABILITATION PSYCHOSOCIALE

- **Définition (selon l'OMS)**

= toutes les actions développées pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet malade et atténuer les difficultés résultantes des conduites déficitaires

- **Objectifs**

améliorer le fonctionnement de la personne pour qu'elle puisse avoir du succès et de la satisfaction dans le milieu de son choix avec le moins d'interventions professionnelles possibles

LA REHABILITATION PSYCHOSOCIALE

- **Principes clés**

- Une prise en charge globale
- L'implication personnelle des patients et de leur famille
- La coordination de tous les acteurs et organismes pouvant répondre aux besoins des personnes handicapées psychiques
= sanitaire – médicosocial – social

LES OBJECTIFS DE LA REHABILITATION

- **Un espace intermédiaire entre le champ thérapeutique et le champ social**
 - Réduction des symptômes / des effets secondaires
 - Amélioration des compétences sociales
 - Soutien aux familles
 - Renforcement du pouvoir des usagers
 - Réduction de la stigmatisation et de la discrimination
- **Le sujet comme partenaire actif**
- **Une évaluation des besoins et des objectifs**

UNE PRISE EN CHARGE INTEGREE

- La prise en charge idéale
 - = adaptée:
 - Aux capacités de la personne
 - À ses déficits
 - Aux caractéristiques symptomatiques
 - À l'environnement propre

UNE PRISE EN CHARGE INTEGREE

- C'est une prise en charge pluridisciplinaire avec des actions:
 - Orientées directement vers le patient
 - Orientées vers la famille
 - Sur l'environnement social
 - Aide au logement
 - Aides financières
 - Emplois adaptés
 - SAVS.....

UNE PRISE EN CHARGE INTEGREE

- Adhésions aux « traitements »:
 - Psycho-éducation
 - Entretiens motivationnels
- Réduction des déficits cognitifs
 - Remédiation cognitive
 - compensation
- Réduction des biais cognitifs
 - TCC
 - métacognition

UNE PRISE EN CHARGE INTEGREE

- Gestion des émotions
 - TCC
 - Estime de soi
 - Gestion du stress
 - Théorie de l'esprit (lecture des intentions et émotions d'autrui)
- Amélioration du fonctionnement social
= réhabilitation par des actions sur:
 - Communication
 - Tâches quotidiennes
 - Planification/résolution de problèmes



UNE PRISE EN CHARGE INTEGREE

- Réadaptation au travail

- Réentraînement aux rythme
- Lien avec les ESAT.....

- Soutien aux proches

- éducation- thérapeutique
- militantisme



LE CENTRE DE REHABILITATION PSYCHOSOCIALE

- Mise en place d'une évaluation
- Élaboration du projet de soin avec la personne en s'appuyant sur l'évaluation
- Organisation des programmes pour répondre au projet personnalisé

LE CENTRE DE REHABILITATION PSYCHOSOCIALE

- Objectif :
 - Cibler l'ensemble des problématique
 - Prise en charge intégrée
- Rôle de l'action combinée des interventions  -travail de réhab
 - rémission fonctionnelle
 - rétablissement



L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

Elle se situe donc à plusieurs niveaux:

- en direction des patients
- Au niveau des intervenants

L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

En direction des patients:

- en début de prise en charge = faciliter la prise de conscience et « l'accès » aux différentes techniques de réhab
- En parallèle des autres actions = donner un sens à la PEC en aidant la personne à s'approprier ses soins

L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

Du côté des intervenants:

comme guide pour les actions des différents acteurs

- auprès du patient
- auprès des familles
- auprès des différents acteurs de la prise en charge (partenaires du sanitaire, du médico-social et du social)



L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

Un fil conducteur au long du parcours de réhabilitation vers le rétablissement et la reprise du pouvoir d'agir et de décider par soi-même de ses buts et objectifs

pour la personne

mais aussi pour les aidants