

Rétablissement et réhabilitation psychosociale

Laure Hamon-Delbar, psychologue clinicienne

Introduction

- Notion de rétablissement en lien avec des études sur la schizophrénie
 - Etudes montrant certaines évolutions positives possibles de la maladie à long terme
- ≠ Avant, vision pessimiste de l'évolution de la maladie et pronostic sombre de dégradation des fonctions psychiques
- Déterminants favorisant cette évolution positive ?

3 niveaux dans le rétablissement

- Le rétablissement clinique : absence de symptôme
- Le rétablissement fonctionnel
- Le rétablissement personnel

Critères du rétablissement clinique et fonctionnel

- Absence de symptômes durant les 2 dernières années
- Travailler au moins à mi-temps durant les 2 dernières années
- Vivre de façon indépendante
- Être capable de gérer son argent, ses courses, la préparation des repas, son hygiène personnelle
- Avoir des interactions régulières avec des amis des connaissances ou son conjoint (en dehors de la famille d'origine)

Facteurs favorisant le rétablissement

- Peu de stress au niveau de la communication au sein de la famille + soutien élevé des membres de l'entourage
- Accès rapide à un traitement dès l'apparition des 1ers symptômes psychotiques
- Réponse favorable à la 1ère prescription de neuroleptiques
- Prise de médicaments + adhésion aux recommandations thérapeutiques + relations positives et aidantes avec les professionnels de santé
- Bonnes habiletés interpersonnelles
- Accès à des soins continus comme le traitement médicamenteux, la thérapie psychologique, l'entraînement des habiletés sociales, la psychoéducation familiale, la réhabilitation professionnelle et groupes de soutien
- Bon fonctionnement dans les domaines des relations sociales, de la formation et du travail avant de développer la maladie
- Bon fonctionnement cognitif (attention, concentration, mémoire et capacité de résolution de problèmes)

Le rétablissement personnel (Recovery)

- N'implique pas un retour à l'état antérieur à la maladie
 - **Processus personnel et subjectif**
 - **Processus dynamique et évolutif** : processus au long cours qui comportent différentes étapes ou marches : Modèle en 5 étapes (Andresen) :
 1. **Moratoire** : espoir faible, sens de soi altéré
 2. **Conscience** : Acceptation de la maladie + différence entre le soi/maladie, espoir d'une amélioration
 3. **Préparation** : croyance que l'amélioration est possible et mobilisation des ressources
 4. **Reconstruction** : mise en œuvre d'action visant à améliorer son état; découverte de nouvelles dimensions de soi
 5. **Croissance** : nouvelle définition de soi et nouvelle forme de bien-être
- = Démarche personnelle et non pas uniquement une affaire de soins + démarche active et non passive vis-à-vis du soin.
- = Passer de l'état de malade à celui d'utilisateur

Caractéristiques du rétablissement

- **Etape initiale : Acceptation de la maladie** : aptitude du sujet à reconnaître un nouveau challenge à relever, avec ses limitations mais aussi des possibilités nouvelles
- **S'appuyer sur ses valeurs personnelles** : dimensions très diverses d'une personne à l'autre : ex. : la famille, le travail, le sens de la vie, la créativité...
- **Dépasser la stigmatisation** : problème de l'internalisation de la stigmatisation sociale et perte de son identité propre au profit de l'identité de malade → perte d'espoir, faible estime de soi, symptômes dépressifs
- **Retrouver et maintenir un niveau d'espoir** : « anticiper un état de bien-être » comportant 3 phases : définir un but, identifier les moyens pour y parvenir et croire en ses capacités pour y arriver
- **Reprendre le contrôle de sa propre vie et de ses responsabilités : empowerment** = autodétermination. Être impliqué dans les soins et différents aspects du quotidien → sentiment de maîtrise de son environnement
- **Préserver son identité** : se dégager de l'identité de « malade »

Favoriser le rétablissement

Les soins de réhabilitation

Qu'est-ce que la réhabilitation psychosociale ?

- Développée aux USA après la 2ème Guerre Mondiale : alternative sociale au modèle médical dominant dans le traitement des patients psychiatriques
- Processus dans lequel **le handicap, le soin et le social interagissent**
- 2 postulats guidant la pratique (Cnaan) :
 1. Chaque individu possède une motivation à développer maîtrise et compétence dans des domaines de la vie qui vont lui permettre de se sentir indépendant et confiant en lui-même
 2. De nouveaux comportements peuvent être appris et les individus sont capables d'y avoir recours et de les adapter pour répondre à leurs besoins de base.

La réhabilitation d'apprentissage

Evaluation combinée

- **Les aspects symptomatologiques**
 - **Les aspects neurocognitifs** (nouvelle dimension diagnostique) : attention, mémoire, fonctions exécutives (tests neuropsychologiques).
 - **Les aspects fonctionnels** : le domaine des **habiletés sociales, l'autonomie**
- = Lien entre les **2 dimensions neurocognitives et fonctionnelles** (Green, 2004)
- **constitution du handicap psychique**

Thérapeutiques combinées

A côté des nouvelles thérapeutiques médicamenteuses :

- **Programmes psychoéducatifs** pour l'utilisateur et de sa famille
- **Thérapie cognitivo-comportementales et remédiation neurocognitive** : Comment imaginer pouvoir améliorer le lien social si le matériel mental indispensable aux échanges entre le sujet et son environnement est défaillant ? (« réparation » des fonctions)
- **Entraînement aux habiletés sociales et techniques**: affirmation de soi et résolution de problèmes interpersonnels, domestiques...

Les outils de la réhabilitation

- 1) **Les programmes psychoéducatifs en direction de l'utilisateur et de sa famille :**
 - **IPT de Brenner**
 - **PACT 1, 2, 3**
 - **Prospect Familles, Pro famille**
 - **ETP**
- 2) **Remédiation neurocognitive :**
 - **TOMREMEDIATION** : réentraînement de la Théorie de l'Esprit
 - **RECOS, REHACOM** : programme informatisé et progressifs avec différentes étapes
 - **SCIT 2** : cognition sociale

3) Entraînement aux habiletés sociales et techniques:

- **Jeu Compétence** : entraîner les habiletés sociales (réceptives /décisionnelles /émettrices).
- **Programme d’Affirmation de Soi** : entraînement à la conversation, comment faire une demande/refus, faire/recevoir une critique, faire/recevoir un compliment à travers des jeux de rôles

4)Entraînement à la relaxation et gestion du stress

5)Thérapie cognitivo-comportementale

- **Mickaël’s Game** : réentraînement au raisonnement par hypothèse. Initiation à la thérapie cognitive. Travail sur la flexibilité mentale
- **Accept Voices** : programme d’apprentissage de gestion des voix

Ce que montrent les études...

...En ce qui concerne la prévention et l'aggravation des symptômes psychotiques :

Prise en charge médicamenteuse

+ Travail sur les habiletés sociales (EHS)

+ Soutien ^{6w6ng5kifupb4b8}social et familial

+ Programmes de psychoéducation et de remédiation cognitive, de gestion du stress...

= Facteurs de protection pour éviter une rechute de la maladie [4,5,6].

Taux de rechute, à 2 ans :

- en cas d'arrêt du traitement : 80%,
- en cas de maintien du traitement : 40%,
- si maintien du traitement et prise en charge intégrée (TCC, remédiation cognitive + réhabilitation + psychoéducation des familles) : 20%.

Ces chiffres indiquent que même avec une prise en charge optimale, 2 patients sur 3 auront fait au moins une rechute dans les 10 ans (certains en faisant plus). Hogarty, un des psychiatres pionnier dans la prise en charge des familles et dans les thérapies des patients souffrant de schizophrénie constatait dans une de ses études que dans le petit groupe de patients dont la famille avait été prise en charge, l'évolution globale était meilleure et qu'il y avait eu moins de rechutes. Cependant, 7 ans après, tous les malades avaient rechuté au moins une fois.

La schizophrénie évolue souvent par épisodes, comme l'asthme.