Séminaire de formation
La Réhabilitation Psychiatrique en 9 leçons
Année académique 2021-2022

3ème leçon
La Psychoéducation et le programme Gestion de la Maladie et Rétablissement

Guy M. Deleu, Socrate-Réhabilitation

Charleroi, 7 décembre 2021

3ème leçon, Plan

- Introduction
  - Les approches thérapeutiques dans les maladies mentales sévères
- 1ère partie
  - Psychoéducation, de quoi parle-t-on?
  - Thèmes de la Psychoéducation
    - Modèle vulnérabilité-stress
    - Adhésion à la pharmacothérapie
- 2ème partie
  - Thèmes de la Psychoéducation
    - Perception, acceptation et reconnaissance de la maladie
    - Signes d'alarme de rechute et plan d'urgence
    - Symptômes persistants
- 3ème partie
  - Thèmes de la Psychoéducation
    - Abus de substances
  - Les déficits cognitifs et la Remédiation Cognitive
  - Les TCC et les maladies mentales sévères
- 4ème partie :
  - Le programme Gestion de la Maladie et Rétablissement
- Conclusion

Deux personnes-ressource

Jérôme Favrod

Les TCC dans la schizophrénie

https://youtu.be/0qxid6GZ2wI

Nicolas Franck

La Remédiation Cognitive

Les approches thérapeutiques des maladies mentales sévères

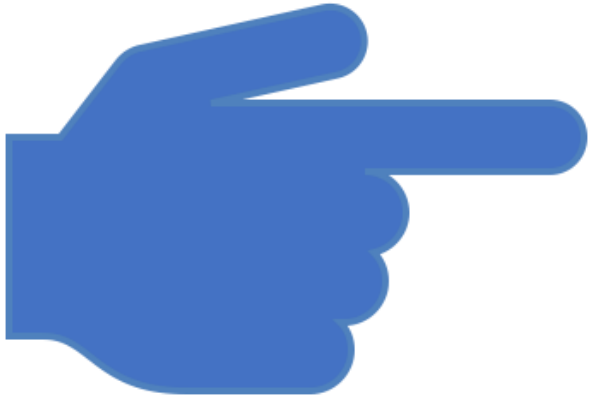
Approches médicamenteuses

- Antipsychotiques
- Antidépresseurs
- Thymo-stabilisateurs

Approches non-médicamenteuses

- **Psychoéducation**
- Réhabilitation Psychiatrique
- Thérapies Cognitivo-comportementales
- Remédiation cognitive

Sondage 1



1ÈRE PARTIE

Psychoéducation

Modèle Vulnérabilité-Stress

Adhésion aux traitements médicamenteux

PSYCHOÉDUCATION

De quoi parle-t-on?

L'éducation thérapeutique en médecine

- L'éducation thérapeutique en médecine est une démarche permanente, intégrée dans les soins. Elle implique des interventions de sensibilisation, d'information, de soutien psychologique et d'apprentissage de l'autogestion concernant la maladie, le traitement, les soins, l'utilisation des services de santé et les comportements propices à la santé. (Lacroix et Assal, 2011)

L'éducation thérapeutique en médecine

- L'éducation thérapeutique en médecine repose sur des modèles issus entre autres de la psychologie sociale.
- Exemple: le modèle psychosocial de Glanz et de ses collaborateurs invite à prendre en considération trois catégories de facteurs dans une démarche d'éducation du patient (Glanz, K. & al. (2002). *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice*, San Francisco, Wiley & Sons)

L'éducation thérapeutique en médecine

Le modèle psychosocial de Glanz

- Facteurs qui prédisposent au changement de comportement:
  - Croyance en sa vulnérabilité potentielle à la maladie;
  - Croyance en la gravité des conséquences de l'apparition de la maladie;
  - Croyance en l'efficacité du comportement à adopter;
  - Croyance en sa capacité à pouvoir effectuer le comportement;
  - Croyance en l'opinion des personnes influentes et motivation à s'y conformer.

L'éducation thérapeutique en médecine

Le modèle psychosocial de Glanz

- Facteurs qui aident à l'émergence du comportement:
  - Habiletés de la personne;
  - Ressources dont elle dispose;
  - Modèles qu'elle peut observer.
- Facteurs qui renforcent le maintien du comportement:
  - Attitude de l'entourage;
  - Relation médecin-patient;
  - Autorenforcements (autoverbalisations)

La Psychoéducation, définition

- Il s'agit de l'éducation ou de la formation d'une personne souffrant d'un trouble psychiatrique dans des domaines qui servent des objectifs de traitement et de réhabilitation (*l'acceptation de la maladie par la personne, la coopération active au traitement et à la réhabilitation, l'acquisition d'habiletés compensant les déficiences liées au trouble psychiatrique*)

Goldman, 1988

Les trois dimensions de la psychoéducation

- Pédagogique: informations claires et complètes
- Psychologique: accompagnement (reconnaissance et acceptation)
- Comportementale: coping, stratégies d'adaptation

Les trois dimensions de la psychoéducation

- dimension pédagogique
- dimension psychologique
- dimension comportementale

« La psychoéducation est un processus qui , au delà de la simple éducation, vise à soutenir émotionnellement le patient et sa famille et à leur donner les moyens de gérer de la façon la plus autonome possible la maladie et ses conséquences personnelles et familiales » .

Deleu, 1999

Recommandation 23 du groupe Port (Lehman, 1998)

- « Les thérapies individuelles ou de groupes qui utilisent une combinaison bien définie d'approches comme le soutien, l'éducation et l'entraînement des habiletés cognitives et comportementales visant des déficits spécifiques devraient être offertes dans le temps pour améliorer le fonctionnement et d'autres problèmes ciblés comme l'observance médicamenteuse. »

Recommandation de *l'American Psychiatric Association* (2004)

- *L'American Psychiatric Association* en 2004 considère que la thérapie psychoéducative fait partie des interventions indispensables pour favoriser l'autonomisation (empowerment) des patients et de leur famille en leur permettant de comprendre l'importance de trois aspects essentiels du traitement optimal:
  - L'aspect « bio » : antipsychotiques dans la schizophrénie et les stabilisateurs de l'humeur dans les troubles affectifs;
  - L'aspect « psycho » : pour comprendre la maladie et accroître le répertoire de stratégies d'adaptation (coping);
  - L'aspect « social » : pour réduire les stress environnementaux et aménager des systèmes de soutien.

Pratiques basées sur les preuves

Pratiques basées sur les preuves : orienter les services de Santé Mentale vers le Rétablissement, Gary R. Bond, 2002

- Gestion de la maladie et Rétablissement
- Suivi Intensif dans la Communauté
- Psychoéducation Familiale
- Soutien en Emploi
- Co-morbidité: Traitement Intégré des troubles concomitants (troubles mentaux graves et toxicomanie)

EVIDENCE-BASED PRACTICES
Shaping Mental Health Services Toward Recovery

Programme GMR, les principes essentiels

Deuxième principe: L'éducation au sujet des maladies mentales et de leurs traitements est le fondement de la capacité à prendre des décisions éclairées

Les gens reprennent le pouvoir sur leur vie par les connaissances. Au mieux les bénéficiaires comprennent les notions de base à propos des maladies mentales, au mieux sont-ils équipés pour parler pour eux-mêmes et pour prendre un rôle actif dans leur traitement et leur rétablissement.

Schizophrénie et psychoéducation

- reconnaissance et acceptation de la maladie
- prévention des rechutes
  - Adhésion et observance du traitement médicamenteux
  - signes d'alarme de rechute, plan d'urgence
- vivre avec sa maladie
  - Vulnérabilité (réseau de soutien, faire face au stress)
  - déficits cognitifs
  - symptômes négatifs
  - symptômes persistants
  - alcool et drogues

Même démarche pour les troubles schizo-affectif et bipolaire, les dépressions majeures récurrentes

Matériel psycho-éducatif

- Des apports théoriques conformes aux connaissances actuelles sur les maladies mentales sévères;
- Un enseignement progressif, structuré et étalé dans le temps, dans un langage accessible aux patients;
- Des stratégies pédagogiques;
- Des stratégies motivationnelles;
- Des stratégies cognitivo-comportementales pour dépasser les déficits d'apprentissage.

Les thèmes de la Psychoéducation

- Modèle vulnérabilité-stress
- Adhésion à la pharmacothérapie
- Perception, acceptation et reconnaissance de la maladie
- Signes d'alarme de rechute et plan d'urgence
- Symptômes persistants
- Abus de substances

LE MODÈLE VULNÉRABILITÉ-STRESS

Psychoéducation et maladie mentale sévère

Modèle Vulnérabilité-Stress

- Le cadre conceptuel explicatif de l'origine et du développement des maladies mentales sévères
- L'approche bio-psycho-sociale des troubles mentaux

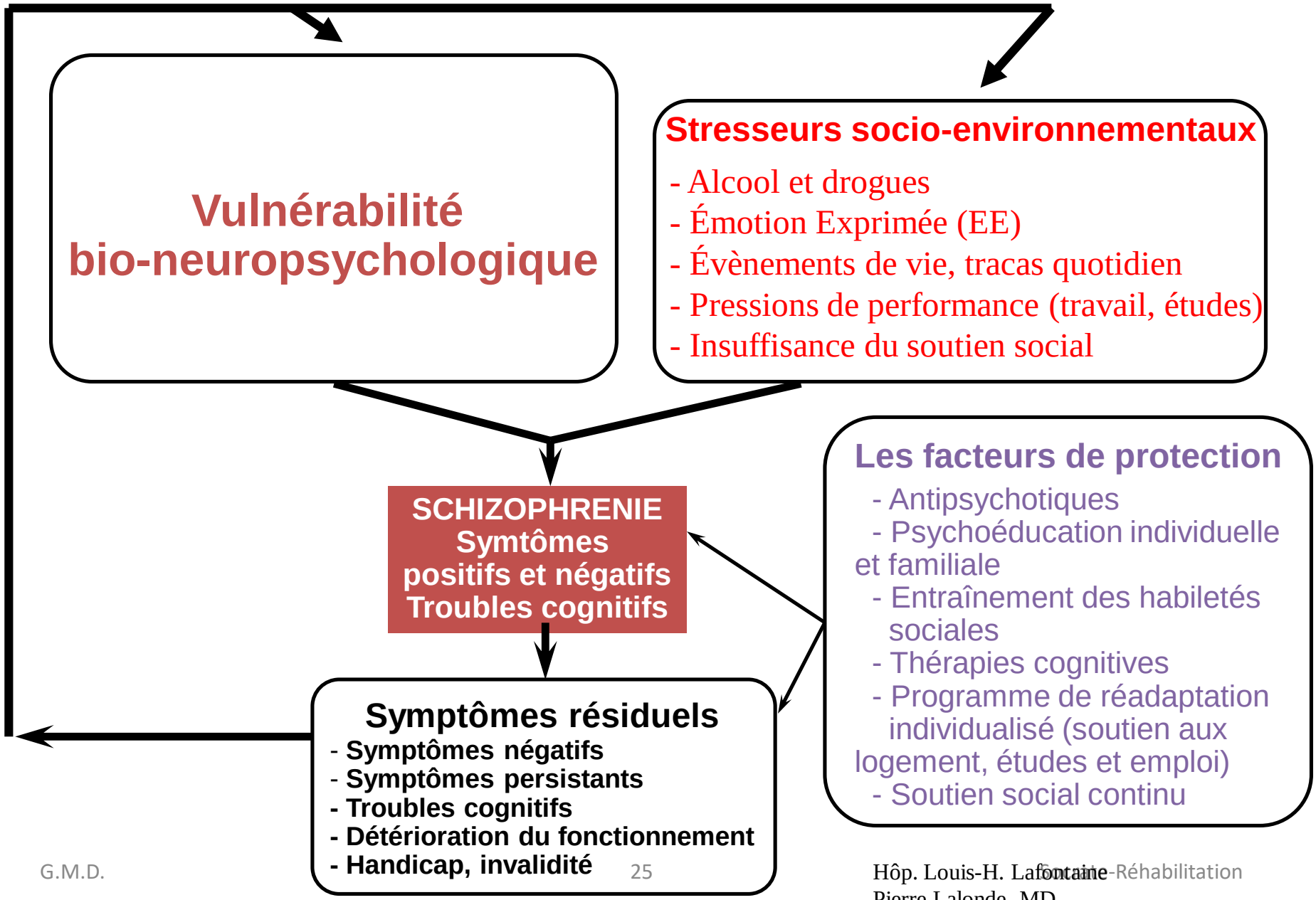
Modèle Vulnérabilité-Stress

- Un épisode d'une maladie mentale sévère comme la schizophrénie, le troubles schizo-affectif, le trouble bipolaire ou la dépression majeure met en jeu deux types de facteurs:
  - Une vulnérabilité psychobiologique
  - Les facteurs de stress

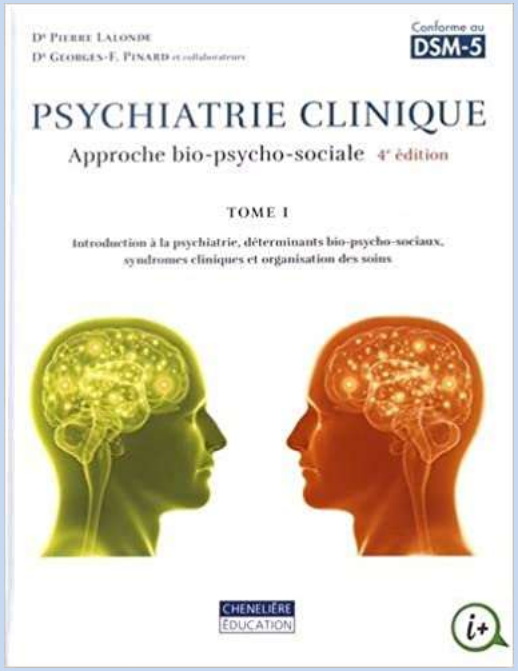
Modèle Vulnérabilité-Stress

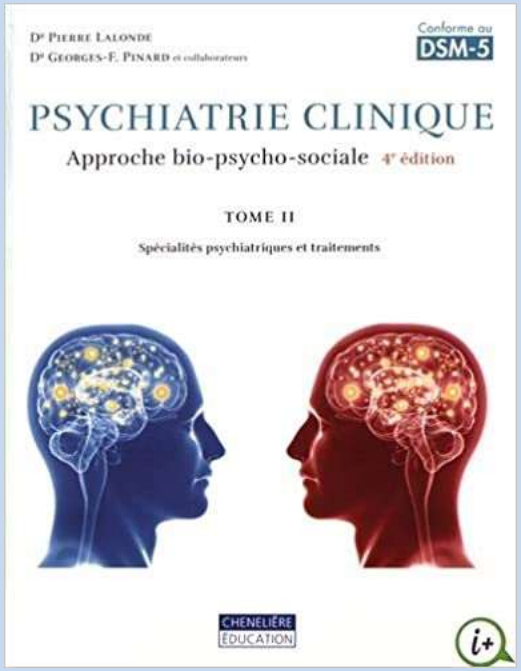
- Pour développer la maladie mentale, une personne doit avoir une prédisposition à cette maladie
- Une vulnérabilité psychobiologique
  - Éléments génétiques
  - Agents biochimiques
  - Phase précoce du développement biologique

Modèle vulnérabilité-stress de la schizophrénie

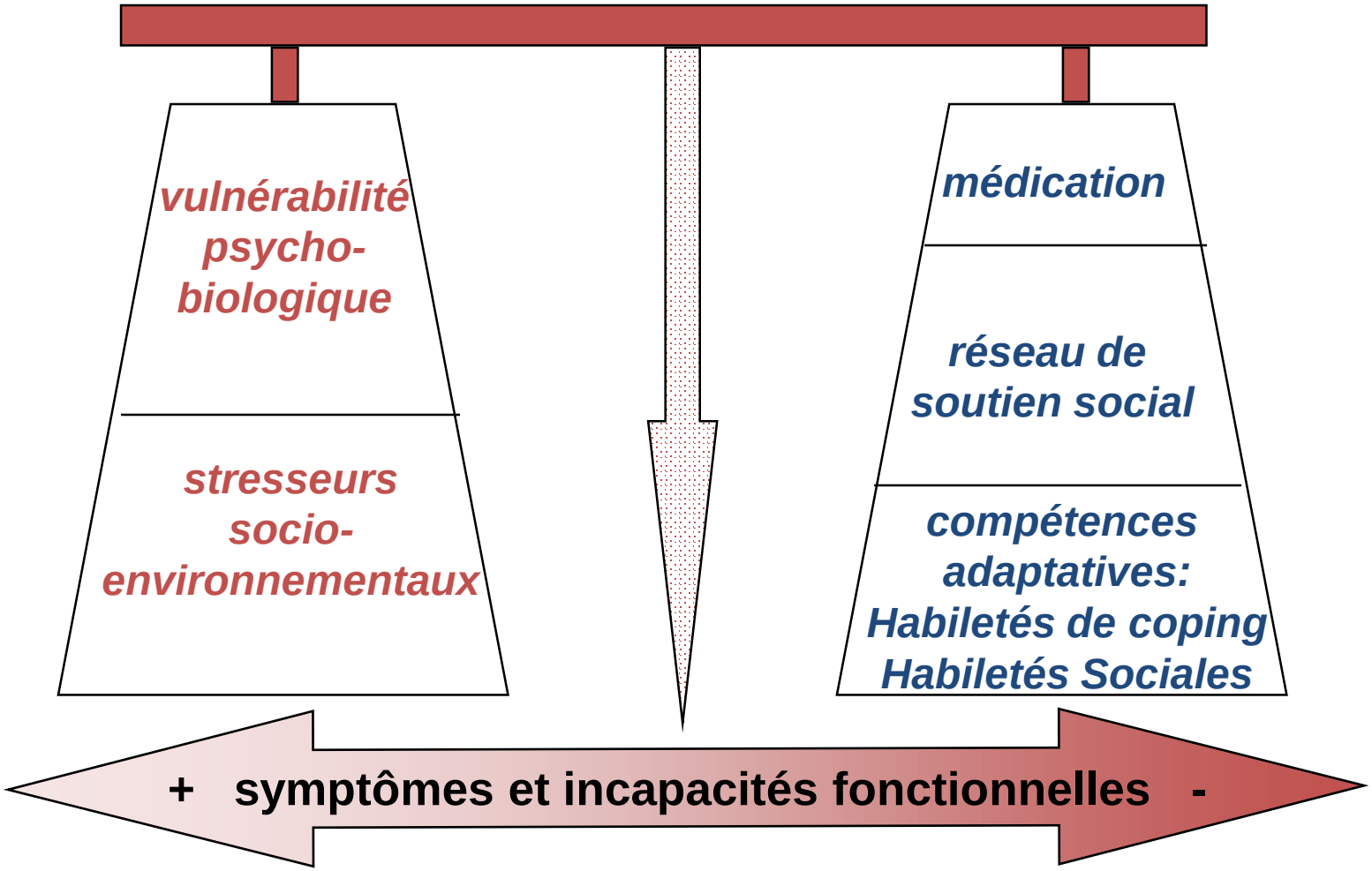


Psychiatrie Clinique





Modèle stress-vulnérabilité-compétences adaptatives



Modèle Vulnérabilité-Stress

- Programme Gestion de la Maladie et Rétablissement
  - Sujet 3, Vulnérabilité-Stress

Modèle Vulnérabilité-Stress

- Le stress
  - Les évènements de vie majeurs
    - Négatifs (une maladie mentale sévère, une hospitalisation psychiatrique, la perte de sa maison, une séparation, un divorce, se voir retirer la garde d'un enfant, être arrêté, incarcéré, perdre son travail)
    - Positifs (libéré de l'hôpital ou de prison, une nouvelle relation, un nouveau job, une augmentation de salaire, une promotion)
  - Les tracas quotidiens
    - Des échéances, des gens grossiers, oublier des choses importantes, le trafic, des enfants turbulents, les factures à payer, ne pas recevoir sa paie à temps, disputes à la maison…

(Programme GMR)

Modèle Vulnérabilité-Stress

Augmente la susceptibilité au stress

- Ne pas se sentir bien
- Être fatigué
- Avoir faim
- Environnement de vie bruyant
- Environnement de vie surpeuplé
- Isolement social
- Attitude négative ou pessimiste
- Manque de stimulation

Diminue la susceptibilité au stress

- Bonne santé
- Bien reposé
- Bonne alimentation
- Ressources financières adéquates
- Soutien social
- Occasion de se relaxer
- Exercice physique
- Attitude positive ou optimiste

(Programme GMR)

Modèle Vulnérabilité-Stress

- Stratégies
  - Agir sur la vulnérabilité biologique
    - Médication
    - Usage de drogue et d'alcool
  - Changer les risques d'être exposé au stress
    - Quelles habiletés, quels soutiens, quelles ressources auraient besoin la personne pour éviter que des événements de vie négatifs n'arrivent

(Programme GMR)

Modèle Vulnérabilité-Stress

- Stratégies
  - Affronter certains stress
    - Comment rendre le changement moins stressant
    - Diviser le changement en petites étapes mieux gérables
  - Aider à gérer les tracas quotidiens
    - Anticiper ces tracas, prendre des dispositions pour les éviter

(Programme GMR)

ADHÉSION À LA PHARMACOTHÉRAPIE

Psychoéducation et maladie mentale sévère

Exemple

- Situation de Gérard, trouble schizo-affectif, Références pages 8-10
- *Dans la schizophrénie, après une décompensation, sans traitement, le risque de rechute dans l'année est de 75%. Avec un traitement antipsychotique, selon les études, il serait de 25%. Or dans les faits, on constate que les rechutes surviennent dans 50 % des cas.*

Adhésion à la pharmacothérapie

- Le processus par lequel les patients s'engagent à suivre de bon gré les recommandations pour prendre leurs médicaments comme ils sont prescrits.
- Fidélité au traitement

Adhésion à la pharmacothérapie

- Il en ressort quatre concepts:
  1. L'initiation est le temps entre l'ordonnance et la première dose prise.
  2. L'observance est la proportion de doses prises correctement.
  3. L'interruption est le moment où la pharmacothérapie est arrêtée.
  4. La persistance est la durée entre la l'initiation et l'interruption.

Adhésion à la pharmacothérapie

- Au niveau initiation, les statistiques québécoises sur l'adhésion sont alarmantes (Tamblyn & al., 2014)
  - 31,3 % des patients ne se procurent jamais leur ordonnance peu importe l'indication.
  - 31,6 % se la procurent si l'indication est pour un problème de santé mentale.
  - 37 % se la procurent si l'indication est pour la dépression majeure

Adhésion à la pharmacothérapie

- Les patients qui prennent un traitement antidépresseur ont une persistance au traitement qui décroit avec le temps (Institut National, 2011)
  - 73 % le poursuive un mois
  - 59 % le poursuive trois mois
  - 33 % le poursuive un an
  - 22 % le poursuive deux ans

Adhésion à la pharmacothérapie

- Des statistiques finlandaises chez les personnes souffrant de schizophrénie (Tiihonen & al., 2011)
  - 58 % des patients se sont procuré leur première ordonnance (initiation).
  - 46 % de ceux-ci ont continué leur traitement plus de 30 jours (persistance).

Adhésion à la pharmacothérapie

- Quand à l'observance, les études se servant de fioles ou de piluliers munis d'un dispositif électronique d'enregistrement (Stip & al., 2013)
  - La moitié des patients souffrant de schizophrénie prennent moins de 70% de leurs médicaments.

Manque d'adhésion
données empiriques

- facteurs liés à la médication
- facteurs liés à la maladie
- facteurs liés au patient
- facteurs liés à l'environnement
- facteurs liés au thérapeute
- facteurs liés à la relation patient-thérapeute

Manque d'adhésion facteurs liés à la médication

- sensation subjective de bien-être ou sensation d'inconfort
- effets secondaires:
  - réaction « dysphorique » à une dose test, akathisie subclinique (Van Putten, 1974, 1881, 1984)
  - autres effets secondaires
- doses subthérapeutiques ou doses excessives
- complexité de la prescription

Manque d'adhésion
facteurs liés à la maladie

- sévérité des symptômes de la maladie
- grandiosité
- déficits cognitifs
- traitement à long terme
- les conséquences de l'arrêt du traitement ne se font pas ressentir directement

Manque d'adhésion facteurs liés au patient

- croyances concernant la maladie et les médicaments
- degré de conscience morbide (insight)
- difficultés à accepter la maladie et le rôle de patient
- oublis, négligence
- apprentissage d'un rôle de patient passif
- abus de substance (alcool, drogues)

Manque d'adhésion facteurs liés à l'environnement

- obstacles matériels (manque d'argent, absence de moyens de transport)
- soutien inadéquat, mauvaise supervision dans le milieu de vie
- Système de soins inadéquat
- attitudes de l'entourage vis-à-vis de la médication
- évènements ou situations stressantes

Manque d'adhésion facteurs liés au thérapeute

- absence de disponibilité, d'écoute, d'empathie
- l'importance qu'il accorde au traitement prophylactique

Manque d'adhésion : facteurs liés à la relation patient-thérapeute

- la qualité de l'alliance thérapeutique

Manque d'adhésion

- Devant un manque d'adhésion, faire une analyse fonctionnelle à partir des différents facteurs potentiels
- Déterminer le type d'obstacle
  - Manque de conscience
  - Manque de connaissance
  - Manque d'habileté/stratégie
  - Manque de motivation
  - Manque de soutien
- Définir une stratégie

Manque d'adhésion

- Le *Medication Interest Model* (MIM), (Shea, 2006)
  - Accueillir le patient avec bienveillance, s'intéresser à lui et à ce qui est important pour lui.
  - Faire émerger la souffrance ou les symptômes du patient pour identifier une cible du traitement commune, pour le patient et le médecin.
  - Intéresser le patient à essayer un médicament pour cette cible thérapeutique.
  - Faire un menu d'options des médicaments disponibles pour la cible du patient, qui choisira le traitement qui a du sens pour sa souffrance, et dont les avantages dépassent les inconvénients.
  - Aider le patient à persister dans son traitement

Bienveillance

Empathie

Techniques d'entretien motivationnel

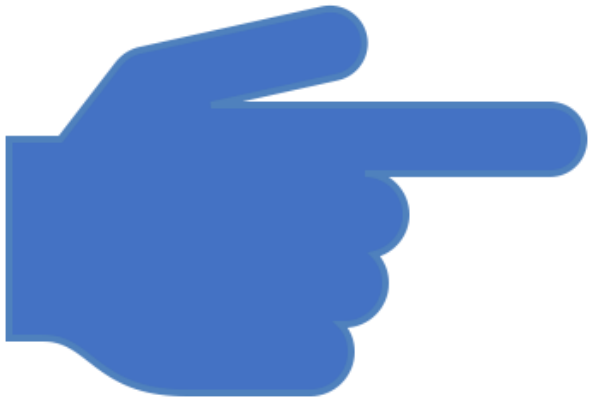
Choix

Espoir

Antipsychotiques à Action Prolongée

- La place des antipsychotiques à action prolongée évolue vers une utilisation plus systématique et en première intention, pour les patients nécessitant un traitement antipsychotique de maintenance dans une démarche de décision médicale partagée.
- Avantages des APAP par rapport aux formes orales
  - Réduction des doses
  - Meilleure protection contre les rechutes
  - Meilleure compliance
  - Moins d'effets secondaires
  - Réduction de la mortalité

Pause



2ÈME PARTIE

Reconnaissance de la maladie

Signes d'alarme et plan d'urgence

Les symptoms persistants

PERCEPTION, ACCEPTATION ET RECONNAISSANCE DE LA MALADIE

Psychoéducation et maladie mentale sévère

Exemple

- Situation de Claudio, schizophrénie, Références pages 3-7

Sondage 2

La psychoéducation

- Il ne s'agit pas simplement de donner des informations avec prudence et respect. Il s'agit aussi d'accompagner et de soutenir la personne sur le chemin difficile de la reconnaissance et de l'acceptation de la maladie et de soutenir l'espoir en lui donnant les moyens de gérer la maladie et ses conséquences de la façon la plus autonome possible.

Deleu, 2012

Perception de la maladie

- Distinction entre « illness » et « disease »
  - *Illness*: conception subjective et expérientielle qu'à le sujet de son malaise (point de vue de la personne)
  - *Disease*: conception objective et technique qui permet de dire qu'un malaise est dû à telle ou telle cause (point de vue de médecin)

Kleinmann dans Deleu 2002, 2016

Perception de la maladie

- Kleinmann recommande de s'enquérir des modèles explicatifs de la maladie qu'a élaborés le patient et les attentes que celui-ci entretient par rapport au traitement:
  - Comment définissez-vous votre problème? Quel nom lui donnez-vous?
  - Quelles sont les causes de votre problème, d'après vous?
  - Pour quelles raisons croyez-vous que votre problème a débuté à ce moment précis?
  - Comment se manifeste votre maladie? Quels malaises produit-elle en vous?
  - Croyez-vous que votre maladie va durer longtemps?
  - Quelle sorte de traitement croyez-vous devoir recevoir?
  - Quels sont les résultats les plus importants que vous attendez de ce traitement?

Kleinmann dans Deleu 2002, 2016

Reconnaissance de la maladie

Reconnaissance du phénomène, expérience subjective

→ Souffrance

«La télévision m'envoie des messages»
«ça parle dans ma tête»

Identification des symptômes

Délire ou «Télépathie»
Hallucinations ou «Voix»

Proposition d'un diagnostic

Schizophrénie ou «Psychose»

Proposition d'un traitement → Espoir

Conscience morbide (*insight*)

- La conscience morbide est la capacité de se reconnaître comme malade, de reconnaître les conséquences sociales de sa maladie et d'accepter d'avoir besoin de soins

Amador, 1993

Absence ou manque de conscience morbide

- Fréquence des patients ne percevant pas qu'ils étaient malades (*dans Amador, pg 31*)
  - 60 % dans la schizophrénie
  - 25 % dans le trouble schizo-affectif
  - 50 % dans la maniacodépression

Absence ou manque de conscience morbide

- Un manque de conscience morbide est associé à :
  - Plus de symptômes positifs et négatifs
  - Plus de rechutes et d'hospitalisations
  - Des scores au GAF plus faibles
  - Une qualité de vie et un fonctionnement social plus faible
- Une meilleure conscience morbide peut être associée à plus de symptômes dépressifs surtout chez les patients qui entretiennent des croyances stigmatisantes au sujet des maladies mentales.

Absence ou manque de conscience morbide

- Modèles explicatifs
  - Un symptôme de la maladie , *anosognosie*
  - Un mécanisme de défense psychologique, *déni*
  - Un mécanisme neuropsychologique
    - Déficits cognitifs
    - Déficits métacognitifs
    - Déficit en mémoire autobiographique

Conscience morbide

- Ce n'est pas une caractéristique de la maladie en tout ou rien mais un phénomène multidimensionnel, évolutif dans le temps, dépendant en partie de l'état clinique et cognitif du patient
- Cinq dimensions:
  - La conscience d'être malade
  - La conscience des différents symptômes comme pathologiques
  - La conscience de la nécessité d'un traitement
  - La conscience des conséquences de la maladie (en particulier psychosociales)
  - Les attributions causales

Supplément à Neurone 2007; Vol 12 (n°7), Schizophrénie, conscience morbide et antipsychotiques

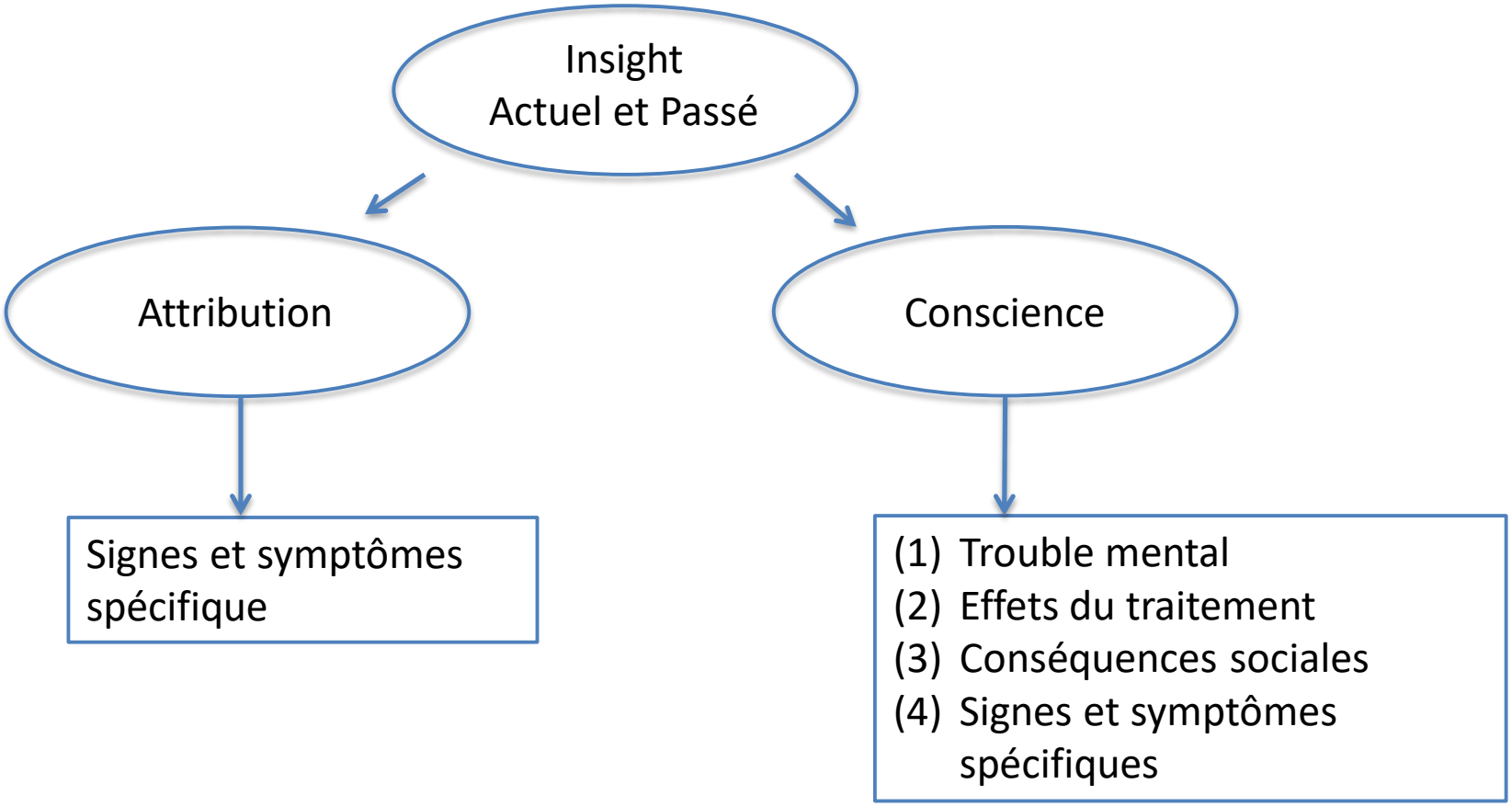
Evaluation de la conscience morbide (1)

- Reconnaissance par le patient des symptômes psychiatriques
- Capacité du patient à reconnaître et à décrire des facteurs précipitants possibles
- Perception qu'a le patient de souffrir d'une maladie
- Perception qu'a le patient de sa vulnérabilité aux rechutes

Evaluation de la conscience morbide (2)

- Perception qu'a le patient de sa capacité à influencer sa vulnérabilité aux rechutes
- Perception qu'a le patient du rôle de la médication dans le contrôle des symptômes ou la prévention des rechutes
- Perception qu'a le patient du rôle de la psychothérapie/counseling dans le contrôle des symptômes ou la prévention des rechutes

Le modèle clinique d'Amador et al. (1991, 1993)

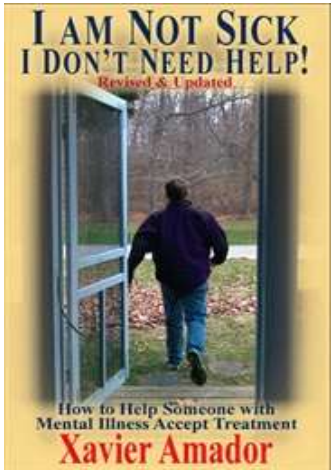


Le modèle clinique d'Amador et al. (1991, 1993)

- Scale to Assess Unwareness of Illness in Mental Disorders (SUMD)
  - Entretien semi-structuré qui évalue le degré d'insight présent et passé.
  - La SUMD s'organise autour de quatre dimensions qui renvoient chacun aux différents niveaux de conscience et de présence de 17 signes et symptômes spécifiques de la schizophrénie. Pour chacun de ses symptômes, le clinicien évalue la manière dont le patient s'attribue ou non l'origine.

Xavier AMADOR

- Psychologue américain
- Nombreux travaux et livres sur la conscience morbide
- Un frère avec la schizophrénie
- « Comment faire accepter son traitement au malade, schizophrénie et troubles bipolaires »
  - Approche EEAP



Xavier AMADOR

- Yann Hodé, Rouffach

L'approche médicale traditionnelle

- Face à une personne avec une anosognosie ou une pauvre conscience morbide, l'approche consistant à éclairer et tenter de convaincre la personne qu'elle souffre d'une maladie et qu'elle a besoin de suivre un traitement ne fonctionne pas.
- N'attendez pas de cette approche: *gratitude, compliance et réceptivité*
- Attendez-vous plutôt à: *frustration et colère, méfiance et non-compliance ouverte ou cachée*

La bonne approche

- Cessez de vouloir convaincre et consacrez-vous à aider la personne à trouver ses propres raisons de suivre son traitement en fonction de ce qu'elle considère(ra) comme important pour elle, en développant avec elle une relation d'écoute, de respect, d'empathie et de partenariat.

Programme GMR, les valeurs

Démontrer du respect	Les conseillers acceptent aussi que les bénéficiaires puissent défendre des opinions différentes et respectent le droit des bénéficiaires à avoir leurs propres opinions.
	Notamment, les bénéficiaires peuvent être en désaccord qu'ils puissent avoir une maladie mentale particulière ou même avoir une quelconque maladie mentale.

Programme GMR, les valeurs

Démontrer du respect

Plutôt que d'essayer de persuader les bénéficiaires qu'ils ont un trouble spécifique, les conseillers respectent leurs croyances tout en recherchant un terrain d'entente comme base à la collaboration:

- *Les symptômes et la détresse que les bénéficiaires ressentent*
- *Le désir d'éviter les hospitalisations*
- *Les difficultés à vivre de façon autonome*
- *Un objectif spécifique qu'ils aimeraient réaliser*

La méthode EEAP

- Ecoute – Empathie – Accord – Partenariat
- Méthode dérivée de « Thérapie d'Amplification Motivationnelle ou Entretien motivationnelle » William R. Miller, Stephen Rollnick (*L'entretien motivationnel: aider la personne à engager le changement*. 2006, DUNOD)
- Adaptée aux personnes avec un trouble mental sévère
- Destinée aux professionnels et aux proches

Xavier AMADOR, 2005

La méthode EEAP

- **L'écoute**: savoir utiliser l'écoute réflexive
- **L'empathie**: manifester de l'empathie, en particulier par rapport aux sentiments que vous avez ignorés au cours des précédentes discussions avec le patient
- **L'accord**: savoir négocier un accord (ce sur quoi vous pouvez être d'accord, mais aussi savoir accepter de ne pas être d'accord sur le reste)
- **Le partenariat**: planifier un plan de collaboration pour atteindre les objectifs que vous partagez

Xavier AMADOR, 2005

Améliorer la conscience morbide

- Il est possible de modifier certaines dimensions de la conscience morbide.
  - Travail sur la mémoire autobiographique
  - Travail sur les déficits cognitifs
  - Travail sur les métacognitions
- La psychoéducation n'améliore pas nécessairement la conscience morbide, ni les psychothérapies psycho-dynamiques.
- La Thérapie Cognitive et Comportemental (TCC) (Turkington et al., 2002) améliore l'adhérence thérapeutique et l'attribution des symptômes à la psychose.
- Une intervention brève basée sur les principes de l'entretien motivationnel (Kemp et al., 1988)

Améliorer la conscience morbide

- Les métacognitions :
  - La métacognition peut être définie comme la capacité de penser nos propres processus mentaux. Elle implique la capacité de sélectionner la réponse appropriée. Elle comprend également la façon d'appréhender et de considérer les informations et la manière de gérer les limites cognitives.
  - L'Entraînement des Habiletés Métacognitives pour les personnes atteintes de schizophrénie, Pr Steffen Moritz, Université d'Hambourg
  - https://clinical-neuropsychology.de/metacognitive_training/

Améliorer la conscience morbide

- REFLEX, une thérapie de groupe « social-cognitive » pour améliorer la conscience morbide dans la schizophrénie (Pijnenborg et al., 2011)
- Thérapie de groupe en trois modules de quatre sessions chacune :
  1. Gérer la stigmatisation
  2. Vous et votre récit personnel
  3. Vous dans le présent

Conscience morbide, conclusions

- Perception de la maladie du point de vue de la personne;
- Construire une relation de confiance et, en respectant le point de vue de chacun, essayer de trouver un terrain d'entente par rapport à des objectifs de rétablissement;
- Améliorer certaines dimensions de la conscience morbide au travers d'un travail sur la mémoire autobiographique, sur les déficits cognitifs et sur les métacognitions.

SIGNE D'ALARME DE RECHUTE ET PLAN D'URGENCE

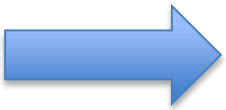
Psychoéducation et maladie mentale sévère

Signes d'alarme d'une rechute

- Existe-t-il des signes avant coureur d'une rechute?
- Les patients peuvent-ils prendre conscience de ces signes d'alarme?
- La rechute peut-elle être évitée en agissant dès l'apparition des signes d'alarme?

Signes d'alarme d'une rechute

- symptômes prodromiques non psychotiques apparaissant dans le mois précédant la rechute
  - liste de contrôle des signes d'alarme
- symptômes "dysphoriques"
  - une légère dépression ou dysphorie, avec anxiété et sensitivité dans les rapports interpersonnels
  - une tendance à la suspicion, quelques idées de référence non encore délirantes, et le sentiment qu'a le sujet de devenir "à part" des autres autour de lui
  - signature de rechute personnel



Sujet 7: Réduire les rechutes (GMR)

Signes d'alarme d'une rechute

- Tendance spontanée à la prise de conscience et à l'auto-contrôle de la maladie
- Apprentissage de l'auto-observation et de la reconnaissance des signes d'alarme
  - fiche de cotation des signes d'alarme
- Importance de l'aide de l'entourage
  - entente (avec une personne ressource)

Signes d'alarme d'une rechute

- Spontanément une partie des patients réagissent lorsqu'ils reconnaissent cette phase prodromique
  - en s'engageant dans des activités faisant diversion
  - en augmentant leur médication
  - en cherchant une aide spécialisée
- Apprentissage de comportements adéquats
  - plan d'urgence

Signes d'alarme d'une rechute

- Plan d’urgence
  - Programme GMR, sujet 7 : Diminuer les rechutes
  - Directives anticipées

Exemple

- Situation de Fabienne, trouble bipolaire I, Références pages 11-13

Directives anticipées en psychiatrie

- Les directives anticipées sont un ensemble d'instructions écrites, rédigées à l'avance par une personne consciente, pour le cas où elle serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté (fin de vie). Dans certains pays, les directives anticipées sont aussi utilisées en psychiatrie dans la prise en charge de pathologies chroniques sévères comme la schizophrénie ou les troubles bipolaires. L'objectif est alors de permettre à un patient d'exprimer à l'avance ses volontés concernant sa prise en charge future, s'il devait traverser une nouvelle décompensation et se trouver dans l'incapacité de donner son consentement. Les directives anticipées permettent de donner des informations concernant les traitements médicamenteux, des instructions non médicales et de désigner une personne de confiance. Elles ont pour principale objectif la réduction de la fréquence des ré-hospitalisations notamment lorsqu'elles se font sous contrainte.

LES SYMPTÔMES PERSISTANTS

Psychoéducation et maladie mentale sévère

Les symptômes persistants: définition

- "Les symptômes persistants sont des symptômes que vous ressentez plus ou moins constamment, même si vous prenez vos médicaments de façon régulière. Ces symptômes ressemblent à ceux que vous éprouvez quand vous devenez très malade, mais ils ne signifient absolument pas que vous allez faire une rechute."
- symptômes persistants possibles:
  - entendre des voix
  - se méfier des gens
  - se sentir déprimé

Symptômes positifs persistants

- Hallucinations ou idées délirantes persistantes malgré un traitement neuroleptique continu
- Au moins un quart des patients
  - Curson et al, 1985, 1988
  - Harrow and Silverstein, 1977
  - Silverstein and Harrow, 1978

Stratégies d'adaptation spontanées

- Efforts cognitifs et comportementaux pour contrôler ou maîtriser le symptôme ou diminuer la détresse liée à ce symptômes
- La majorité des patients (de 67 à 100% selon les études) utilise des stratégies d'adaptation actives avec des degrés variés de résultats
  - Falloon and Talbot, 1981
  - Breier and Strauss, 1983
  - Cohen and Berk, 1985
  - Tarrier, 1987
  - Carr, 1988

Hallucinations auditives, définition

- Les hallucinations auditives verbales sont la perception de voix qui procurent la même sensation immédiate de réalité qu'une perception réelle en l'absence de stimulation externe de l'appareil auditif.

Hallucinations auditives, est-ce fréquent?

- Selon les études 10 à 39% des personnes interrogées admettent avoir entendu des voix à un moment de leur vie.
- Les situations qui peuvent conduire à entendre des voix:
  - Période qui suit un deuil ou un évènement très traumatisant
  - Conditions extrêmes: en haute altitude, privation de sommeil, confinement solitaire
- 60% des personnes atteintes de schizophrénie ont des hallucinations auditives

Le travail du Pr Marius ROMME

- En 1987, le Pr de psychiatrie Marius Romme de l'Université de Maastricht accompagne une patiente, Patsy Haagan, sur le plateau d'une émission de la TV hollandaise pour témoigner sur le phénomène des voix. Ils demandèrent aux auditeurs entendant des voix de les appeler: 450 appels, parmi lesquels ceux de 150 personnes affirmant qu'elles se débrouillaient fort bien sans l'assistance d'un psychiatre et qu'elles étaient heureuses d'entendre des voix.

Hallucinations auditives

- *“Le fait d’entendre des voix n’est pas, en soi, un symptôme de maladie mentale mais plutôt un phénomène porteur de sens pour les personnes concernées et, pour ces raisons, il convient de prendre les voix en considération”*.
- Professeur Marius Romme.

Pr Marius ROMME, réseaux d'entraide

« Accepting voices »

RÉSEAU ENTENDEURS DE VOIX BELGIQUE, GROUPE DE PAROLE @ NAMUR

Étapes de l'adaptation aux voix

- La phase de frayeur
  - une expérience soudaine, effrayante et angoissante
- La phase d'organisation
  - Développer des moyens pour faire face aux voix et diminuer leur emprise
- La phase de stabilisation
  - Les personnes qui ont appris à faire face aux voix perçoivent les hallucinations auditives comme faisant partie d'elle-même et de leur vie et reconnaissent qu'elles peuvent avoir une influence positive.

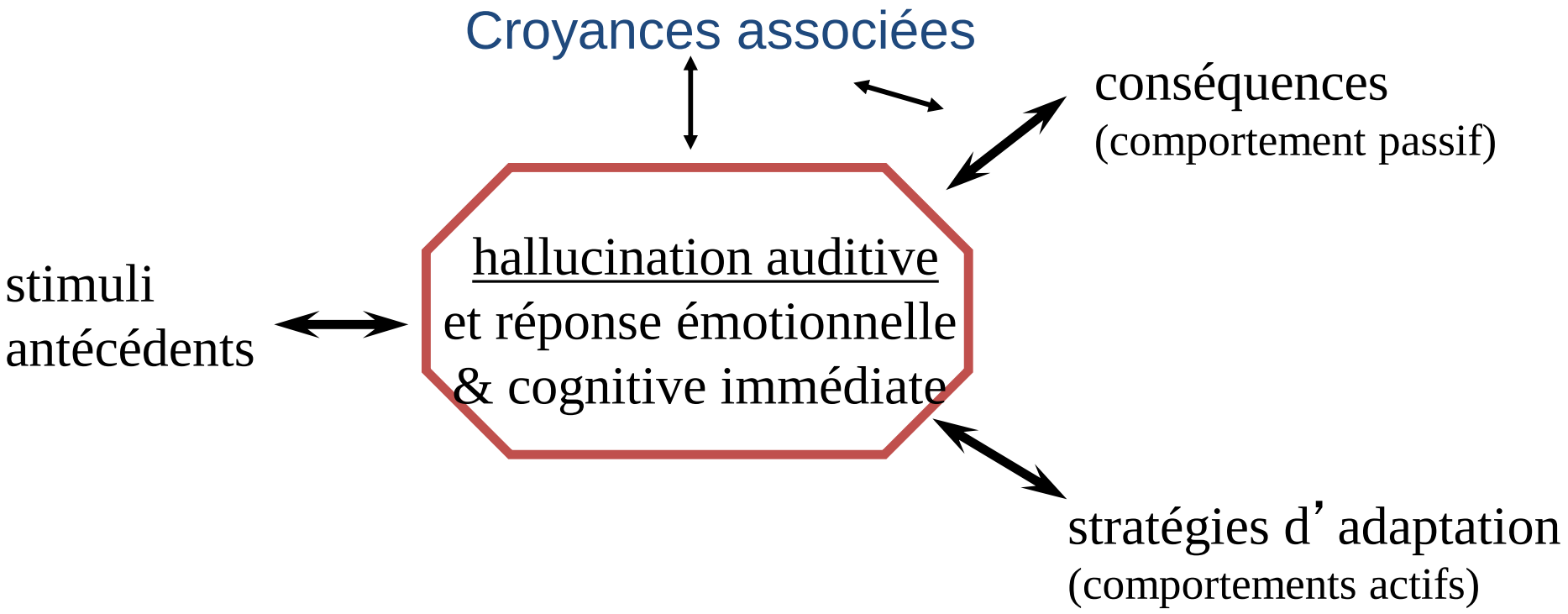
Les croyances liées aux voix

- La détresse des personnes qui entendent des voix est consécutive aux croyances qu'elles développent au sujet de leurs voix plutôt qu'au simple contenu des voix
  - La voix est associée à un personnage, à une entité (ou plusieurs), qui peuvent être perçus comme bienveillants ou malveillants
  - Croyance dans l'omnipotence des voix
  - Croyance dans la capacité des voix à influencer le comportement ou à produire certains évènements

Voix bienveillantes, voix malveillantes

- Les personnes tentent de résister aux voix malveillantes et d'obéir aux voix bienveillantes
- Si les voix sont bienveillantes, les personnes vont plutôt chercher le contact avec leurs voix
- Si les voix sont perçues comme malveillantes, elles vont conduire les personnes à résister aux voix:
  - Discuter ou crier contre les voix
  - Refuser d'obéir aux voix ou obéir à contrecœur
  - Éviter les situations qui déclenchent les voix
  - Tenter l'indifférence

Hallucination auditive, analyse fonctionnelle



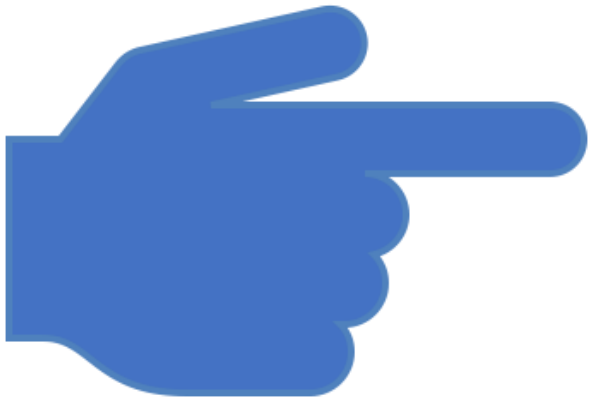
Les techniques d'adaptation au phénomène des voix

- Les techniques de stimulation auditive qui font concurrence aux voix comme écouter de la musique ou la radio
- Les techniques impliquant l'activité vocale comme parler à d'autres personnes ou fredonner.
- Les techniques comportementales qui visent la modification de l'état d'excitation physiologique comme se relaxer, dormir ou faire de l'exercice physique.
- Les techniques cognitives comme ignorer ou bloquer les voix ou diriger son attention sur un autre sujet.

Gérer les symptômes persistants

- Symptômes persistants
  - Hallucinations auditives
  - Délires
  - Problème d'attention et de concentration
  - Symptômes négatifs
  - Trouble de l'humeur
- Stratégies d'adaptation
- Programme GMR, sujet 9, problèmes et symptômes persistants
- Les TCC

Pause



3ÈME PARTIE

Abus de substances

Déficits cognitifs, stratégies d'adaption et Remédiation Cognitive

Les TCC

LES ABUS DE SUBSTANCES

Psychoéducation et maladie mentale sévère

Prévalence de l'abus de substances chez les personnes avec une MMS

- Prévalence de l'abus de substances (alcool et drogues)
- Chez les personnes avec MMS
  - Taux de comorbidité à vie de 40% à 60%
  - Taux de d'abus récent de substances (au cours des 6 derniers mois) de 25% à 40%
- Dans la population générale,
  - Prévalence des troubles de l'usage de substances est de 15%

Mueser, dans Manuel de Réadaptation Psychiatrique, 2012)

Prévalence de l'abus de substances chez les personnes avec une MMS

- Prévalence de l'abus de substances (alcool et drogues)
- Le plus fréquent chez les hommes , les jeunes, les célibataires et les personnes moins scolarisées
- Caractéristiques associées:
  - Antécédents familiaux d'abus de substances
  - Trouble de la personnalité antisociale
  - État de stress traumatique et post-traumatique

(Mueser, dans Manuel de Réadaptation Psychiatrique, 2012)

L'abus de substances chez les personnes avec une MMS, conséquences

- L'abus de substances, surtout les drogues stimulantes, peut déclencher un premier épisode psychotique.
- L'usage du cannabis à l'adolescence est un prédicteur particulièrement fort de la survenue ultérieure de la schizophrénie.
- L'usage de substances précipiterait la psychose chez ceux qui y sont prédisposés.
- L'abus de substances déclenche l'apparition de la psychose à un âge précoce.
- L'abus de substances précipitent les rechutes et les réhospitalisations chez les personnes avec une MMS.

(Mueser, dans Manuel de Réadaptation Psychiatrique, 2012)

L'abus de substances chez les personnes avec une MMS, conséquences

- L'abus de substances chez les personnes avec une MMS est lié à un large éventail de situations négatives:
  - Instabilité résidentielle
  - Stress familial
  - Violence
  - Problèmes juridiques
  - Problèmes financiers
  - Problèmes médicaux
  - Victimisation accrue
  - Mort prématurée

(Mueser, dans Manuel de Réadaptation Psychiatrique, 2012)

L'abus de substances chez les personnes avec une MMS, hypothèses

- Pourquoi une comorbidité accrue entre MMS et toxicomanie?
  - Hypothèse de l'automédication pour soulager les symptômes;
  - Hypothèse de l'hypersensibilité aux effets des substances dûe à la vulnérabilité biologique dans les MMS (plus sensibles à des faibles doses d'alcool et de drogues, plus vulnérables à la dépendance physique aux substances…);
  - La vulnérabilité biologique au trouble d'abus de substances serait inhérente à la neurobiologie de la schizophrénie (système dopaminergique);
  - Comorbidité trouble de la personnalité antisociale, schizophrénie, abus de substances.

(Mueser, dans Manuel de Réadaptation Psychiatrique, 2012)

L'abus de substances chez les personnes avec une MMS, évaluation

1. Absence (aucune consommation)
2. Consommation de substances sans effets nuisibles
3. Abus de substances caractérisé par un ensemble de conséquences négatives résultant de la consommation de drogues
4. Dépendance aux drogues, caractérisée par des conséquences négatives et une dépendance physique ou psychologique
5. Dépendance grave, incluant des conséquences négatives, une dépendance physique ou psychologique, et des institutionalisations fréquentes (ou prolongées)

(Mueser, dans Manuel de Réadaptation Psychiatrique, 2012)

L'abus de substances chez les personnes avec une MMS

Le programme ***Gestion de la Maladie et Rétablissement*** sensibilisent les ***conseillers GMR*** à une approche non-confrontante mais informative et motivationnelle de l'usage des drogues et de l'alcool par les personnes avec une maladie mentale sévère.

GMR, sujet 6, Usage des drogues et de l'alcool

L'abus de substances chez les personnes avec une MMS

Gestion de la Maladie et Rétablissement	Identifier les effets des substances couramment utilisées
	Pourquoi les personnes abusent-elles de drogues et d'alcool
	L'usage de substances et le modèle Vulnérabilité-Stress
	Comprendre certains problèmes liés à l'usage de drogue et d'alcool
	Mesurer les avantages et les inconvénients de l'usage de substances
	Décider de limiter ou de cesser l'usage de substances
	Développer un mode de vie sobre
	Abstinence ou limitation?
	Réaliser un plan personnel de sobriété
	Se rétablir après des problèmes d'usage de substances

Traitement Intégré des troubles concomitants (MMS et toxicomanie)

Les personnes avec un double diagnostic ne se voient plus exclues des programmes de Réhabilitation Psychiatrique. Elles participent au programme comme les autres usagers, poursuivant leurs objectifs personnels de rétablissement, tout en bénéficiant d'une prise en charge spécifique.

Cette prise en charge spécifique repose sur un ***spécialiste du Traitement Intégré des Doubles Diagnostics*** qui fait partie de l'équipe multidisciplinaire (***équipe mobile type ACT***, équipe de case-managers dans l'***approche axée sur les forces***).

Traitement Intégré des troubles concomitants (MMS et toxicomanie)

Principes de base	Des interventions par étapes (les stades du changements), sans limite de temps ;
	Un travail de proximité (*outreach*) ;
	Des interventions motivationnelles ;
	Des interventions multimodales (sessions individuelles, thérapie de groupe, approche familiale, groupe de self-help)
	Un traitement pharmacologique ;
	Des interventions qui font la promotion d'une vie saine.

LES DÉFICITS COGNITIFS STRATÉGIES D'ADAPTATION REMÉDIATION COGNITIVE

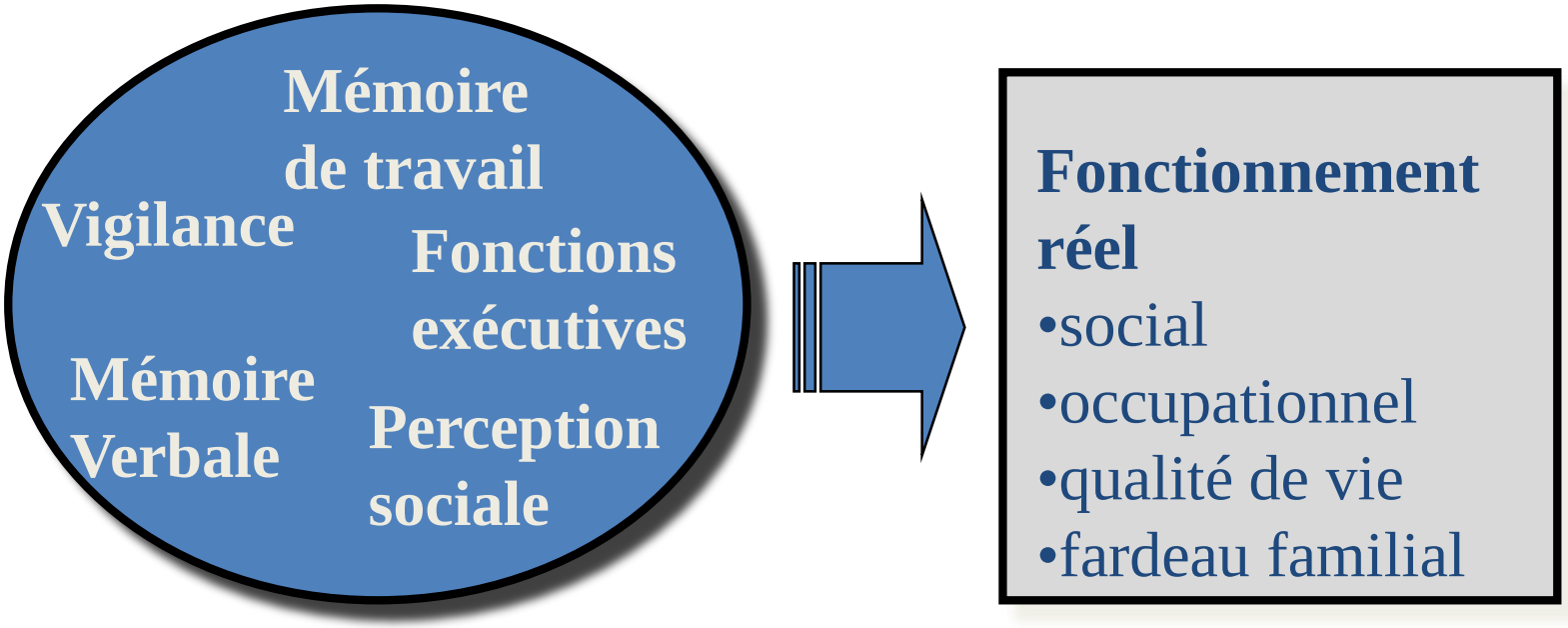
Déficits cognitifs

Une part des limitations des personnes avec une incapacité psychiatrique sévère et persistante est due à des déficits cognitifs (mémoire, attention, attention partagée, fonction exécutive).

Les avancées des sciences neurocognitives permettent de mieux comprendre la nature et l'impact de ces différents déficits sur le fonctionnement concret de la personne dans ses différents environnements.

Schizophrénie: neuropsychologie

- à partir de 1992: prise en compte des déficits cognitifs



Schizophrénie: neuropsychologie

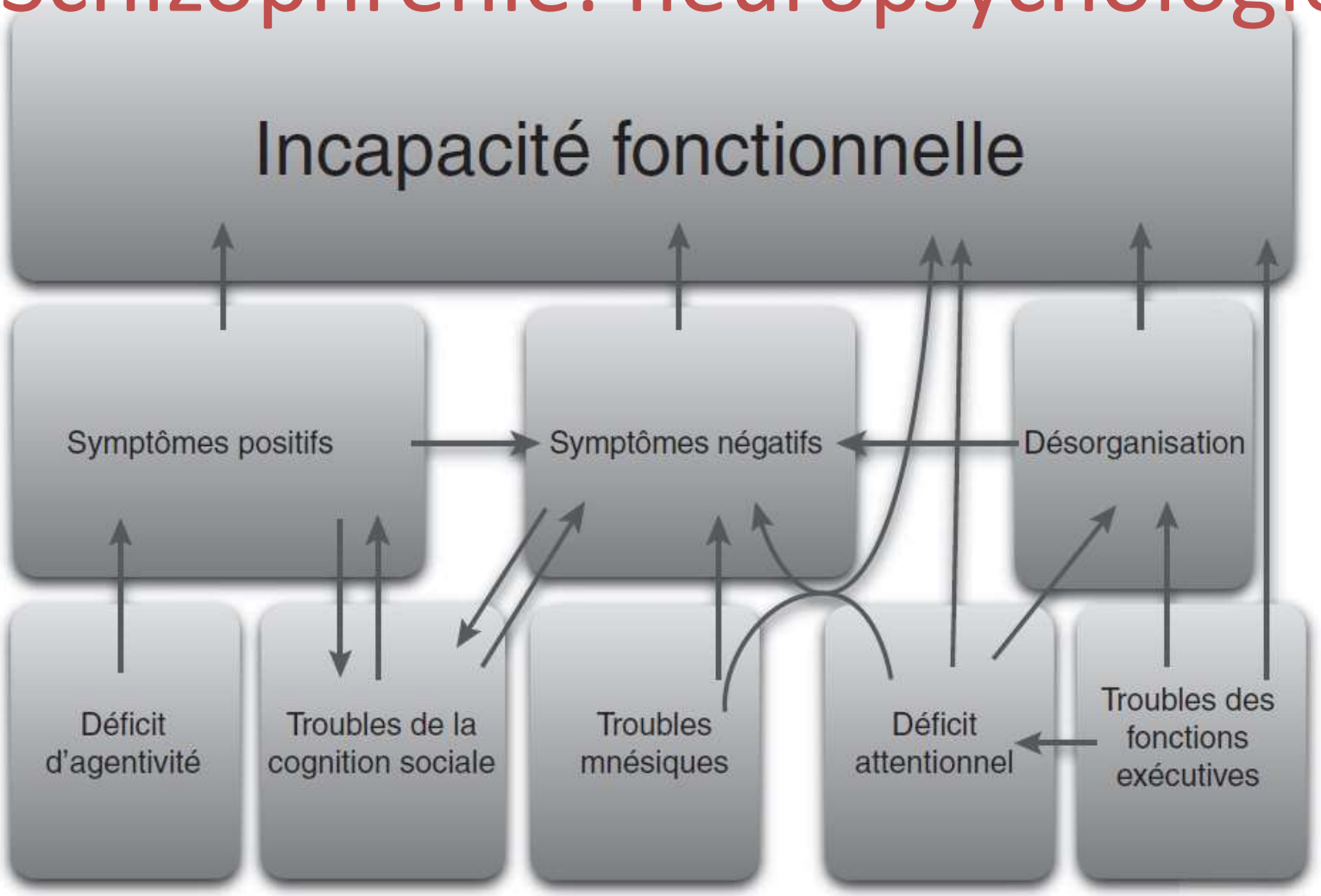


Figure 2.2
Les déficits cognitifs sous-jacents aux symptômes positifs, négatifs et à la désorganisation.

Stratégies d'adaptation aux déficits cognitifs

La Réhabilitation Psychiatrique a toujours envisagé les stratégies pour surmonter ce type de difficultés par la compensation des déficits. Le conseiller en réhabilitation cherche avec la personne quelle habileté, quel soutien, quelle adaptation au niveau de l'environnement pourrait l'aider à fonctionner malgré le déficit.

Au niveau du ***Soutien en Emploi***, les spécialistes en emploi utilisent avec un certain succès une variété de stratégies pour aider des bénéficiaires dans leur poste et environnement de travail à gérer des problèmes d'attention, de vitesse psychomotrice, de mémoire et de résolution de problème.

Remédiation cognitive

La « remédiation cognitive » est une pratique plus récente qui allie la réadaptation du ou des déficits cognitifs au travers d'exercices avec des stratégies de compensation que la personne utilise dans sa vie réelle. Pour être efficace, l'approche doit être individualisée, basée sur un bilan neurocognitif approfondi, axée sur les objectifs de la personne, ciblant le fonctionnement de la personne dans ses rôles et environnements de la vie réelle.

La Remédiation cognitive

- Les difficultés scolaires, professionnelles et sociales des personnes ayant des troubles psychiques sévères sont en grande partie dues à des difficultés cognitives. Celles-ci sont la cible de la remédiation cognitive, qui regroupe un ensemble d'outils thérapeutiques ayant pour but de restaurer ou de compenser, par l'utilisation de technique d'apprentissage, ces difficultés cognitives.

Les fonctions cognitives

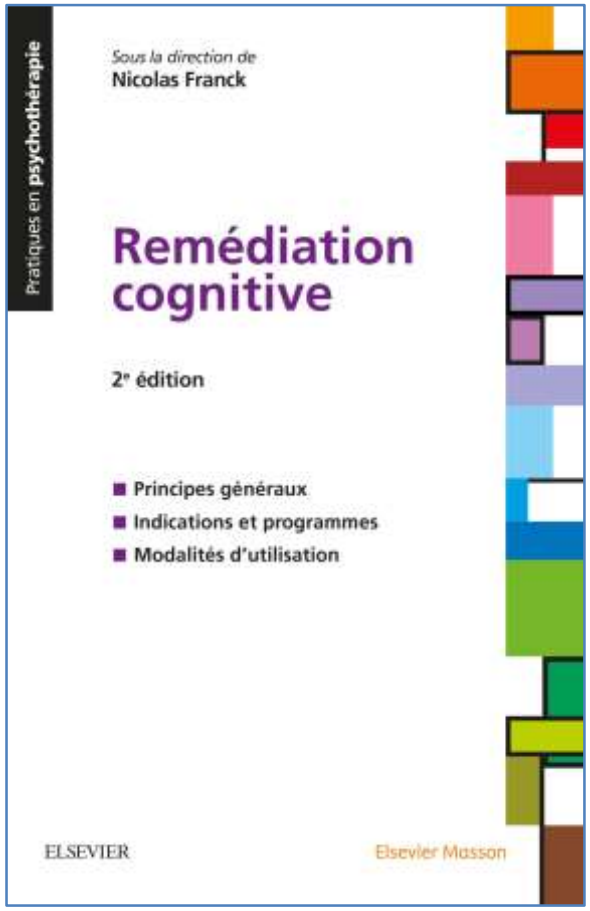
Ce sont les capacités de notre cerveau qui nous permettent d'être en interaction avec notre environnement : elles permettent de percevoir, se concentrer, acquérir des connaissances, raisonner, s'adapter et interagir avec les autres.

- **L'attention** : la capacité à se concentrer pendant une certaine durée, à faire deux choses en même temps.
- **La mémoire** : capacité à retenir des informations visuelles, verbales à court et long terme.
- **La mémoire de travail** : manipuler une information en mémoire (exemple du calcul mental).
- **Les fonctions exécutives** : capacités à s'organiser, à mettre en place des stratégies pour faire face à des situations inhabituelles.
- **Les fonctions visuo-spatiales** : capacité à s'orienter et se repérer.
- **La cognition sociale** : ce sont les capacités à comprendre les autres, à identifier les différentes émotions et à interpréter correctement son environnement.

Programmes de Remédiation cognitive

- **Chaque programme de remédiation cognitive cible un ou plusieurs fonctions cognitives**, par exemple la flexibilité, la planification, la mémoire ou la cognition sociale. Les exercices proposés en groupe ou au cours de séances individuelles sont généralement ludiques. Même si certains d'entre eux recourent à l'informatique, la présence d'un thérapeute formé reste un gage de réussite du programme grâce à l'accompagnement individualisé et à la prise en compte des besoins spécifiques qu'elle permet. De plus, afin de favoriser le transfert à la vie quotidienne des bénéfices acquis en séance, un travail de réseau permettant d'impliquer des personnes proches (aidants naturels ou professionnels) est indispensable.

La Remédiation cognitive



https://youtu.be/Z8QNUTdvz_w

Franck N. Remédiation cognitive, 2ème éd., Elsevier-Masson, Paris, 2017

En Réhabilitation Psychiatrique :

Remédiation cognitive

- Vise à améliorer les fonctions cognitives déficitaires au moyen d'exercices d'entraînement

Réhabilitation Psychiatrique

- Compensation des déficits cognitifs par des moyens externes (habiletés, soutiens, adaptations) qui permettent de contourner les déficits.

Remédiation cognitive, discussion

- Une approche parmi un ensemble d'approches, toujours en construction;
- Requière une formation spécifique;
- Le rôle du neuropsychologue dans l'évaluation des déficits et dans l'élaboration d'un plan de remédiation;
- Une approche individualisée qui tient compte des objectifs de rétablissement de la personne plutôt qu'une approche standardisée pouvant convenir à tout le monde;
- Quid des programmes informatisés standardisés?

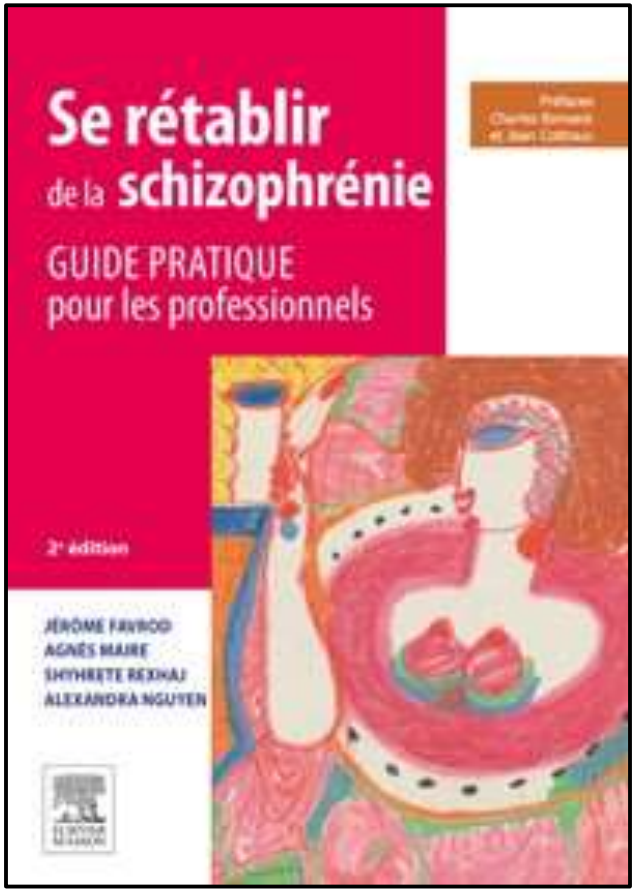
LES TCC

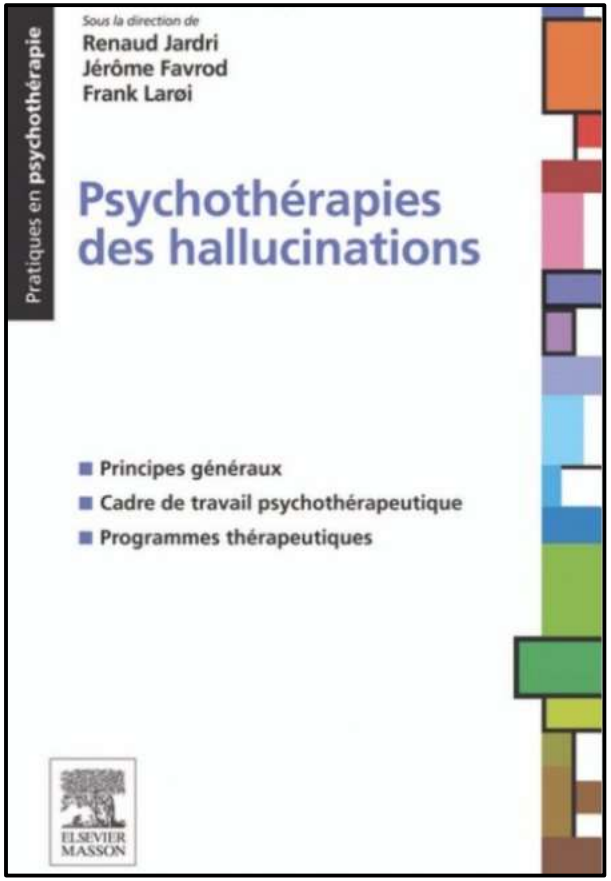
Les Thérapies Cognitivo-comportementales

Les TCC

Les Thérapies Comportementales	Entraînement des Habiletés Sociales
Les Thérapies Cognitives	Diminuer l'impact émotionnel des hallucinations, assouplir les idées délirantes par un travail sur les métacognitions, modifier les croyances dysfonctionnelles et les biais cognitifs
Les Thérapies de l'Acceptation et de la Pleine Conscience	L'Auto-compassion en pleine Conscience et son impact sur les symptômes négatifs, la honte, les autocritiques et l'auto-stigmatisation.

La Thérapie Cognitivo-comportementale





Thérapie cognitive de la schizophrénie

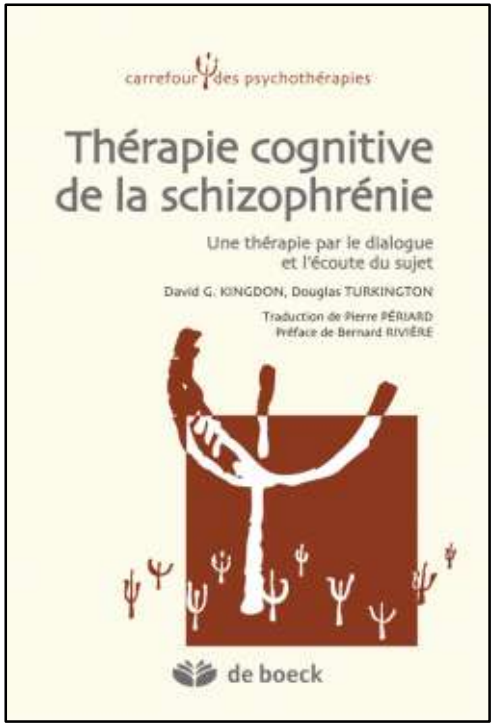
David Kingdon, Douglas Turkington, 2011

- La thérapie cognitive vise à modifier les modes de pensée biaisés ou inadaptés des personnes atteintes de schizophrénie en établissant avec elles une relation de confiance et de collaboration empirique. Après avoir créé une alliance thérapeutique et examiné la singularité de son cas, le psychothérapeute cognitiviste rassure le sujet en lui montrant que ses hallucinations et délires peuvent se produire chez n'importe quel homme lors de circonstances exceptionnelles (normalisation), mais que pour lui, ils sont plus fréquents à cause de la maladie (psychoéducation).

Thérapie cognitive de la schizophrénie

David Kingdon, Douglas Turkington, 2011

- *Thérapie cognitive de la schizophrénie* propose des techniques efficaces, décrites étape par étape, qui permettent de travailler sur les croyances délirantes, les voix, les visions, les troubles de la pensée et les symptômes négatifs en intégrant éventuellement à la thérapie d'autres formes de traitements, diminuant ainsi les risques de rechute et renforçant la motivation du patient.



Les Thérapies de l'Acceptation et de la Pleine Conscience

- La pratique de la *pleine conscience* pour les symptômes psychotiques a rencontré de la difficulté à s'implanter mais les premières études fournissent des résultats encourageants. La ple*ine conscience* est déjà connue comme étant efficace pour traiter les symptômes négatifs. Des études plus récentes montrent l'utilité, en terme d'apaisement et de motivation, des *approches basées sur l'auto-compassion* pour aider les patients à faire face aux autocritiques, à la honte et à l'auto-stigmatisation en développant une auto-acceptation bienveillante.

Recommandations pour l'utilisation de la pleine conscience avec des personnes qui souffrent de symptômes psychotiques sont :

– Utiliser des méditations guidées de courte durée (par exemple, 15 minutes). – Éviter les périodes prolongées de silence.

– Fournir des instructions supplémentaires dans les techniques de base d'ancrage (par exemple, compter les respirations, donner des explications précises pour le *body scan*...).

– Utiliser des groupes de plus petite taille (par exemple, 10 participants par animateur) avec le temps pour une discussion en face à face en fin de séance si nécessaire.

– Éviter l'utilisation de techniques explicitement analytiques ou basées sur l'*insight*.

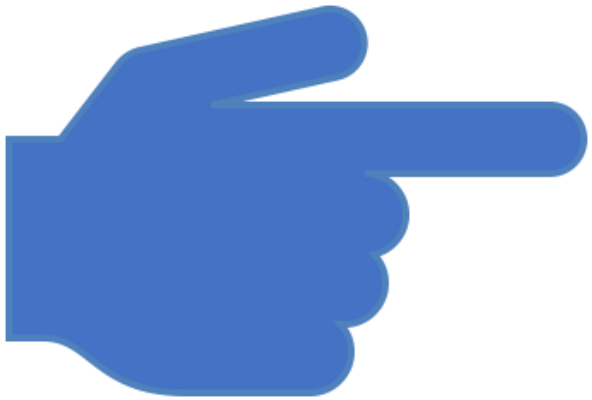
– Avoir des cliniciens avec au moins trois ans de pratique de la pleine conscience supervisée.

Jérôme Favrod, Santé Mentale, mai 2016

Compassion et Auto-compassion

- La Thérapie Focalisée sur la Compassion (TFC), développée pat Paul Gilbert
- L'Auto-compassion en Pleine Conscience, développée par Kristin Neff et Christopher Germer
  - www.auto-compassion.com

Pause



4ÈME PARTIE

Le Programme Gestion de la Maladie et Rétablissement

Conclusions

LE PROGRAMME GESTION DE LA MALADIE ET RÉTABLISSEMENT

Un programme complet de psychoéducation et de réhabilitation

Préambule

- GMR, une expérience collective, Perpignan, 2015
- https://youtu.be/2XlM8LH4SvA

Sondage 3

Le programme Gestion de la Maladie et Rétablissement

C'est quoi?

Le programme *Gestion de la Maladie et Rétablissement* est une pratique de réhabilitation psychiatrique basée sur des preuves dont l'objectif premier est de donner aux usagers les connaissances et les habiletés pour gérer leur maladie, pour trouver leurs propres objectifs de rétablissement, et pour prendre des décisions éclairées concernant leur traitement.

Le programme Gestion de la Maladie et Rétablissement

Une Evidence-Based Pratice

Mueser t al. (2002). Illness management and recovery : A review of the research. *Psychiatric Services, 53,* 1284.

EVIDENCE-BASED PRACTICES
Shaping Mental Health Services Toward Recovery

Le programme Gestion de la Maladie et Rétablissement

La recherche a largement démontré que les bénéficiaires qui recevaient les composants du programme GMR	En savaient plus sur les maladies mentales
	Réduisaient leurs rechutes et leurs ré-hospitalisations
	Réduisaient la détresse liée aux symptômes psychiatriques
	Utilisaient leurs médications de manière plus régulière

Le programme Gestion de la Maladie et Rétablissement

Pour qui?

Le programme *Gestion de la Maladie et Rétablissement* s'adresse aux personnes qui connaissent des symptômes de schizophrénie, de troubles bipolaires et de dépression.

Le programme est approprié pour des usagers à différents stades du processus de rétablissement.

Le programme Gestion de la Maladie et Rétablissement

Sous la direction de Kim MUESER

Illness Management and Recovery Program

CMHS Programs Toolkit, 2003, (version entièrement remaniée en 2010)

Center for Mental Health Services

U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2010

Le programme Gestion de la Maladie et Rétablissement

Mueser t al. (2002). Illness management and recovery : A review of the research. *Psychiatric Services, 53,* 1272-1284.

Kim T. Mueser, Ph.D.

Patrick W. Coorigan, Psy.D.

David W. Hilton, M.A.

Beth Tanzman, M.S.W.

Annette Schaub, Ph.D.

Susan Gingerich, M.S.W.

Susan M. Essock, Ph.D.

Nick Tarrier, Ph.D.

Bodie Morey, A.B.

Suzanne Vogel-Scibilia, M.D.

Marvin I. Herz, M.D.

Le programme Gestion de la Maladie et Rétablissement

Implantation de programmes GMR	Partout aux USA, de même qu'au Canada, en Angleterre et en Allemagne
Recul d'une dizaine d'années	Autant en milieu urbain qu'en milieu rural
	Autant dans des services hospitaliers qu'extrahospitaliers
	Toute personne avec une maladie mentale sévère peut tirer profit des composants du programme GMR

Le programme Gestion de la Maladie et Rétablissement

Traduction Française

Jean-Charles PEETERS, avec la collaboration de François HEURION et de Guy M. DELEU, Socrate-Réhabilitation, 2011

Hôpital Vincent Van Gogh, Marchienne-au-Pont, Belgique

Implantation d'un programme GMR

Matériel d'implantation de la version française

Notes de cours pour les bénéficiaires (178 pages)

Guides pratiques et notes de cours pour les conseillers GMR (384 pages)

Formation de deux jours pour les candidats conseillers et coordinateurs GMR

Fiches *Inventaires des Forces et Connaissance*, *Notes d'évolution*, *Fidélité au programme*

Programme Gestion de la Maladie et Rétablissement

LE PROGRAMME GMR, LES PRINCIPES

Programme GMR, les principes essentiels

Premier principe: Le rétablissement est défini par la personne elle-même

Aider la personne dans son processus de rétablissement est le but ultime du programme GMR. Les bénéficiaires sont encouragés à développer leur propre définition du rétablissement et à cultiver leurs propres stratégies pour progresser vers leur rétablissement.

A chacun son chemin

Programme Gestion de la Maladie et Rétablissement

Kim Mueser

Chaque personne définit le rétablissement d'une manière personnelle

Aider la personne à identifier ce qu'elle aimerait améliorer dans sa vie, l'aidera à se fixer des objectifs personnels

Chaque personne trouve sa voie vers le rétablissement

Chaque personne trouve les stratégies qui lui conviennent pour progresser vers son rétablissement

Programme GMR, les principes essentiels

Deuxième principe: L'éducation au sujet des maladies mentales et de leurs traitements est le fondement de la capacité à prendre des décisions éclairées

Les gens reprennent le pouvoir sur leur vie par les connaissances. Au mieux les bénéficiaires comprennent les notions de base à propos des maladies mentales, au mieux sont-ils équipés pour parler pour eux-mêmes et pour prendre un rôle actif dans leur traitement et leur rétablissement.

Programme GMR, les principes essentiels

Troisième principe: Le modèle Vulnérabilité-Stress offre un cadre conceptuel pour la gestion de la maladie.

Le programme GMR aide les bénéficiaires à comprendre le modèle Vulnérabilité-Stress des maladies mentales. Ce modèle décrit les facteurs qui contribuent à l'apparition et à l'évolution des maladies mentales.

Programme GMR, les principes essentiels

Quatrième principe: Collaborer avec les professionnels et les personnes significatives aide les bénéficiaires à réaliser leurs objectifs de rétablissement.

Beaucoup de bénéficiaires retirent un bénéfice d'être aidés par des professionnels impliqués et par d'autres personnes soutenantes dans la gestion de leur maladie et dans leur cheminement vers le rétablissement.

Programme GMR, les principes essentiels

Cinquième principe:
Les plans de prévention des rechutes réduisent les rechutes et les ré-hospitalisations.

Le programme GMR aide les bénéficiaires à examiner leurs expériences antérieures de rechute pour pouvoir développer un Plan de Prévention des Rechutes. Les conseillers GMR aident les bénéficiaires à identifier les déclencheurs, les signes d'alarme et les étapes à suivre qui aideront à éviter les rechutes.

Programme GMR, les principes essentiels

Sixième principe:
Les bénéficiaires peuvent apprendre de nouvelles stratégies pour gérer leur symptômes, gérer le stress et améliorer la qualité de leur vie.

Le programme GMR affirment que les bénéficiaires peuvent utiliser des stratégies cognitivo-comportementales, motivationnelles et éducationnelles pour gérer leurs symptômes, le stress et les rechutes. Utilisez ces stratégies peut grandement améliorer leur vie.

Programme Gestion de la Maladie et Rétablissement

LE PROGRAMME GMR, LES VALEURS

Programme GMR, les valeurs

Les valeurs de base	Construire l'espoir
	Reconnaître les bénéficiaires comme des experts dans leur propre expérience de la maladie mentale
	Mettre l'accent sur le choix personnel
	Etablir une relation de partenariat
	Démontrer du respect

Programme Gestion de la Maladie et Rétablissement

LE PROGRAMME GMR, LE DÉROULEMENT

Programme GMR, déroulement

Déroulement du programme	Les conseillers GMR rencontrent les bénéficiaires sur une base hebdomadaire en individuel ou en groupe pour une période de trois à dix mois.

Programme GMR, déroulement

Déroulement du programme	Les conseillers GMR aident les bénéficiaires à se définir des objectifs personnels de rétablissement (*Inventaire des Forces et Connaissances, sujet 1 : les stratégies de rétablissement*)

Programme GMR, déroulement

Des objectifs personnels de rétablissement

Bernard, 19 ans, schizophrénie depuis 18 mois, cannabis : trouver un travail valorisant ou reprendre des études; retrouver un mode de vie sain; mieux gérer mon stress et mes pensées intrusives; améliorer mes relations avec mes parents

Sophie, 24 ans, schizophrénie depuis 6 ans: reprendre une formation d'aide administrative en septembre, perdre du poids, arrêter de fumer, avoir un ami

Touda, 36 ans, psychose schizo-affective depuis 10 ans, long passé d'abus de cocaïne, alcool et cannabis : occuper ma semaine par des activités constructives, me refaire un réseau social, améliorer mes relations avec mon fils de 14 ans

Programme GMR, les dix sujets

Les dix sujets abordés

1. Les stratégies du Rétablissement
2. Faits pratiques à propos de la schizophrénie, du trouble bipolaire, de la dépression
3. Le modèle de vulnérabilité-stress et les stratégies de traitement
4. Construire son soutien social
5. Utiliser la médication de façon efficace
6. Usage des drogues et de l'alcool
7. Diminuer les rechutes
8. Faire face aux stress
9. Gérer les problèmes et les symptômes
10. Trouver des réponses à ses besoins dans le système de santé mentale

Programme GMR, les standards

Les standards	
	Petit nombre de personnes dans les sessions
	Au moins trois mois de sessions hebdomadaires
	Programme complet
	Fournir des notes de cours
	Impliquer des personnes significatives
	Établir des objectifs GMR
	Suivre la réalisation des objectifs GMR
	Stratégies motivationnelles
	Techniques éducationnelles
	Techniques cognitivo-comportementales
	Entraînement aux habiletés d'adaptation
	Entraînement à la prévention des rechutes
	Apprentissage de l'ajustement comportemental pour la médication

Programme Gestion de la Maladie et Rétablissement

LE PROGRAMME GMR, IMPLANTATION

Programme GMR
Hôpital Vincent Van Gogh

- 2011, réactualiser la psychoéducation à l'hôpital de jour : le programme GMR devient la référence, les conseillers GMR occupent le terrain;
- Les objectifs GMR de rétablissement des patients sont pris en compte par les autres professionnels (ergothérapeutes).

Programme GMR
Hôpital Vincent Van Gogh

- Mai 2012, lancement du projet Dispensaire « améliorer le suivi ambulatoire sur le long terme du traitement médicamenteux des patients avec une psychose chronique »
- Deux infirmiers mi-temps, coordonnés et supervisés par un psychologue, 1/10 temps
  - Hôpital de jour, le vendredi, sessions de groupe
  - En ambulatoire, sessions individuelles, ou de groupe, dans le cadre de la consultation «injections dépôts »
  - A disposition des psychiatres du Service de Psychiatrie

Témoignage

- Jean-Charles, psychologue, coordinateur GMR :
- *Le programme GMR m'aide à concrétiser les perspectives humanistes et Evidence-Based dans le travail au quotidien avec les patients.*

Témoignage

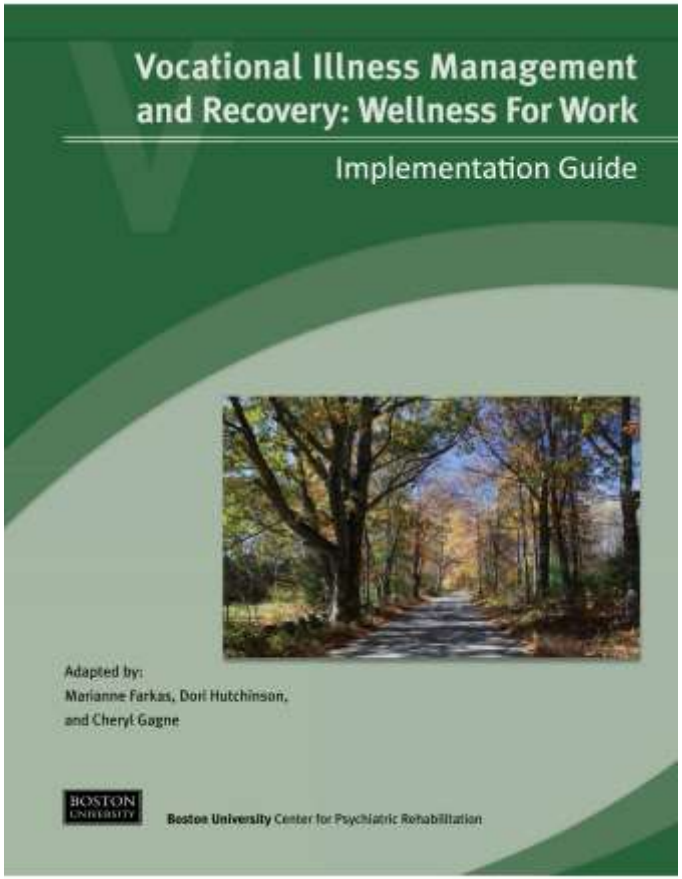
- Monique, infirmière, conseillère GMR
- *Le programme GMR est un outil qui me permet de me mettre en relation avec mes patients et de mieux les soutenir pas à pas dans leurs difficultés.*

Témoignage

- Gino, infirmier, conseiller GMR:
- *Etre la personne de référence, développer une relation de confiance, être disponible, être dans l'écoute, cela change, du tout au tout, la façon dont les infirmiers sont vécus par les patients;*
- *Le programme GMR est vraiment un outil qui m'aide à être un bon « coach ».*

GMR et réinsertion professionnelle

- En 2015, sous la direction de Marianne Farkas de l'Université de Boston, le module GMR a été adapté au milieu du travail pour les patients en réinsertion professionnelle
- https://cpr.bu.edu/store/vocational-illness-management-and-recovery/



CONCLUSIONS

Les approches thérapeutiques des maladies mentales sévères

Approches médicamenteuses

- Antipsychotiques
- Antidépresseurs
- Thymo-stabilisateurs

Approches non-médicamenteuses

- **Psychoéducation**
- Réhabilitation Psychiatrique
- Thérapies Cognitivo-comportementales
- Remédiation cognitive

Bibliographie

- AMADOR Xavier, *Comment faire accepter son traitement par le malade, schizophrénie et troubles bipolaires*, RETZ, Paris, 2007
- ANTHONY W. et al. , *La Réhabilitation psychiatrique*, Socrate Editions Promarex, Charleroi, 2004.
- BRAEHLER Chr. Et al, Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial, *British Journal of Clinical Psychology*, 2012
- LALONDE et DELEU G. Chapitre 79: Thérapie psychoéducative, *dans Psychiatrie clinique, une approche bio-psycho-sociale, 4e édition,* Chenelière Education, 2016, pp. 1689-1701.
- LIGARÉ N. et VINCENT Ph. Chapitre 66.8, Adhésion à la pharmacothérapie, *dans Psychiatrie clinique, une approche bio-psycho-sociale, 4e édition,* Chenelière Education, 2016, pp. 1439-1442.
- FAVROD et al., *Se rétablir de la schizophrénie, guide pratique pour les professionnels*, 2ème édition, Elsevier Masson, Paris, 2015.
- FRANCK N., *Remédiation cognitive*, 2ème édition, Elsevier-Masson, Paris, 2017
- LECOMTE T. et LECLERC Cl., *Manuel de Réadaptation Psychiatrique*, 2e Edition, Presse Universitaire du Québec, 2013
- PIJNENBORG GHM et al., REFLEX, a social-cognitive group treatment to improve insight in schizophrenia : study protocol of a multi-center RCT. *BMC Psychiatry* 2011, 11:161